

Tiêu Chí Cho Phép Trước
Cập Nhật Lần Cuối: Ngày 19 tháng 3 năm 2024
Ngày Có Hiệu Lực: Ngày 1 tháng 4 năm 2024



DualChoice

Cho Phép Trước 2024

(Danh Sách Cho Phép Trước)

VUI LÒNG ĐỌC KỸ: TÀI LIỆU NÀY CHỨA NHỮNG THÔNG TIN VỀ CHO PHÉP TRƯỚC ĐỐI VỚI CÁC LOẠI THUỐC MÀ CHÚNG TÔI BAO TRẢ TRONG CHƯƠNG TRÌNH NÀY.

Lưu ý cho các hội viên hiện tại: Người thụ hưởng phải sử dụng các nhà thuốc trong mạng lưới để tiếp cận lợi ích về thuốc kê toa. “Các lợi ích, Danh Sách Thuốc Được Bao Trả, mạng lưới các nhà thuốc và các nhà cung cấp dịch vụ y tế cũng như các khoản đồng thanh toán có thể thay đổi theo thời gian trong cả năm và vào ngày 1 tháng 1 hàng năm.”

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) là một Chương trình HMO có hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh tham gia IEHP DualChoice (HMO D-SNP) phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng

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.

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.

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。

ABELCET

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ABELCET

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Tùy thuộc vào cách xác định Phần B và Phần D. Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: Amphotericin B thông thường.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

ABILIFY MAINTENA

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- 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

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Đã ghi nhận tiền sử dùng aripiprazole dạng uống mà không có bất kỳ tác dụng phụ đáng kể nào về mặt lâm sàng.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: Invega Sustenna, Invega Trinza hoặc Risperdal Consta.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

ACITRETIN

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *acitretin*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Da Liễu
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: calcipotriene, clobetasol, cyclosporine, fluocinonide, methotrexate hoặc Tazorac.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

ACTIMMUNE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ACTIMMUNE

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kế Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Huyết Học, Bác Sĩ Chuyên Khoa về Bệnh Truyền Nhiễm, Bác Sĩ Chuyên Khoa Ung Thư, Bác Sĩ Chuyên Khoa Chỉnh Hình, Bác Sĩ Chuyên Khoa Thấp Khớp
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

ADEFOVIR

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *adefovir*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Tiêu Hóa, Bác Sĩ Chuyên Khoa Gan Mật, Bác Sĩ Chuyên Khoa về Bệnh Truyền Nhiễm
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

ADHD

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *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 i*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

AIMOVIG

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- AIMOVIG AUTOINJECTOR

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kế Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Thần Kinh, Bác Sĩ Chuyên Khoa Chuyên Điều Trị Con Đau Đầu, Bác Sĩ Chuyên Khoa Chuyên Điều Trị Con Đau
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với một trong các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: divalproex, valproic acid hoặc topiramate và Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với một trong các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: metoprolol, timolol, propranolol.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

ALOSETRON

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *alosetron*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Hội chứng ruột kích thích kèm theo tiêu chảy: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: loperamide.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

AMBISOME

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- AMBISOME
- *amphotericin b liposome*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Tùy thuộc vào cách xác định Phần B và Phần D. Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: Amphotericin B thông thường.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

AMITRIPTYLINE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *amitriptyline*
- *amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet*
12.5-5 mg, 25-10 mg
- *perphenazine-amitriptyline*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	Chấp thuận nếu dưới 65 tuổi. Nếu từ 65 tuổi trở lên, các tiêu chí cho phép trước sẽ được áp dụng.
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Bệnh trầm cảm: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine hoặc bupropion
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

AMOXAPINE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *amoxapine*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	Chấp thuận nếu dưới 65 tuổi. Nếu từ 65 tuổi trở lên, các tiêu chí cho phép trước sẽ được áp dụng.
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine hoặc bupropion
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

AMPHOTERICIN B

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *amphotericin b*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Tùy thuộc vào cách xác định Phần B và Phần D.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

ANTICONVULSANTS 1

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG
- EPIDIOLEX
- FYCOMPA ORAL SUSPENSION
- FYCOMPA ORAL TABLET

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kế Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Thần Kinh
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với một trong các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: carbamazepine, clonazepam, divalproex, ethosuximide, felbamate, gabapentin, lamotrigine, levetiracetam, lorazepam, oxcarbazepine, phenytoin, tiagabine, topiramate, valproic acid hoặc zonisamide.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

ANTICONVULSANTS 2

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *clobazam oral suspension*
- *clobazam oral tablet*
- DIACOMIT
- FINTEPLA
- MOTPOLY XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 150 MG, 200 MG
- VIMPAT ORAL TABLET

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kế Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Thần Kinh
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Clobazam, Fenfluramine hoặc Stiripentol: Phải được sử dụng như thuốc điều trị bổ sung cho cơn động kinh. Lacosamide: Đối với bệnh động kinh cục bộ: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc sau: carbamazepine, divalproex, felbamate, gabapentin, levetiracetam, oxcarbazepine, phenytoin, tiagabine, topiramate, axit valproic hoặc zonisamide. Đối với cơn động kinh co cứng-co giật: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc sau: lamotrigine, levetiracetam, phenytoin hoặc topiramate.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

ANTINEOPLASTIC

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg*
- AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG
- AKEEGA
- ALECENSA
- ALUNBRIG
- AUGTYRO
- AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG
- BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG
- BESREMI
- BOSULIF
- BRAFTOVI
- BRUKINSA
- CABOMETYX
- 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
- FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG, 5 MG
- GAVRETO
- *gefitinib*
- GILOTRIF
- 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
- IWILFIN
- 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
- OGSIVEO
- OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG
- ONUREG
- ORGOVYX
- ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG
- PANRETIN
- *pazopanib*
- 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
- ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET
- 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
- SYNRIBO
- 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
- TRUQAP
- 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 ORAL CAPSULE
- XALKORI ORAL PELLET 150 MG, 20 MG, 50 MG
- 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

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được chấp thuận về mặt Y Tế.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

APREPITANT

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *aprepitant*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	6 tháng.
Tiêu Chí Khác	Tùy thuộc vào cách xác định Phần B và Phần D. Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với một trong các loại thuốc đối kháng 5-HT ₃ trong danh mục thuốc: ondansetron hoặc granisetron trừ khi hội viên đang được hóa trị.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

ARCALYST

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ARCALYST

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	Dùng đồng thời bất kỳ yếu tố hoại tử khối u (Tumor Necrosis Factor, TNF)-tác nhân ngăn chặn nào, chẳng hạn như Enbrel, Humira hoặc Remicade.
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

ARMODAFINIL

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *armodafinil*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Chứng ngủ rũ; Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với tất cả các lựa chọn thay thế danh mục thuốc: dextroamphetamine và methylphenidate.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

ATOVAQUONE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *atovaquone*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Viêm phổi do Pneumocystis: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: trimethoprim/sulfamethoxazole.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

AUBAGIO

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- AUBAGIO
- *teriflunomide*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Thần Kinh
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

AUSTEDO

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

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

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	Sử dụng đồng thời với một Chất Ức Chế Monoamine Oxidase (Monoamine Oxidase Inhibitor, MAOI). Bệnh trầm cảm không được điều trị hoặc điều trị không đầy đủ, hoặc tình trạng tự tử đang diễn ra ở bệnh nhân mắc bệnh Huntington.
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Thần Kinh, Bác Sĩ Chuyên Khoa Tâm Thần
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Múa giật (Bệnh Huntington): Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: tetrabenazine. Chỉ áp dụng với việc cho phép lại: Tài liệu ghi nhận phản ứng tích cực với việc trị liệu bằng thuốc.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

AUVELITY

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- AUVELITY

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Bệnh trầm cảm: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine hoặc bupropion
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

BRONCHITOL

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- BRONCHITOL

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Mới: Tài liệu cho thấy bệnh nhân đã vượt qua Bài Kiểm Tra Dung Nạp BRONCHITOL (BRONCHITOL Tolerance Test, BTT). Chỉ cho phép lại: Tài liệu về đáp ứng dương tính với liệu pháp dùng thuốc (cải thiện chức năng phổi được xác định bằng thay đổi FEV1).
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

CASPOFUNGIN

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *casposfungin*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

CIMZIA

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- CIMZIA
- CIMZIA POWDER FOR RECONST

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Thấp Khớp, Bác Sĩ Chuyên Khoa Da Liễu hoặc Bác Sĩ Chuyên Khoa Tiêu Hóa
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Viêm Khớp Dạng Thấp: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các lựa chọn thay thế danh mục thuốc: Enbrel, Humira, Rinvoq hoặc Xeljanz IR/XR. Bệnh Crohn: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các lựa chọn thay thế danh mục thuốc: Humira, Stelara, hoặc Skyrizi. Viêm khớp vẩy nến: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các lựa chọn thay thế danh mục thuốc: Enbrel, Humira, Stelara, Xeljanz IR/XR, Rinvoq hoặc Skyrizi. Viêm cột sống dính khớp: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các lựa chọn thay thế danh mục thuốc: Enbrel, Humira, Rinvoq hoặc Xeljanz IR/XR. Viêm cột sống hướng trục không chụp X quang: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với lựa chọn thay thế danh mục thuốc: Cosentyx. Bệnh vẩy nến mảng bám: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các lựa chọn thay thế danh mục thuốc: Humira, Stelara, Enbrel hoặc Skyrizi.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

CLOMIPRAMINE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *clomipramine*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	Bất kỳ điều nào sau đây: Sử dụng đồng thời MAOI, hoặc Sử dụng trong vòng 14 ngày sau khi ngừng MAOI, hoặc Sử dụng đồng thời linezolid, hoặc Sử dụng đồng thời xanh methylen tiêm tĩnh mạch, hoặc Sử dụng trong giai đoạn phục hồi cấp tính sau nhồi máu cơ tim.
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	Chấp thuận nếu dưới 65 tuổi. Nếu từ 65 tuổi trở lên, các tiêu chí cho phép trước sẽ được áp dụng.
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Chứng Rối Loạn Ám Ảnh Cường Chế (OCD): Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: fluoxetine, fluvoxamine, hoặc sertraline.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

CONSTIPATION AGENTS

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- MOVANTIK

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với một trong các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: lactulose hoặc polyethylene glycol.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

CORLANOR

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- CORLANOR ORAL SOLUTION
- CORLANOR ORAL TABLET

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Suy tim ở bệnh nhân trưởng thành: Suy tim từ độ II đến độ IV được Hiệp Hội Tim Mạch New York (New York Heart Association, NYHA) ghi nhận với phân suất tống máu nhỏ hơn hoặc bằng 35% và nhịp xoang với nhịp tim lúc nghỉ lớn hơn hoặc bằng 70 nhịp mỗi phút (beats per minute, bpm). Tài liệu ghi nhận rằng bệnh nhân đang sử dụng liều thuốc chẹn beta dung nạp tối đa hoặc có tiền sử không dung nạp, chống chỉ định hoặc quá mẫn với thuốc chẹn beta được ghi nhận. Đã ghi nhận việc sử dụng đồng thời với một chất ức chế men chuyển angiotensin (Angiotensin-converting Enzyme, ACE) hoặc thuốc chẹn thụ thể angiotensin (Angiotensin Receptor Blockers, ARB), trừ khi cả hai đều không được dung nạp hoặc chống chỉ định. Suy tim ở bệnh nhi: Suy tim từ độ II đến độ IV được NYHA/Ross ghi nhận với phân suất tống máu nhỏ hơn hoặc bằng 45% và nhịp xoang với nhịp tim lúc nghỉ lớn hơn hoặc bằng 105 bpm ở nhóm nhỏ 6-12 tháng tuổi, lớn hơn hoặc bằng 95 bpm ở nhóm nhỏ 1-3 tuổi, lớn hơn hoặc bằng 75 bpm ở nhóm nhỏ 3-5 tuổi, lớn hơn hoặc bằng 70 bpm ở nhóm nhỏ 5-18 tuổi
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Tim
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

COSENTYX

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- COSENTYX (2 SYRINGES)
- COSENTYX PEN (2 PENS)

- COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML
- COSENTYX UNOREADY PEN

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Bệnh vẩy nến thể mảng: tài liệu ghi nhận bệnh vẩy nến chiếm hơn 3% albumin huyết thanh bò (Bovine Serum Albumin, BSA) hoặc ảnh hưởng đến các vùng cơ thể quan trọng như bàn tay, bàn chân, mặt hoặc bộ phận sinh dục.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Da Liễu, Bác Sĩ Chuyên Khoa Thấp Khớp
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Bệnh viêm cột sống dính khớp: Đối với người lớn, Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với cả hai loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: Enbrel và Humira. Bệnh viêm khớp vẩy nến: Đối với người lớn, Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với cả hai loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: Enbrel và Humira. Bệnh Vẩy Nến Thể Mảng: Đối với người lớn, Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với một trong các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: Humira, Enbrel hoặc Skyrizi. Viêm Cột Sống Thể Trục Không Thấy Tổn Thương Trên X-Quang: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thuốc chống viêm không steroid (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug, NSAID) hay không dung nạp hoặc chống chỉ định với NSAID.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

CYCLOBENZAPRINE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	Chấp thuận nếu dưới 65 tuổi. Nếu từ 65 tuổi trở lên, các tiêu chí cho phép trước sẽ được áp dụng.
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Tài liệu giải thích lợi ích cụ thể đã xác minh của thuốc và lợi ích đó lớn hơn nguy cơ tiềm ẩn như thế nào
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

DALFAMPRIDINE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *dalfampridine*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	Suy thận trung bình hoặc nặng (CrCL 50 mL/phút hoặc thấp hơn).
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Sử dụng đồng thời với một tác nhân tác dụng chậm cho bệnh đa xơ cứng. Tài liệu ghi nhận tình trạng đi lại khó khăn (chẳng hạn như bài kiểm tra đi bộ tính thời gian trên quãng đường dài 25 foot: Bệnh nhân phải đi được 25 foot trong vòng 8-45 giây). Chỉ áp dụng với việc cho phép lại: Tài liệu ghi nhận phản ứng tích cực với việc trị liệu bằng thuốc.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Thần Kinh
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

DALIRESP

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- DALIRESP
- *roflumilast*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	Suy gan, từ trung bình đến nặng (Child-Pugh B hoặc C).
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: Wixela hoặc Fluticasone/Salmeterol, Anoro Ellipta, Serevent, Spiriva hoặc Tudorza.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

DEFERASIROX

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *deferasirox oral tablet, dispersible*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Huyết Học
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

DESIPRAMINE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *desipramine*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	Chấp thuận nếu dưới 65 tuổi. Nếu từ 65 tuổi trở lên, các tiêu chí cho phép trước sẽ được áp dụng.
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Bệnh trầm cảm: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine hoặc bupropion
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

DIAZEPAM SOLUTION

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

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

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Tài liệu ghi nhận tình trạng khó nuốt hoặc không thể nuốt.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

DIMETHYL FUMARATE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *dimethyl fumarate*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Thần Kinh
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với tất cả các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: Aubagio và glatiramer.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

DISOPYRAMIDE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *disopyramide phosphate oral capsule*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	Chấp thuận nếu dưới 65 tuổi. Nếu từ 65 tuổi trở lên, các tiêu chí cho phép trước sẽ được áp dụng.
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Chứng loạn nhịp tim: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: acebutolol, flecainide, mexiletine, propafenone, quinidine hoặc sotalol.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

DOXEPIN

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

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

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	Chấp thuận nếu dưới 65 tuổi. Nếu từ 65 tuổi trở lên, các tiêu chí cho phép trước sẽ được áp dụng.
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Đối với liều doxepin trung bình hàng ngày lớn hơn 6 mg: Chúng lo âu: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: buspirone, duloxetine, escitalopram hoặc venlafaxine. Bệnh trầm cảm: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine hoặc bupropion
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

DRIZALMA

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- DRIZALMA SPRINKLE

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	Tài liệu ghi nhận tình trạng khó nuốt hoặc không thể nuốt một viên nang nguyên vẹn hoặc Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: duloxetine.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

DRONABINOL

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *dronabinol*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Buồn nôn và nôn do hóa trị; Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: chlorpromazine, granisetron, metoclopramide, ondansetron hoặc prochlorperazine.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

DROXIDOPA

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *droxidopa*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

DUPIXENT

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- DUPIXENT PEN
- DUPIXENT SYRINGE

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	Ban đầu: hen suyễn bạch cầu ái toan: nồng độ bạch cầu ái toan trong máu lớn hơn hoặc bằng 150 tế bào/mcl trong vòng 12 tháng qua. Viêm thực quản bạch cầu ái toan: chẩn đoán được xác nhận bằng nội soi thực quản tá tràng với sinh thiết.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ kê Toa	Ban đầu: Viêm Da Dị Ứng, Ngứa Nodularis: được kê toa bởi hoặc tham khảo ý kiến của Bác Sĩ Chuyên Khoa Da Liễu, Bác Sĩ Chuyên Khoa Dị Ứng hoặc Bác Sĩ Chuyên Khoa Miễn Dịch. Hen Suyễn: được kê toa bởi hoặc tham khảo ý kiến bác sĩ chuyên về dị ứng hoặc thuốc phổi. Viêm Mũi Xoang Mãn Tính với Polyp Mũi: được kê toa bởi hoặc tham khảo ý kiến của Bác Sĩ Chuyên Khoa Tai Mũi Họng, Bác Sĩ Chuyên Khoa Dị Ứng hoặc Bác Sĩ Chuyên Khoa Miễn Dịch. Viêm Thực Quản Bạch Cầu Ái Toan: được kê toa bởi hoặc tham khảo ý kiến Bác Sĩ Chuyên Khoa Tiêu Hóa, Bác Sĩ Chuyên Khoa Dị Ứng hoặc Bác Sĩ Chuyên Khoa Miễn Dịch.
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Ban đầu: Viêm Da Dị Ứng: 1) Viêm Da Dị Ứng bao phủ ít nhất 10 phần trăm diện tích bề mặt cơ thể hoặc Viêm Da Dị Ứng ảnh hưởng đến mặt, đầu, cổ, bàn tay, bàn chân, háng hoặc các khu vực xen kẽ, 2) ngứa khó chữa hoặc nứt/rỉ/chảy máu da bị ảnh hưởng, 3) thử nghiệm hoặc chống chỉ định với một loại thuốc bôi (chất ức chế corticosteroid hoặc calcineurin), và 4) không sử dụng đồng thời với thuốc ức chế sinh học/JAK toàn thân khác cho Viêm Da Dị Ứng. Hen Suyễn: 1) điều trị đồng thời với liệu corticosteroid dạng hít (ICS) liều trung bình, liều cao hoặc dung nạp tối đa và một loại thuốc duy trì khác, 2) một đợt hen suyễn cần bùng phát corticosteroid toàn thân kéo dài từ 3 ngày trở lên trong vòng 12 tháng qua, hoặc một đợt kịch phát nghiêm trọng cần nhập viện hoặc thăm khám ER trong vòng 12 tháng qua, hoặc kiểm soát triệu chứng kém mặc dù đã điều trị hiện tại được chứng minh bằng ít nhất ba trong số các đợt sau trong vòng 4 tuần qua: triệu chứng hen suyễn ban ngày hơn hai lần/tuần, bất kỳ đêm thức dậy do hen suyễn, thuốc chủ vận beta tác dụng ngắn (SABA)

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
	<p>cho các triệu chứng hơn hai lần/tuần, bất kỳ hạn chế hoạt động nào do hen suyễn và 3) không sử dụng đồng thời với Xolair hoặc sinh học Anti-IL5 khác khi được sử dụng cho bệnh hen suyễn. Viêm mũi xoang mạn tính với Polyp mũi: 1) bằng chứng về polyp mũi bằng cách kiểm tra trực tiếp, nội soi hoặc chụp CT xoang, 2) bệnh không được kiểm soát đầy đủ được xác định bằng cách sử dụng steroid toàn thân trong 2 năm qua hoặc phẫu thuật xoang nội soi, và 3) thử nghiệm 90 ngày đối với một corticosteroid mũi tại chỗ. Ngứa nốt sần: 1) viêm ngứa mạn tính (ngứa hơn 6 tuần), nhiều tổn thương ngứa, và tiền sử hoặc dấu hiệu của một hành vi gãi kéo dài, 2) thử nghiệm hoặc chống chỉ định với một tại chỗ (corticosteroid hoặc calcipotriene). Đồi mồi: Viêm Da Dị Ứng: 1) cải thiện trong khi điều trị, và 2) không sử dụng đồng thời với thuốc ức chế sinh học/JAK toàn thân khác cho Viêm Da Dị Ứng. Viêm mũi xoang mãn tính với Polyp mũi, Viêm thực quản bạch cầu ái toan: cải thiện trong khi điều trị. Hen suyễn: 1) không sử dụng đồng thời với Xolair, hoặc các thuốc sinh học Anti-IL5 khác cho bệnh hen suyễn, 2) tiếp tục sử dụng ICS và một loại thuốc duy trì khác, và 3) đáp ứng lâm sàng được chứng minh bằng: (a) giảm đợt kịch phát hen suyễn so với ban đầu, (b) giảm sử dụng thuốc cấp cứu, (c) tăng phần trăm FEV1 dự đoán từ đường cơ sở trước điều trị, hoặc (d) giảm mức độ nghiêm trọng hoặc tần suất các triệu chứng liên quan đến hen suyễn. Ngứa Nodularis: cải thiện hoặc giảm viêm ngứa hoặc tổn thương ngứa.</p>
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

ELIGARD

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

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

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Ung Thư, Bác Sĩ Chuyên Khoa Tiết Niệu
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

EMSAM

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- EMSAM

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	Sử dụng đồng thời với các thuốc serotonin khác (tức là Thuốc ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc [Selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI], Thuốc ức chế tái hấp thu serotonin–norepinephrine [Serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors, SNRI], Thuốc chống trầm cảm ba vòng [Tricyclic antidepressants, TCA])
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với tất cả các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: phenelzine và tranylcypromine.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

ENBREL

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ENBREL
- ENBREL SURECLICK
- ENBREL MINI

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	Bệnh vẩy nến thể mảng: tài liệu ghi nhận bệnh vẩy nến chiếm hơn 3% BSA hoặc ảnh hưởng đến các vùng cơ thể quan trọng như bàn tay, bàn chân, mặt hoặc bộ phận sinh dục.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Da Liễu, Bác Sĩ Chuyên Khoa Thấp Khớp
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Bệnh Thấp Khớp: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với một trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: azathioprine, cyclosporine, hydroxychloroquine, leflunomide, methotrexate hoặc sulfasalazine. Bệnh viêm khớp vẩy nến: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: methotrexate. Bệnh viêm cột sống dính khớp: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với một trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: celecoxib, diclofenac, indomethacin, naproxen hoặc sulindac. Bệnh vẩy nến thể mảng: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với một trong số các loại thuốc sau: acitretin, cyclosporine, methotrexate hoặc quang trị liệu.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

ENDARI

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ENDARI

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Huyết Học
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

ESBRIET

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

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

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Cho phép ban đầu: Chẩn đoán xơ phổi vô căn được xác nhận bởi sự xuất hiện của viêm phổi kẽ thông thường trên chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao (High Resolution Computed Tomography, HRCT) và/hoặc sinh thiết phổi phẫu thuật. Tài liệu ghi nhận các xét nghiệm chức năng gan, tài liệu ghi nhận dung tích sống gắng sức (Forced Vial Capacity, FVC) ban đầu lớn hơn hoặc bằng 50 phần trăm giá trị dự đoán VÀ tài liệu ghi nhận phần trăm khả năng khuếch tán dự đoán của phổi đối với carbon monoxide (%DLCO) lớn hơn hoặc bằng 30 phần trăm.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Phổi
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

ESTROGENS

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- DUAVEE
- *estradiol oral*
- *estradiol transdermal patch weekly 1*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	Chấp thuận nếu dưới 65 tuổi. Nếu từ 65 tuổi trở lên, các tiêu chí cho phép trước sẽ được áp dụng.
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Phòng ngừa loãng xương sau mãn kinh: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mật lâm sàng đối với tất cả các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: alendronic acid và risedronate. Teo âm hộ và âm đạo: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mật lâm sàng đối với một trong các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: kem estradiol hoặc Kem Premarin.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

FENTANYL LOZENGE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *fentanyl citrate buccal lozenge on a handle*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	Đau cấp tính, từng cơn hoặc sau phẫu thuật.
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Tài liệu ghi nhận khả năng dung nạp opioid khi sử dụng liệu pháp opioid suốt ngày đêm gồm ít nhất 60mg morphin, uống mỗi ngày, ít nhất 25mg fentanyl qua da/giờ, ít nhất 30 mg oxycodone, uống mỗi ngày, ít nhất 8mg hydromorphone, uống mỗi ngày hoặc liều tương đương opioid khác hàng ngày trong một tuần hoặc lâu hơn để giảm đau bộc phát do ung thư. Bệnh nhân phải duy trì sử dụng opioid suốt ngày đêm khi dùng fentanyl phóng thích tức thì qua niêm mạc.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Chuyên Điều Trị Con Đau, Bác Sĩ Chuyên Khoa Ung Thư
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

FETZIMA

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- FETZIMA

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine hoặc bupropion.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

FIRAZYR

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *icatibant*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	Chẩn đoán phù mạch di truyền (Hereditary Angioedema, HAE), phải được xác nhận bằng xét nghiệm máu.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Dị Ứng, Bác Sĩ Chuyên Khoa Miễn Dịch, Bác Sĩ Chuyên Khoa Huyết Học
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

FIRMAGON

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Ung Thư, Bác Sĩ Chuyên Khoa Tiết Niệu
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

GENOTROPIN

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- GENOTROPIN
- GENOTROPIN MINIQUICK

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	<p>Thiếu hụt Hoóc-môn Tăng Trưởng ở Người Trưởng Thành (Adult Growth Hormone Deficiency, AGHD) (ban đầu): chẩn đoán được xác nhận là kết quả của chẩn đoán trước đây, là Thiếu hụt Hoóc-môn Tăng Trưởng (Growth Hormone Deficiency, GHD) khởi phát ở thời thơ ấu hoặc GHD khởi phát ở tuổi trưởng thành với tài liệu ghi nhận về sự thiếu hụt hoóc-môn do bệnh tuyến yên-vùng dưới đồi gây ra bởi các nguyên nhân hữu cơ hoặc đã biết (ví dụ: tổn thương do phẫu thuật, chiếu xạ sọ, chấn thương đầu, xuất huyết dưới màng não trung gian) và ghi nhận về một xét nghiệm kích thích hoóc-môn tăng trưởng (ví dụ: xét nghiệm dung nạp insulin, arginine/Hoóc-môn Giải Phóng Hoóc-môn Tăng Trưởng (Growth Hormone Releasing Hormone, GHRH), glucagon, arginine) để xác nhận GHD ở người trưởng thành với giá trị Hoóc-môn Tăng Trưởng (Growth Hormone, GH) đỉnh tương ứng ([Xét Nghiệm Dung Nạp Insulin (Insulin Tolerance Test, ITT) bằng hoặc dưới 5mcg/L], [GHRH + Arginine (ARG) bằng hoặc dưới 11mcg/L nếu chỉ số khối cơ thể (body mass index, BMI) dưới 25kg/m², bằng hoặc dưới 8mcg/L nếu BMI bằng hoặc trên 25 và dưới 30kg/m², hoặc bằng hoặc dưới 4mcg/L nếu BMI bằng hoặc trên 30kg/m²], [glucagon bằng hoặc dưới 3mcg/L], [Arg bằng hoặc dưới 0.4mcg/L]) hoặc được ghi nhận là thiếu hụt 3 hoóc-môn thùy trước tuyến yên (prolactin, Hoóc-môn Vỏ Thượng Thận(Adrenocorticotrophic Hormone, ACTH), Hoóc-môn Kích Thích Tuyến Giáp(Thyroid Stimulating Hormone, TSH), Hoóc-môn Kích Thích Nang Trứng (Follicle-Stimulating Hormone FSH)/Hoóc-môn Hoàng Thể Hóa (Luteinizing Hormone, LH)) và Rối Loạn Nồng Độ Glucose Trong Máu Khi Đói (Impaired Fasting Glucose, IFG-1)/somatomedin C dưới phạm vi điều chỉnh độ tuổi và giới tính bình thường do phòng thí nghiệm của bác sĩ cung cấp. AGHD (cho phép lại): Tài liệu ghi nhận trải nghiệm tích cực của bệnh nhân.</p>
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Nội Tiết

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

GEODON SOLUTION

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *ziprasidone mesylate*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

GILENYA

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *fingolimod*
- GILENYA

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	Suy tim độ III hoặc IV, suy tim mất bù cần nhập viện, nhồi máu cơ tim, đột quỵ, cơn thiếu máu não thoáng qua hoặc đau thắt ngực không ổn định trong vòng 6 tháng qua. Sử dụng đồng thời thuốc chống loạn nhịp nhóm Ia hoặc nhóm III. Chặn nhĩ thất độ hai hoặc độ ba của Mobitz loại II, hoặc hội chứng xoang bệnh lý, trừ khi bệnh nhân được đặt máy tạo nhịp tim chức năng. Khoảng QT tại thời điểm ban đầu từ 500 ms trở lên.
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Thần Kinh
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Đối với người lớn: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với Aubagio và glatiramer.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

GLATIRAMER

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *glatiramer*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Thần Kinh
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

GLATOPA

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *glatopa*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Thần Kinh
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

GLYBURIDE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

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

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	Chấp thuận nếu dưới 65 tuổi. Nếu từ 65 tuổi trở lên, các tiêu chí cho phép trước sẽ được áp dụng.
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: glipizide.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

GUANFACINE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

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

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	Chấp thuận nếu dưới 65 tuổi. Nếu từ 65 tuổi trở lên, các tiêu chí cho phép trước sẽ được áp dụng.
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Cao huyết áp: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: benazepril, fosinopril, hydrochlorothiazide, irbesartan, lisinopril, losartan, losartan/hydrochlorothiazide, lisinopril/hydrochlorothiazide, quinapril/hydrochlorothiazide, quinapril, ramipril hoặc valsartan/hydrochlorothiazide. Rối loạn tăng động giảm chú ý (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD): Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: amphetamine/dextroamphetamine, dexamethylphenidate, dextroamphetamine hoặc methylphenidate.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

HP ACTHAR

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ACTHAR

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Thần Kinh điều trị chứng co thắt ở trẻ sơ sinh và đợt cấp của bệnh đa xơ cứng
Thời Gian Bảo Hiểm	Bệnh đa xơ cứng: 21 ngày. Đối với các chỉ định đã được phê duyệt khác: 28 ngày.
Tiêu Chí Khác	Đối với các đợt cấp của bệnh đa xơ cứng, bệnh nhân phải được điều trị đồng thời với thuốc điều hòa miễn dịch, chẳng hạn như Aubagio, glatiramer hoặc interferon beta 1a. Đối với tất cả các chỉ định khác không liên quan đến thần kinh, phải nộp các kết quả Mát hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với các liệu pháp chăm sóc hàng đầu hoặc thông thường khác.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

HRM ANTIPSYCHOTICS

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

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

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	Chấp thuận nếu dưới 65 tuổi. Nếu từ 65 tuổi trở lên, các tiêu chí cho phép trước sẽ được áp dụng.
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: olanzapine, risperidone, quetiapine, ziprasidone hoặc aripiprazole.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

HUMIRA

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- 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

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Bệnh vẩy nến thể mảng: tài liệu ghi nhận bệnh vẩy nến liên quan đến 3% BSA hoặc cao hơn, hoặc ảnh hưởng đến các vùng cơ thể quan trọng như bàn tay, bàn chân, mặt hoặc bộ phận sinh dục.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Da Liễu, Bác Sĩ Chuyên Khoa Tiêu Hóa, Bác Sĩ Nhãn Khoa, Bác Sĩ Chuyên Khoa Thấp Khớp
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Bệnh Thấp Khớp: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với một trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: azathioprine, cyclosporine, hydroxychloroquine, leflunomide, methotrexate hoặc sulfasalazine. Bệnh viêm khớp vẩy nến: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: methotrexate. Bệnh viêm cột sống dính khớp: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với một trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: celecoxib, diclofenac, indomethacin, naproxen hoặc sulindac. Bệnh vẩy nến thể mảng: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với một trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: acitretin, cyclosporine, methotrexate hoặc quang trị liệu. Bệnh Crohn và Viêm loét đại tràng: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với một trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: budesonide, mesalamine hoặc sulfasalazine.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

HUMIRA PEDIATRIC

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

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

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

HUMIRA PSORIASIS

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- HUMIRA PEN PSOR-UEVITS-ADOL
HS

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Bệnh vẩy nến thể mảng: tài liệu ghi nhận bệnh vẩy nến liên quan đến 3% BSA hoặc cao hơn, hoặc ảnh hưởng đến các vùng cơ thể quan trọng như bàn tay, bàn chân, mặt hoặc bộ phận sinh dục.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Da Liễu, Bác Sĩ Chuyên Khoa Thấp Khớp, Bác Sĩ Nhãn Khoa, Bác Sĩ Chuyên Khoa Tiêu Hóa
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

IMIPRAMINE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *imipramine hcl*
- *imipramine pamoate*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	Chấp thuận nếu dưới 65 tuổi. Nếu từ 65 tuổi trở lên, các tiêu chí cho phép trước sẽ được áp dụng.
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

INCRELEX

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- INCRELEX

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	Bệnh nhi có khối u ác tính hoặc tiền sử bệnh ác tính. Sử dụng để thúc đẩy tăng trưởng ở những bệnh nhân có đầu xương đóng.
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Nội Tiết
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

INDOMETHACIN

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *indomethacin oral capsule*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	Chấp thuận nếu dưới 65 tuổi. Nếu từ 65 tuổi trở lên, các tiêu chí cho phép trước sẽ được áp dụng.
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: celecoxib, diclofenac, ibuprofen, meloxicam, nabumetone, naproxen hoặc sulindac.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

INGREZZA

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- INGREZZA
- INGREZZA INITIATION PACK

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: Austedo. Tài liệu ghi nhận điểm Thang Đo Chuyển Động Bất Thường Không Tự Nguyện (Abnormal Involuntary Movement Scale, AIMS) ban đầu. Chỉ áp dụng với việc cho phép lại: Tài liệu ghi nhận phản ứng tích cực với điều trị bằng thuốc được chứng minh bằng điểm AIMS cải thiện so với ban đầu.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Thần Kinh, Bác Sĩ Chuyên Khoa Tâm Thần
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

INTERFERON BETA-1A

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- 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

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Thần Kinh
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với tất cả các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: Aubagio và glatiramer.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

INVEGA HAFYERA

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- INVEGA HAFYERA

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với tất cả các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: Invega Sustenna và paliperidone dạng uống.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

INVEGA SUSTENNA

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- INVEGA SUSTENNA

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: paliperidone dạng uống.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

INVEGA TRINZA

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- INVEGA TRINZA

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với tất cả các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: Invega Sustenna và paliperidone dạng uống.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

ITRACONAZOLE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *itraconazole oral solution*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

KALYDECO

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- KALYDECO

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Tài liệu ghi nhận về một đột biến trong gen điều hòa độ dẫn xuyên màng của bệnh xơ nang (Cystic Fibrosis Transmembrane conductance Regulator, CFTR) đáp ứng với ivacaftor.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa về Bệnh Truyền Nhiễm, Bác Sĩ Chuyên Khoa Phổi
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

KERENDIA

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- KERENDIA

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	Sử dụng đồng thời với chất ức chế mạnh CYP3A4 hoặc chẩn đoán suy thượng thận
Thông Tin Y Tế Bất Bộc	Các xét nghiệm trong vòng 30 ngày qua ghi nhận mức kali huyết thanh thấp hơn hoặc bằng 5.0 mEq/L, tốc độ lọc cầu thận ước tính ít nhất là 25 mL/phút/1.73 m ² và tỷ lệ albumin/creatinine trong nước tiểu (urine albumin-to-creatinine ratio, UACR) ít nhất là 30 mg/g (2) Được điều trị đồng thời với chất ức chế men chuyển angiotensin (angiotensin-converting enzyme, ACE) hoặc chất ức chế thụ thể angiotensin (angiotensin receptor blocker, ARB) ở liều lượng dung nạp tối đa được ghi trên nhãn, trừ khi có chống chỉ định (3) bằng chứng y tế cho thấy chất ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose 2 (sodium-glucose cotransport-2, SGLT2) (Jardiance, Invokana, Farxiga, Steglatro) VÀ chất đối kháng thụ thể mineralocorticoid steroid (spironolactone, eplerenone) đã được cho dùng thử và không mang lại hiệu quả, bị chống chỉ định hoặc không phù hợp về mặt y tế cho bệnh nhân.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

KINERET

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- KINERET

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Viêm Khớp Dạng Thấp: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các lựa chọn thay thế danh mục thuốc: Enbrel, Humira, Rinvoq hoặc Xeljanz IR/XR.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được chấp thuận về mặt Y Tế.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

KORLYM

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- KORLYM
- *mifepristone oral tablet 300 mg*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	Sử dụng đồng thời simvastatin, lovastatin và chất nền CYP3A với phạm vi điều trị hẹp (ví dụ: cyclosporin, fentanyl, sirolimus, v.v.). Tiền sử chảy máu âm đạo không rõ nguyên nhân hoặc tăng sản nội mạc tử cung kèm theo tình trạng teo hoặc ung thư biểu mô nội mạc tử cung.
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *ledipasvir-sofosbuvir*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Tài liệu ghi nhận việc nhiễm viêm gan C mãn tính xác nhận bằng ARN của vi-rút viêm gan C trong huyết thanh có thể phát hiện được thông qua xét nghiệm định lượng. Tài liệu ghi nhận kiểu gen. Tài liệu ghi nhận xem có xơ gan hay không và ở tình trạng còn bù hay mất bù. Tài liệu ghi nhận bất kỳ phương pháp điều trị nào trước đây. Tài liệu ghi nhận tình trạng ghép gan. Phác đồ điều trị sẽ được phê duyệt dựa trên kiểu gen và kinh nghiệm điều trị trước đó như được xác định bởi hướng dẫn hiện hành của Hiệp Hội Nghiên Cứu Bệnh Gan Hoa Kỳ (American Association for the Study of Liver Diseases, AASLD).
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kế Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Tiêu Hóa, Bác Sĩ Chuyên Khoa Gan Mật, Bác Sĩ Chuyên Khoa về Bệnh Truyền Nhiễm
Thời Gian Bảo Hiểm	Thời gian sẽ được áp dụng phù hợp với hướng dẫn AASLD/IDSA hiện tại.
Tiêu Chí Khác	Viêm gan C: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: sofosbuvir-velpatasvir (Epclusa thuốc gốc).
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

LEUKINE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- LEUKINE INJECTION RECON SOLN

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	Bệnh bạch cầu tăng dòng tủy quá mức bộc phát trong tủy xương hoặc máu ngoại vi bằng hoặc lớn hơn 10%.
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Huyết Học, Bác Sĩ Chuyên Khoa Ung Thư
Thời Gian Bảo Hiểm	3 tháng.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: Nivestym và Zarxio.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

LEUPROLIDE ACETATE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *leuprolide (3 month)*
- *leuprolide subcutaneous kit*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Ung Thư, Bác Sĩ Chuyên Khoa Tiết Niệu
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Tùy thuộc vào cách xác định Phần B và Phần D.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

LEVALBUTEROL

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *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*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Tùy thuộc vào cách xác định Phần B và Phần D. Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: dung dịch thuốc hít albuterol.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

LIDOCAINE PATCH

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *lidocaine topical adhesive patch, medicated 5 %*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Chẩn đoán một trong những điều sau đây: Đau liên quan đến bệnh thần kinh tiểu đường, Đau liên quan đến bệnh thần kinh liên quan đến ung thư, đau dây thần kinh sau khi bị bệnh mụn rộp, đau lưng mãn tính hoặc viêm xương khớp đầu gối hoặc hông.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được chấp thuận về mặt Y Tế.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

LUPRON DEPOT

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

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

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Lạc nội mạc tử cung: Bệnh nhân đã phẫu thuật cắt bỏ để ngăn ngừa tái phát, hoặc có tiền sử mất hiệu lực, chống chỉ định hoặc không dung nạp thuốc tránh thai.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Tùy thuộc vào quyết định Phần B và Phần D.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

LYRICA

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

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

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Đau dây thần kinh sau khi bị giời leo: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: gabapentin. Tồn thương dây thần kinh do tiểu đường: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với tất cả các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: duloxetine và gabapentin. Đau xơ cơ: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: duloxetine, gabapentin hoặc Savella.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

MEGESTROL

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

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

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	Chấp thuận nếu dưới 65 tuổi. Nếu từ 65 tuổi trở lên, các tiêu chí cho phép trước sẽ được áp dụng.
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Chứng suy mòn liên quan tới AIDS: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với tất cả các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: dronabinol và oxandrolone.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được chấp thuận về mặt Y Tế.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

MEPROBAMATE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *meprobamate*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	Chấp thuận nếu dưới 65 tuổi. Nếu từ 65 tuổi trở lên, các tiêu chí cho phép trước sẽ được áp dụng.
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với ít nhất hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: buspirone, duloxetine, escitalopram hoặc venlafaxine.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

METHOCARBAMOL

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *methocarbamol oral*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	Chấp thuận nếu dưới 65 tuổi. Nếu từ 65 tuổi trở lên, các tiêu chí cho phép trước sẽ được áp dụng.
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Tài liệu giải thích lợi ích cụ thể đã xác minh của thuốc và lợi ích đó lớn hơn nguy cơ tiềm ẩn như thế nào
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

METHOXSALEN

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *methoxsalen*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Da Liễu, Bác Sĩ Chuyên Khoa Thấp Khớp
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: calcipotriene, clobetasol, cyclosporine, fluocinonide, methotrexate hoặc tazarotene.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

METHYLDOPA/HYDROCHLOROTHIAZIDE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *methyl dopa-hydrochlorothiazide*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	Chấp thuận nếu dưới 65 tuổi. Nếu từ 65 tuổi trở lên, các tiêu chí cho phép trước sẽ được áp dụng.
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: benazepril, fosinopril, hydrochlorothiazide, irbesartan, lisinopril, losartan, losartan/hydrochlorothiazide, lisinopril/hydrochlorothiazide, quinapril/hydrochlorothiazide, quinapril, ramipril hoặc valsartan/hydrochlorothiazide.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

METYROSINE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *metirosine*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	Tăng huyết áp nguyên phát.
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

MODAFINIL

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *modafinil*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Chứng ngủ rũ: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với tất cả các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: dextroamphetamine và methylphenidate.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

NAYZILAM

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- NAYZILAM

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Thần Kinh
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

NIVESTYM

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- NIVESTYM INJECTION

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Huyết Học, Bác Sĩ Chuyên Khoa về Bệnh Truyền Nhiễm, Bác Sĩ Chuyên Khoa Ung Thư
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

NUCALA

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- NUCALA

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Dị Ứng, Bác Sĩ Chuyên Khoa Miễn Dịch, Bác Sĩ Chuyên Khoa Phổi, Bác Sĩ Chuyên Khoa Thấp Khớp, Bác Sĩ Chuyên Khoa Huyết Học hoặc Bác Sĩ Chuyên Khoa Tai Mũi Họng.
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Hen suyễn: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: 1) budesonide, Flovent, Arnuity Ellipta hoặc Qvar và 2) fluticasone-salmeterol, Wixela hoặc Breo Ellipta.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

NUEDEXTA

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- NUEDEXTA

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Thần Kinh
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

NUPLAZID

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- NUPLAZID

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

OCTREOTIDE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *octreotide acetate injection solution*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

OFEV

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- OFEV

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	Suy gan trung bình hoặc nặng (Child-Pugh B hoặc C).
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Cho phép ban đầu: Tài liệu xét nghiệm chức năng gan. Chỉ áp dụng với việc cho phép lại: Tài liệu ghi nhận phản ứng tích cực với việc trị liệu và tài liệu ghi nhận về các xét nghiệm chức năng gan.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Phổi
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

OLANZAPINE ODT

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *olanzapine oral tablet, disintegrating*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	Tài liệu ghi nhận tình trạng khó nuốt hoặc không thể nuốt hoặc Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: olanzapine dạng uống.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

OLANZAPINE SOLUTION

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *olanzapine intramuscular*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

OMNITROPE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- OMNITROPE

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Thiếu hụt Hoóc-môn Tăng Trưởng ở Người Trưởng Thành (Adult Growth Hormone Deficiency, AGHD) (ban đầu): chẩn đoán được xác nhận là kết quả của chẩn đoán trước đây, là Thiếu hụt Hoóc-môn Tăng Trưởng (Growth Hormone Deficiency, GHD) khởi phát ở thời thơ ấu hoặc GHD khởi phát ở tuổi trưởng thành với tài liệu ghi nhận về sự thiếu hụt hoóc-môn do bệnh tuyến yên-vùng dưới đồi gây ra bởi các nguyên nhân hữu cơ hoặc đã biết (ví dụ: tổn thương do phẫu thuật, chiếu xạ sọ, chấn thương đầu, xuất huyết dưới màng não trung gian) và tài liệu ghi nhận về một xét nghiệm kích thích hoóc-môn tăng trưởng (ví dụ: xét nghiệm dung nạp insulin, arginine/GHRH, glucagon, arginine) để xác nhận GHD ở người trưởng thành với giá trị Hoóc-môn Tăng Trưởng (Growth Hormone, GH) đỉnh tương ứng ([ITT bằng hoặc dưới 5mcg/L], [GHRH+ARG bằng hoặc dưới 11mcg/L nếu BMI dưới 25kg/m ² , bằng hoặc dưới 8mcg/L nếu BMI bằng hoặc trên 25 và dưới 30kg/m ² , hoặc bằng hoặc dưới 4mcg/L nếu BMI bằng hoặc trên 30kg/m ²], [glucagon bằng hoặc dưới 3mcg/L], [Arg bằng hoặc dưới 0.4mcg/L]) hoặc được ghi nhận là thiếu hụt 3 hoóc-môn thùy trước tuyến yên (prolactin, ACTH, TSH, FSH/LH) và IFG-1/somatomedin C dưới phạm vi điều chỉnh độ tuổi và giới tính bình thường do phòng thí nghiệm của bác sĩ cung cấp. AGHD (cho phép lại): Tài liệu ghi nhận trải nghiệm tích cực của bệnh nhân.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Nội Tiết
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

ORAL ANTIPSYCHOTICS

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *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*
- VRAYLAR ORAL CAPSULE
- VRAYLAR ORAL CAPSULE, DOSE PACK

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone hoặc aripiprazole.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

ORENCIA

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

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

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác sĩ chuyên khoa thấp khớp, bác sĩ chuyên khoa cấy ghép
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Bệnh Thấp Khớp: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với một trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: azathioprine, cyclosporine, hydroxychloroquine, leflunomide, methotrexate hoặc sulfasalazine. Bệnh viêm khớp vảy nến: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: methotrexate.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

ORKAMBI

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ORKAMBI

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Tài liệu ghi nhận về đột biến F508del đồng hợp tử trong gen điều hòa độ dẫn xuyên màng của bệnh xơ nang (CFTR).
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa về Bệnh Truyền Nhiễm, Bác Sĩ Chuyên Khoa Phổi
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

OTEZLA

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

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

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Bệnh vẩy nến mảng bám: tài liệu về bệnh vẩy nến có BSA từ 2% trở lên hoặc ảnh hưởng đến các vùng cơ thể quan trọng như tay, chân, mặt hoặc bộ phận sinh dục.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác sĩ da liễu, bác sĩ thấp khớp
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Viêm khớp vẩy nến: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: methotrexate. Bệnh vẩy nến mảng bám: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với một trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: acitretin, cyclosporine, methotrexate hoặc phototherapy.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

OXANDROLONE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *oxandrolone*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

OXBRYTA

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

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

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	Tài liệu ghi nhận ít nhất 1 đợt khủng hoảng tắc mạch (vaso-occlusive crisis, VOC) trong 12 tháng qua. Hemoglobin (Hgb) lớn hơn hoặc bằng 5.5 và nhỏ hơn hoặc bằng 10.5 g/dL. Cho phép lại: Tài liệu ghi nhận phản ứng tích cực với việc trị liệu.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kế Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Huyết Học
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

OXERVATE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- OXERVATE

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Chẩn đoán viêm giác mạc thần kinh dinh dưỡng Giai Đoạn 2 hoặc 3.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Nhân Khoa
Thời Gian Bảo Hiểm	8 tuần.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

OXTELLAR

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- OXTELLAR XR ORAL TABLET
EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG,
300 MG, 600 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Nhà Thần Kinh Học
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với việc giải phóng oxcarbazepine ngay lập tức.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

PAH

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *ambrisentan*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Tim, Bác Sĩ Chuyên Khoa Phổi
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: sildenafil hoặc tadalafil. Chấp thuận nếu kết hợp với tadalafil cho bệnh nhân tăng áp động mạch phổi (pulmonary arterial hypertension, PAH) với Nhóm II và III phân loại theo chức năng bởi Tổ Chức Y Tế Thế Giới (World Health Organisation functional class, WHO FC) chưa từng điều trị bệnh.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

PARATHYROID HORMONE ANALOGS

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *teriparatide subcutaneous pen injector 20* • TYMLOS
mcg/dose (620mcg/2.48ml)

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Điểm T của mật độ khoáng xương (bone mineral density, BMD) từ -3.5 trở xuống dựa trên các phép đo BMD từ cột sống thắt lưng (ít nhất hai thân đốt sống), hông (cổ xương đùi, toàn bộ hông), hoặc xương quay (một phần ba vị trí xương quay) HOẶC điểm T của BMD từ -2.5 đến -3.5 (điểm T của BMD lớn hơn -3.5 và nhỏ hơn hoặc bằng -2.5) dựa trên các phép đo BMD từ cột sống thắt lưng (ít nhất hai thân đốt sống), hông (cổ xương đùi, toàn bộ hông) hoặc xương quay (một phần ba vị trí xương quay) và tiền sử gãy xương.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với một trong các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: alendronic acid hoặc risedronate. Yêu cầu chứng minh y tế cho thời gian điều trị trên 24 tháng.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

PDE5 INHIBITORS

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

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

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	Sử dụng đồng thời với nitrat hoặc chất ức chế Phosphodiesterase type 5 (PDE5).
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Tim, Bác Sĩ Chuyên Khoa Phổi
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

PEGFILGRASTIM

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- FULPHILA
- UDENYCA
- UDENYCA AUTOINJECTOR
- UDENYCA ONBODY
- ZIEXTENZO

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Huyết Học, Bác Sĩ Chuyên Khoa về Bệnh Truyền Nhiễm, Bác Sĩ Chuyên Khoa Ung Thư
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thay thế danh mục thuốc: Nivestym và Zarxio.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

PHENOBARBITAL

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *phenobarbital*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	Chấp thuận nếu dưới 65 tuổi. Nếu từ 65 tuổi trở lên, các tiêu chí cho phép trước sẽ được áp dụng.
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Thuốc chống co giật: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: carbamazepine, divalproex, ethosuximide, felbamate, gabapentin, lamotrigine, levetiracetam, oxcarbazepine, phenytoin, tiagabine, topiramate, hoặc zonisamide.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

PIMECROLIMUS

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *pimecrolimus*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với một trong các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc bôi tại chỗ: clobetasol, betamethasone, fluocinolone hoặc fluocinonide và Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: thuốc mỡ tacrolimus.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

POSACONAZOLE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- NOXAFIL ORAL SUSPENSION
- *posaconazole oral*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với một trong các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: fluconazole, itraconazole hoặc voriconazole.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

PRADAXA PELLETT

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- PRADAXA ORAL PELLETTS IN PACKET

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	Bệnh nhi từ 3 tháng đến dưới 12 tuổi.
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

PREMARIN TABLETS

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- PREMARIN ORAL

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Phòng ngừa loãng xương sau mãn kinh: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mật lâm sàng đối với tất cả các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: alendronic acid và risedronate. Teo âm hộ và âm đạo: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mật lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: kem estradiol. (Các) chỉ định khác: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mật lâm sàng đối với một trong các thuốc thay thế trong danh mục thuốc: miếng dán thâm thấu qua da estradiol hoặc viên nén estradiol.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

PREMPRO TABLETS

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- PREMPRO

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Phòng ngừa loãng xương sau mãn kinh: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mật lâm sàng đối với tất cả các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: alendronic acid và risedronate. Teo âm hộ và âm đạo: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mật lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: kem estradiol. (Các) chỉ định khác: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mật lâm sàng đối với một trong các thuốc thay thế trong danh mục thuốc: miếng dán thâm thấu qua da estradiol hoặc viên nén estradiol.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

PREVYMIS

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- PREVYMIS ORAL

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa về Bệnh Truyền Nhiễm, Bác Sĩ Chuyên Khoa Ung Thư, Bác Sĩ Chuyên Khoa Cấy Ghép
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

PROCRIT

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- PROCRIT 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

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	Tăng huyết áp không kiểm soát.
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Đối với thiếu máu do bệnh thận mãn tính: Hemoglobin (Hgb) nhỏ hơn 10g/dL và tài liệu ghi nhận độ bão hòa transferrin lớn hơn hoặc bằng 20% và ferritin lớn hơn hoặc bằng 100ng/mL. Đối với thiếu máu do hóa trị: Hemoglobin (Hgb) thấp hơn 10g/dL. Đối với các chỉ định phẫu thuật của FDA: Hemoglobin (Hgb) là 10g/dL-13g/dL, đồng thời bệnh nhân không phải là đối tượng tiềm năng để hiến máu tự thân và dự đoán sẽ mất máu đáng kể do phẫu thuật không phải về tim hay mạch máu và không bắt buộc. Do Zidovudine gây ra: Hemoglobin (Hgb) thấp hơn 11g/dL. Hội chứng rối loạn sinh tủy: Hemoglobin (Hgb) thấp hơn 11g/dL và erythropoietin thấp hơn hoặc bằng 500 mU/mL.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kế Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Tùy thuộc vào cách xác định Phần B và Phần D.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được chấp thuận về mặt Y Tế.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

PROLASTIN C

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

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

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Bảng chứng lâm sàng về bệnh khí phế thũng
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch
Tiêu Chí Khác	Nồng độ alpha-1 antitrypsin (AAT) trong huyết thanh trước khi điều trị thấp hơn 11 micromol/L (80 mg/dl bằng phương pháp khuếch tán miễn dịch xuyên tâm hoặc 50 mg/dl bằng phương pháp đo thận)
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

PROLIA

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- PROLIA

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Tài liệu ghi nhận điểm T của mật độ khoáng xương (BMD) từ -3.5 trở xuống dựa trên các phép đo BMD từ cột sống thắt lưng (ít nhất hai thân đốt sống), hông (cổ xương đùi, toàn bộ hông), hoặc xương quay (một phần ba vị trí xương quay) HOẶC điểm T của BMD từ -2.5 đến -3.5 (lớn hơn -3.5 và nhỏ hơn hoặc bằng -2.5) dựa trên các phép đo BMD từ cột sống thắt lưng (ít nhất hai thân đốt sống), hông (cổ xương đùi, toàn bộ hông) hoặc xương quay (một phần ba vị trí xương quay) và tiền sử gãy xương.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với tất cả các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: alendronic acid và risedronate.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

PROMACTA

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- PROMACTA

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	Tài liệu ghi nhận số lượng tiểu cầu. Giảm tiểu cầu trong nhiễm trùng viêm gan C: Tài liệu ghi nhận việc điều trị viêm gan C mãn tính dựa trên interferon đồng thời hoặc theo kế hoạch.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Tiêu Hóa, Bác Sĩ Chuyên Khoa Huyết Học, Bác Sĩ Chuyên Khoa Gan Mật, Bác Sĩ Chuyên Khoa về Bệnh Truyền Nhiễm, Bác Sĩ Chuyên Khoa Ung Thư
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Giảm tiểu cầu mãn tính do miễn dịch (tự phát): Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với một trong các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: dexamethasone, methylprednisolone, prednisolone hoặc prednisone.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

PROMETHAZINE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

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

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	Chấp thuận nếu dưới 65 tuổi. Nếu từ 65 tuổi trở lên, các tiêu chí cho phép trước sẽ được áp dụng.
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Dị ứng: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với một trong các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: cetirizine và levocetirizine. Buồn nôn và nôn: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: chlorpromazine, granisetron, ondansetron hoặc prochlorperazine.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

PROTRIPTYLINE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *protriptyline*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	Chấp thuận nếu dưới 65 tuổi. Nếu từ 65 tuổi trở lên, các tiêu chí cho phép trước sẽ được áp dụng.
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine hoặc bupropion
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

PYRIMETHAMINE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *pyrimethamine*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	Thiếu máu do thiếu folate
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Huyết Học, Bác Sĩ Chuyên Khoa HIV, Bác Sĩ Chuyên Khoa về Bệnh Truyền Nhiễm, Bác Sĩ Chuyên Khoa Ung Thư, Bác Sĩ Chuyên Khoa Cấy Ghép
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Phòng ngừa viêm não do toxoplasma: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: trimethoprim/sulfamethoxazole.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được chấp thuận về mặt Y Tế.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

QUININE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *quinine sulfate*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	Phòng ngừa hoặc điều trị chứng chuột rút ở chân về đêm.
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	10 ngày.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với một trong các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: chloroquine hoặc hydroxychloroquine.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

REPATHA

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- REPATHA PUSHTRONEX
- REPATHA SURECLICK
- REPATHA SYRINGE

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	<p>Tăng lipid máu nguyên phát: Tài liệu ghi nhận mức lipoprotein mật độ thấp (low-density lipoproteins, LDL) hiện tại trên 100mg/dL trong khi dùng liệu pháp statin dung nạp tối đa và liệu pháp ezetimibe, trừ khi không dung nạp hoặc chống chỉ định với liệu pháp statin hoặc ezetimibe. Phòng ngừa thứ phát bệnh tim mạch xơ vữa động mạch (atherosclerotic cardiovascular disease, ASCVD): Tài liệu ghi nhận ít nhất một đặc điểm nguy cơ cao: hội chứng mạch vành cấp (acute coronary syndrome, ACS) gần đây (trong vòng 12 tháng qua), tiền sử nhồi máu cơ tim (myocardial infarction, MI), tiền sử đột quy do thiếu máu cục bộ hoặc bệnh động mạch ngoại vi có triệu chứng (tiền sử có chỉ số huyết áp cổ chân-cánh tay [ankle-brachial index, ABI] lớn hơn 0.85, hoặc trước đó tái thông mạch hoặc cắt cụt chi). Tăng Cholesterol Máu Gia Đình Dị Hợp Tử (Heterozygous Familial Hypercholesterolemia, HeFH) hoặc Tăng Cholesterol Máu Gia Đình Đồng Hợp Tử (Homozygous Familial Hypercholesterolemia, HoFH): Tài liệu để xác nhận chẩn đoán bằng xét nghiệm di truyền hoặc theo tiêu chí lâm sàng (chẳng hạn như Simon Broome hoặc tiêu chí Mạng Lưới Phòng Khám Lipid của Hà Lan, hoặc tiền sử LDL-C không được điều trị lớn hơn 180 mg/dL cùng với u vàng hoặc giác mạc), hoặc bằng chứng về Tăng Cholesterol Máu Gia Đình ở họ hàng cấp độ một hoặc cấp độ hai.</p>
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Tim, Bác Sĩ Chuyên Khoa Nội Tiết, Bác Sĩ Chuyên Khoa Lipid
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

RETACRIT

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- 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

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	Tăng huyết áp không kiểm soát.
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Đối với thiếu máu do bệnh thận mãn tính: Hemoglobin (Hgb) nhỏ hơn 10g/dL và tài liệu ghi nhận độ bão hòa transferrin lớn hơn hoặc bằng 20% và ferritin lớn hơn hoặc bằng 100ng/mL. Đối với thiếu máu do hóa trị: Hemoglobin (Hgb) thấp hơn 10g/dL. Đối với các chỉ định phẫu thuật của FDA: Hemoglobin (Hgb) là 10g/dL-13g/dL, đồng thời bệnh nhân không phải là đối tượng tiềm năng để hiến máu tự thân và dự đoán sẽ mất máu đáng kể do phẫu thuật không phải về tim hay mạch máu và không bắt buộc. Do Zidovudine gây ra: Hemoglobin (Hgb) thấp hơn 11g/dL. Hội chứng rối loạn sinh tủy: Hemoglobin (Hgb) thấp hơn 11g/dL và erythropoietin thấp hơn hoặc bằng 500 mU/mL.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Tùy thuộc vào cách xác định Phần B và Phần D.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được chấp thuận về mặt Y Tế.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

REXULTI

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- REXULTI ORAL TABLET

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Bệnh tâm thần phân liệt: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: olanzapine, risperidone, quetiapine, ziprasidone hoặc aripiprazole. Bệnh trầm cảm: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: citalopram, escitalopram, fluoxetine, mirtazapine, paroxetine, sertraline hoặc venlafaxine.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

REZUROCK

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- REZUROCK

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

RINVOQ

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

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

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kế Toa	Bác sĩ chuyên khoa thấp khớp, bác sĩ chuyên khoa da liễu, bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Bệnh Thấp Khớp: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với một trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: azathioprine, cyclosporine, hydroxychloroquine, leflunomide, methotrexate hoặc sulfasalazine. Viêm da dị ứng: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: cyclosporine, azathioprine, methotrexate.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

RISPERDAL CONSTA

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

RISPERDAL CONSTA

• UZEDY

- *risperidone microspheres*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: risperidone dạng uống.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

RUFINAMIDE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

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

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với một trong các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: carbamazepine, clonazepam, divalproex, ethosuximide, felbamate, gabapentin, lamotrigine, levetiracetam, lorazepam, oxcarbazepine, phenytoin, tiagabine, topiramate, clobazam hoặc zonisamide. Đối với hỗn dịch Rufinamide: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với một trong các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: viên nén Rufinamide.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Thần Kinh
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

SAPROPTERIN

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *sapropterin*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

SECUADO

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- SECUADO

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone hoặc aripiprazole.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

SIGNIFOR

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- SIGNIFOR

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

SIRTURO

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- SIRTURO ORAL TABLET 100 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa về Bệnh Truyền Nhiễm
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

SKYRIZI

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

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

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Bệnh vẩy nến thể mảng: tài liệu ghi nhận bệnh vẩy nến chiếm hơn 3% BSA hoặc ảnh hưởng đến các vùng cơ thể quan trọng như bàn tay, bàn chân, mặt hoặc bộ phận sinh dục.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác sĩ chuyên khoa da liễu, bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa, bác sĩ chuyên khoa thấp khớp
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Bệnh vẩy nến thể mảng: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với một trong số các loại thuốc sau: acitretin, cyclosporine, methotrexate hoặc quang trị liệu.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

SOFOSBUVIR-VELPATASVIR

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *sofosbuvir-velpatasvir*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Tài liệu ghi nhận việc nhiễm viêm gan C mãn tính xác nhận bằng ARN của vi-rút viêm gan C trong huyết thanh có thể phát hiện được thông qua xét nghiệm định lượng. Tài liệu ghi nhận kiểu gen. Tài liệu ghi nhận xem có xơ gan hay không và ở tình trạng còn bù hay mất bù. Tài liệu ghi nhận bất kỳ phương pháp điều trị nào trước đây. Tài liệu ghi nhận tình trạng ghép gan. Phác đồ điều trị sẽ được phê duyệt dựa trên kiểu gen và kinh nghiệm điều trị trước đó như được xác định bởi hướng dẫn hiện hành của AASLD.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Tiêu Hóa, Bác Sĩ Chuyên Khoa Gan Mật, Bác Sĩ Chuyên Khoa về Bệnh Truyền Nhiễm
Thời Gian Bảo Hiểm	Thời gian sẽ được áp dụng phù hợp với hướng dẫn AASLD/IDSA hiện tại.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

SOMAVERT

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- SOMAVERT

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Nội Tiết
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: octreotide.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

SPRITAM

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- SPRITAM

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Thần Kinh
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: dung dịch dạng uống levetiracetam.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

STELARA

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- STELARA SUBCUTANEOUS

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	Bệnh vẩy nến thể mảng: tài liệu ghi nhận bệnh vẩy nến chiếm hơn 3% BSA hoặc ảnh hưởng đến các vùng cơ thể quan trọng như bàn tay, bàn chân, mặt hoặc bộ phận sinh dục.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kế Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Da Liễu, Bác Sĩ Chuyên Khoa Tiêu Hóa, Bác Sĩ Chuyên Khoa Thấp Khớp
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Bệnh viêm khớp vẩy nến: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: methotrexate. Bệnh vẩy nến thể mảng: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với một trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: acitretin, cyclosporine, methotrexate hoặc quang trị liệu. Bệnh Crohn và Viêm loét đại tràng: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với một trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: budesonide, mesalamine hoặc sulfasalazine.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

SYMDEKO

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- SYMDEKO

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Tài liệu ghi nhận có đột biến F508del đồng hợp tử hoặc ít nhất một đột biến trong gen điều hòa độ dẫn xuyên màng của bệnh xơ nang (CFTR) đáp ứng với tezacaftor/ivacaftor.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa về Bệnh Truyền Nhiễm, Bác Sĩ Chuyên Khoa Phổi
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

SYMPAZAN

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- SYMPAZAN

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Tài liệu ghi nhận tình trạng khó nuốt hoặc không thể nuốt.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Thần Kinh
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: carbamazepine, clonazepam, divalproex, ethosuximide, felbamate, gabapentin, lamotrigine, levetiracetam, lorazepam, oxcarbazepine, phenytoin, tiagabine, topiramate, valproic acid hoặc zonisamide.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

SYNAREL

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- SYNAREL

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

TACROLIMUS OINTMENT

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *tacrolimus topical*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc bôi tại chỗ: clobetasol, betamethasone, fluocinolone hoặc fluocinonide.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

TAKHZYRO

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- TAKHZYRO

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Chẩn đoán phù mạch di truyền (HAE), phải được xác nhận bằng xét nghiệm máu.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Dị Ứng, Bác Sĩ Chuyên Khoa Miễn Dịch, Bác Sĩ Chuyên Khoa Huyết Học
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

TALTZ

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- TALTZ AUTOINJECTOR
- TALTZ SYRINGE

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	Bệnh vẩy nến thể mảng: tài liệu ghi nhận bệnh vẩy nến chiếm hơn 3% BSA hoặc ảnh hưởng đến các vùng cơ thể quan trọng như bàn tay, bàn chân, mặt hoặc bộ phận sinh dục.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Da Liễu, Bác Sĩ Chuyên Khoa Thấp Khớp
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Bệnh viêm khớp vẩy nến: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: methotrexate. Bệnh viêm cột sống dính khớp: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với một trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: celecoxib, diclofenac, indomethacin, naproxen hoặc sulindac. Bệnh vẩy nến thể mảng: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với một trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: acitretin, cyclosporine, methotrexate hoặc quang trị liệu.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

TARGRETIN

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *bexarotene*

- TARGRETIN TOPICAL

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Da Liễu, Bác Sĩ Chuyên Khoa Ung Thư
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

TAZORAC

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

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

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Bệnh vẩy nến thể mảng: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với một trong các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc bôi tại chỗ: calcipotriene, clobetasol hoặc fluocinonide. Mụn trứng cá: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: benzoyl peroxide/clindamycin bôi tại chỗ, benzoyl peroxide/erythromycin bôi tại chỗ, clindamycin bôi tại chỗ, doxycycline dạng uống, erythromycin bôi tại chỗ, minocycline dạng uống, tetracycline dạng uống hoặc tretinoin bôi tại chỗ.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

TECFIDERA

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *dimethyl fumarate*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Thần Kinh
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với tất cả các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: Aubagio và glatiramer.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

TESTOSTERONE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *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*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Đã ghi nhận mức testosterone huyết thanh tiền chữa trị thấp hơn giới hạn dưới tham chiếu của phòng thí nghiệm trong vòng 3 tháng gần đây.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

TESTOSTERONE PUMP

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

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

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	Đã ghi nhận mức testosterone huyết thanh tiền chữa trị thấp hơn giới hạn dưới tham chiếu của phòng thí nghiệm trong vòng 3 tháng gần đây.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: testosterone cypionate, testosterone enanthate hoặc gel hoặc dung dịch testosterone thẩm thấu qua da.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

TETRABENAZINE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *tetrabenzazine*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	Sử dụng đồng thời với một MAOI. Bệnh trầm cảm không được điều trị hoặc điều trị không đầy đủ, hoặc tình trạng tự tử đang diễn ra.
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Thần Kinh
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

TIGECYCLINE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *tigecycline*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa về Bệnh Truyền Nhiễm
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

TOBI PODHALER

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- TOBI PODHALER

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa về Bệnh Truyền Nhiễm, Bác Sĩ Chuyên Khoa Phổi
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

TOBRAMYCIN SOLUTION

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *tobramycin in 0.225 % nacl*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa về Bệnh Truyền Nhiễm, Bác Sĩ Chuyên Khoa Phổi
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Tùy thuộc vào cách xác định Phần B và Phần D.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

TOLCAPONE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *tolcapone*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Tài liệu ghi nhận việc sử dụng đồng thời với levodopa và carbidopa.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Thần Kinh
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: amantadine, bromocriptine, carbidopa/levodopa, entacapone, pramipexole, ropinirole hoặc selegiline.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

TRELSTAR

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- TRELSTAR INTRAMUSCULAR
SUSPENSION FOR RECONSTITUTION

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Tùy thuộc vào quyết định Phần B và Phần D.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được chấp thuận về mặt Y Tế.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

TRIENTINE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *trientine oral capsule 250 mg*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	Xơ gan mật, bệnh thấp khớp.
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: penicillamine.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

TRIHXYPHENIDYL

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *trihexyphenidyl*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	Tăng nhãn áp góc hẹp.
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	Chấp thuận nếu dưới 65 tuổi. Nếu từ 65 tuổi trở lên, các tiêu chí cho phép trước sẽ được áp dụng.
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Bệnh Parkinson: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với một trong các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: amantadine, bromocriptine, carbidopa/levodopa, entacapone, pramipexole, ropinirole hoặc selegiline. Rối loạn vận động do dùng thuốc - bệnh ngoại tháp: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: amantadine.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

TRIMIPRAMINE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *trimipramine*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	Chấp thuận nếu dưới 65 tuổi. Nếu từ 65 tuổi trở lên, các tiêu chí cho phép trước sẽ được áp dụng.
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine hoặc bupropion
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

TRINTELLIX

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- TRINTELLIX

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine hoặc bupropion
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

UBRELVY

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- UBRELVY

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	Bằng chứng y tế cho thấy HAI loại thuốc điều trị đau nửa đầu trong danh mục thuốc từ các nhóm khác nhau đã được cho dùng thử và không mang lại hiệu quả, bị chống chỉ định hoặc không phù hợp về mặt y tế. Các nhóm bao gồm: (1) Thuốc giảm đau - aspirin, naproxen, ibuprofen, diclofenac, celecoxib, indomethacin, nabumetone và (2) Triptans- sumatriptan, rizatriptan/viên nén tan trong miệng (Orally Disintegrating Tablet, ODT) rizatriptan
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Thần Kinh, Bác Sĩ Chuyên Khoa Chuyên Điều Trị Con Đau, Bác Sĩ Chuyên Khoa Chuyên Điều Trị Con Đau Đầu
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

VALCHLOR

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- VALCHLOR

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Da Liễu, Bác Sĩ Chuyên Khoa Ung Thư
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

VANCOMYCIN CAPSULE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *vancomycin oral capsule 125 mg, 250 mg*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Tiêu chảy C diff: Cho phép lại: Tài liệu ghi nhận phân dương tính với C. Difficile
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	3 tháng.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

VASCEPA

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram, 1 gram*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	Giảm nguy cơ nhồi máu cơ tim, đột quy, tái thông mạch vành và đau thắt ngực không ổn định cần nhập viện: Tài liệu ghi nhận liệu pháp statin dung nạp tối đa, trừ khi không dung nạp hoặc chống chỉ định, với triglyceride tăng cao hơn hoặc bằng 150 mg/dL và mắc bệnh tim mạch hoặc tiểu đường bệnh lý có thêm hai hoặc nhiều yếu tố nguy cơ mắc bệnh tim mạch. Tăng triglyceride máu nghiêm trọng: Tài liệu ghi nhận triglyceride tăng cao hơn hoặc bằng 500 mg/dL.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Lipid, Bác Sĩ Chuyên Khoa Tim, Bác Sĩ Chuyên Khoa Nội Tiết
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: omega-3 acid ethyl esters.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

VEMLIDY

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- VEMLIDY

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Gan Mật, Bác Sĩ Chuyên Khoa Tiêu Hóa, Bác Sĩ Chuyên Khoa về Bệnh Truyền Nhiễm
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

VERQUVO

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- VERQUVO

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Tim
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

VIBERZI

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- VIBERZI

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	Tiền sử cắt bỏ túi mật.
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với tất cả các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: dicyclomine và loperamide.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

VIIBRYD

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

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

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine hoặc bupropion
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

VORICONAZOLE

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *voriconazole intravenous*

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

XATMEP

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- XATMEP

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Ung Thư, Bác Sĩ Chuyên Khoa Nhi, Bác Sĩ Chuyên Khoa Thấp Khớp
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Tùy thuộc vào cách xác định Phần B và Phần D.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

XELJANZ

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- XELJANZ ORAL SOLUTION
- XELJANZ ORAL TABLET
- XELJANZ XR

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Tiêu Hóa, Bác Sĩ Chuyên Khoa Thấp Khớp
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Viêm Khớp Dạng Thấp: Mất hiệu lực hoặc các có dụng bất lợi có ý nghĩa lâm sàng đối với một trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: azathioprine, cyclosporine, hydroxychloroquine, leflunomide, methotrexate hoặc sulfasalazine. Bệnh viêm khớp vảy nến: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: methotrexate. Bệnh viêm loét đại tràng: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: Humira.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

XGEVA

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- XGEVA

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Ung Thư
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

XIFAXAN

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- XIFAXAN

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Bệnh não gan: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với thuốc thay thế trong danh mục thuốc: lactulose. Hội chứng ruột kích thích kèm theo tiêu chảy: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với tất cả các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: loperamide. Tiêu chảy khi đi du lịch: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với một trong các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: ciprofloxacin hoặc levofloxacin.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

XOLAIR

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 300 MG/2 ML
- XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN
- XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Hen suyễn (Ban đầu): Thở tích khí thở ra gắng sức trong một giây hoặc lưu lượng thở ra cao nhất nhỏ hơn hoặc bằng 80% mức dự đoán, hoặc các biện pháp kiểm soát hen suyễn cho thấy bệnh hen suyễn không kiểm soát được (ví dụ: Bài Kiểm Tra Kiểm Soát Hen Suyễn [Asthma Control Test, ACT] từ 19 điểm trở xuống). Mức IgE toàn phần trong huyết thanh ban đầu (trước khi điều trị bằng Xolair) lớn hơn hoặc bằng 30 IU/mL. Thử nghiệm dương tính trên da hoặc phản ứng trong ống nghiệm với chất dị ứng trong không khí lâu năm.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Dị Ứng, Bác Sĩ Chuyên Khoa Da Liễu, Bác Sĩ Chuyên Khoa Miễn Dịch, Bác Sĩ Chuyên Khoa Phổi, Bác Sĩ Chuyên Khoa Tai Mũi Họng
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

XYREM

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *sodium oxybate*
- XYREM

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Buồn ngủ quá mức vào ban ngày ở những bệnh nhân mắc chứng ngủ rũ: Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: dextroamphetamine, methylphenidate và modafinil.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

ZARXIO

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ZARXIO

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kê Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Huyết Học, Bác Sĩ Chuyên Khoa về Bệnh Truyền Nhiễm, Bác Sĩ Chuyên Khoa Ung Thư
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

ZEPATIER

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ZEPATIER

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Tài liệu ghi nhận việc nhiễm viêm gan C mãn tính xác nhận bằng ARN của vi-rút viêm gan C trong huyết thanh có thể phát hiện được thông qua xét nghiệm định lượng. Tài liệu ghi nhận kiểu gen. Tài liệu ghi nhận xem có xơ gan hay không và ở tình trạng còn bù hay mất bù. Tài liệu ghi nhận bất kỳ phương pháp điều trị nào trước đây. Tài liệu ghi nhận tình trạng ghép gan. Phác đồ điều trị sẽ được phê duyệt dựa trên kiểu gen và kinh nghiệm điều trị trước đó như được xác định bởi hướng dẫn hiện hành của AASLD. Đối với kiểu gen 1a: Tài liệu ghi nhận để kiểm tra tính đa hình NS5A.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ Kế Toa	Bác Sĩ Chuyên Khoa Tiêu Hóa, Bác Sĩ Chuyên Khoa Gan Mật, Bác Sĩ Chuyên Khoa về Bệnh Truyền Nhiễm
Thời Gian Bảo Hiểm	Thời gian sẽ được áp dụng phù hợp với hướng dẫn AASLD/IDSA hiện tại.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

ZYPREXA RELPREVV

Các Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ZYPREXA RELPREVV
INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR
RECONSTITUTION 210 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Đã ghi nhận tiền sử dùng olanzapine dạng uống mà không có bất kỳ tác dụng phụ đáng kể nào về mặt lâm sàng.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Bác Sĩ kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	Cho đến cuối năm dương lịch.
Tiêu Chí Khác	Mất hiệu lực hoặc có tác dụng bất lợi đáng kể về mặt lâm sàng đối với hai trong số các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc: Invega Sustenna, Invega Trinza hoặc Risperdal Consta.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được FDA chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

MÜÇ LÜÇ

A

ABELCET.....	1
ABILIFY ASIMTUFII 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	66
ACTIMMUNE.....	4
adefovir	5
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG.....	15, 17
AIMOVIG AUTOINJECTOR.....	7
AKEEGA	15, 17
ALECENSA.....	15, 17
alose tron.....	8
ALUNBRIG.....	15, 17
alyq.....	120
AMBISOME.....	9
ambrisentan.....	118
amitriptyline.....	10
amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg.....	10
amoxapine.....	11
amphotericin b	12
amphotericin b liposome.....	9
aprepitant.....	18
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG.....	13
ARCALYST	19
armodafinil.....	20
asenapine maleate	110
atovaquone	21

AUBAGIO	22
AUGTYRO.....	15, 17
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG.....	23
AUVELITY	24
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
BESREMI.....	15, 17
bexarotene.....	160
BOSULIF.....	15, 17
BRAFTOVI.....	15, 17
BRONCHITOL.....	25
BRUKINSA	15, 17

C

CABOMETYX	15, 17
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)	15, 17
CAPLYTA	110
CAPRELSA	15, 17
casprofungin.....	26
CIMZIA	27
CIMZIA POWDER FOR RECONST	27
clobazam oral suspension	14
clobazam oral tablet.....	14
clomipramine	28
COMETRIQ.....	15, 17
COPIKTRA.....	15, 17
CORLANOR ORAL SOLUTION.....	30, 31
CORLANOR ORAL TABLET	30, 31
COSENTYX (2 SYRINGES).....	32, 33
COSENTYX PEN (2 PENS)	32, 33
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML.....	32, 33
COSENTYX UNOREADY PEN	32, 33
COTELLIC	15, 17
cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg..	34

D

dalfampridine	35
DALIRESP	36
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG.....	15, 17

deferasirox oral tablet, dispersible	37
desipramine	38
dexmethylphenidate oral tablet	6
DIACOMIT	14
diazepam intensol	39
diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)	39
dimethyl fumarate	40, 162
disopyramide phosphate oral capsule	41
doxepin oral capsule	42
doxepin oral concentrate	42
DRIZALMA SPRINKLE	43
dronabinol	44
droxidopa	45
DUAVEE	53
DUPIXENT PEN	46, 47
DUPIXENT SYRINGE	46, 47
E	
ELIGARD	48
ELIGARD (3 MONTH)	48
ELIGARD (4 MONTH)	48
ELIGARD (6 MONTH)	48
EMSAM	49
ENBREL	50
ENBREL MINI	50
ENBREL SURECLICK	50
ENDARI	51
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	52
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG, 801 MG	52
estradiol oral	53
estradiol transdermal patch weekly	53
everolimus (antineoplastic) oral tablet 15, 17	
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg, 5 mg	15, 17
EXKIVITY	15, 17
F	
FANAPT	110
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle	54

FETZIMA	55
fingolimod	61
FINTEPLA	14
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE	57
FOTIVDA	15, 17
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG, 5 MG	15, 17
FULPHILA	121
FYCOMPA ORAL SUSPENSION	13
FYCOMPA ORAL TABLET	13
G	
GAVRETO	15, 17
gefitinib	15, 17
GENOTROPIN	58, 59
GENOTROPIN MINIQUICK	58, 59
GILENYA	61
GILOTRIF	15, 17
glatiramer	62
glatopa	63
GLEOSTINE	15, 17
glyburide	64
glyburide micronized	64
glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg	64
guanfacine oral tablet	65
guanfacine oral tablet extended release 24 hr	65
H	
HUMIRA PEN	68, 69
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START	68, 69
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS	71
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	68, 69
HUMIRA(CF)	68, 69
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER	70
HUMIRA(CF) PEN	68, 69
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS ...	68, 69
69	
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	70
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	68, 69

I

IBRANCE.....	15, 17
icatibant.....	56
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG.....	15, 17
icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram, 1 gram	178
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	72
imipramine pamoate.....	72
INCRELEX.....	73
indomethacin oral capsule.....	74
INGREZZA.....	75
INGREZZA INITIATION PACK	75
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG.	15, 17
INQOVI	15, 17
INREBIC.....	15, 17
INVEGA HAFYERA	77
INVEGA SUSTENNA	78
INVEGA TRINZA.....	79
IRESSA.....	15, 17
itraconazole oral solution.....	80
IWILFIN	15, 17

J

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

K

KALYDECO.....	81
KERENDIA	82
KINERET	83
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	84
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.....	110
ledipasvir-sofosbuvir.....	85
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..	86
leuprolide (3 month)	87
leuprolide subcutaneous kit.....	87
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.....	88
lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %	89
LONSURF	15, 17
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	15, 17
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 320 MG	15, 17
LUPRON DEPOT.....	90
LUPRON DEPOT (3 MONTH)	90
LUPRON DEPOT (4 MONTH)	90
LUPRON DEPOT (6 MONTH)	90
lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	110
LYNPARZA	15, 17
LYTGOBI.....	15, 17

M

MATULANE	15, 17
megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml).....	92
megestrol oral tablet.....	92
MEKINIST ORAL RECON SOLN ...	16, 17
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG	16, 17
MEKTOVI	16, 17
meprobamate.....	93
methocarbamol oral	94
methoxsalen	95

methyl dopa-hydrochlorothiazide 96
 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 163
 metyrosine 97
 mifepristone oral tablet 300 mg 84
 modafinil 98
 molindone oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg 67
MOTPOLY XR ORAL
 CAPSULE, EXTENDED RELEASE
 24HR 100 MG, 150 MG, 200 MG 14
MOVANTIK 29
N
NAYZILAM 99
NERLYNX 16, 17
NEXAVAR 16, 17
NINLARO 16, 17
NIVESTYM INJECTION 100
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 124
NUBEQA 16, 17
NUCALA 101
NUDEXTA 102
NUPLAZID 103
O
 octreotide acetate injection solution 104
ODOMZO 16, 17
OFEV 105
OGSIVEO 16, 17
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150
 MG, 200 MG 16, 17
 olanzapine intramuscular 107
 olanzapine oral tablet, disintegrating 106
OMNITROPE 108, 109
ONUREG 16, 17
ORENCIA CLICKJECT 111
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE
 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5
 MG/0.7 ML 111
ORGOVYX 16, 17
ORKAMBI 112

ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86
 MG 16, 17
OTEZLA 113
OTEZLA STARTER ORAL
 TABLETS, DOSE PACK 10 MG (4)-20
 MG (4)-30 MG (47) 113
 oxandrolone 114
OXBRYTA ORAL TABLET 300 MG, 500
 MG 115
OXBRYTA ORAL TABLET FOR
 SUSPENSION 115
OXERVATE 116
OXTELLAR XR ORAL TABLET
 EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG,
 300 MG, 600 MG 117
P
PANRETIN 16, 17
 pazopanib 16, 17
PEMAZYRE 16, 17
 perphenazine-amitriptyline 10
 phenobarbital 122
 pimecrolimus 123
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 52
 pirfenidone oral tablet 267 mg, 534 mg, 801
 mg 52
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN
 INJECTOR 125 MCG/0.5 ML 76
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE
 125 MCG/0.5 ML 76
POMALYST 16, 17
 posaconazole oral 124
PRADAXA ORAL PELLETS IN PACKET
 125
 pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg,
 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg,
 75 mg 91
 pregabalin oral solution 91
PREMARIN ORAL 126
PREMPRO 127
PREVYMIS ORAL 128
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 129
 PROLASTIN C 1,000 MG/20 ML VL
 PRICE/ONE MG,SUV 130
 PROLASTIN-C INTRAVENOUS RECON
 SOLN 130
 PROLIA 131
 PROMACTA 132
 promethazine oral..... 133
 promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25
 mg 133
 promethegan rectal suppository 25 mg, 50
 mg 133
 protriptyline..... 134
 PURIXAN..... 16, 17
 pyrimethamine 135
Q
 QINLOCK..... 16, 17
 quinine sulfate 136
R
 REBIF (WITH ALBUMIN) 76
 REBIF REBIDOSE..... 76
 REBIF TITRATION PACK 76
 REPATHA PUSHTRONEX..... 137, 138
 REPATHA SURECLICK..... 137, 138
 REPATHA SYRINGE..... 137, 138
 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 ... 139
 RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80
 MG 16, 17
 REVLIMID 16, 17
 REXULTI ORAL TABLET 140
 REZLIDHIA 16, 17
 REZUROCK..... 141
 RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED
 RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45
 MG 142
 RISPERDAL CONSTA..... 143
 risperidone microspheres 143
 roflumilast 36
 ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG,
 200 MG 16, 17
 ROZLYTREK ORAL PELLETS IN
 PACKET 16, 17

RUBRACA 16, 17
 rufinamide oral suspension 144
 rufinamide oral tablet..... 144
 RYDAPT..... 16, 17
S
 sapropterin..... 145
 SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40
 MG 16, 17
 SECUADO..... 146
 SIGNIFOR 147
 sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 120
 SIRTURO ORAL TABLET 100 MG..... 148
 SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN
 INJECTOR..... 149
 SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE
 150 MG/ML 149
 SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE
 INJECTOR..... 149
 sodium oxybate 189
 sofosbuvir-velpatasvir..... 150
 SOMAVERT..... 151
 sorafenib..... 16, 17
 SPRITAM 152
 SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140
 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG . 16,
 17
 STELARA SUBCUTANEOUS..... 153
 STIVARGA 16, 17
 sunitinib malate..... 16, 17
 SUTENT 16, 17
 SYMDEKO..... 154
 SYMPAZAN..... 155
 SYNAREL 156
 SYNRIBO 16, 17
T
 TABLOID 16, 17
 TABRECTA 16, 17
 tacrolimus topical..... 157
 tadalafil (pulm. hypertension)..... 120
 TADLIQ..... 120
 TAFINLAR..... 16, 17
 TAGRISSO 16, 17
 TAKHZYRO..... 158
 TALTZ AUTOINJECTOR..... 159
 TALTZ SYRINGE..... 159

TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	16, 17	TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	16, 17
TARGRETIN TOPICAL	160	TYMLOS	119
TASIGNA	16, 17	U	
tazarotene topical cream	161	UBRELVY	175
tazarotene topical gel	161	UDENYCA	121
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %	161	UDENYCA AUTOINJECTOR	121
TAZORAC TOPICAL GEL	161	UDENYCA ONBODY	121
TAZVERIK	16, 17	UZEDY	143
TEPMETKO	16, 17	V	
teriflunomide	22	VALCHLOR	176
teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (620mcg/2.48ml)	119	vancomycin oral capsule 125 mg, 250 mg	177
testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml	163	VANFLYTA	16, 17
testosterone enanthate	163	VEMLIDY	179
testosterone transdermal gel in metered-dose pump	163, 164	VENCLEXTA	16, 17
testosterone transdermal gel in packet ...	163, 164	VENCLEXTA STARTING PACK ...	16, 17
testosterone transdermal solution in metered pump w/app	163	VERQUVO	180
tetrabenazine	165	VERZENIO	16, 17
THALOMID	16, 17	VIBERZI	181
thioridazine	67	VIIBRYD ORAL TABLET	182
TIBSOVO	16, 17	VIIBRYD ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (7)- 20 MG (23)	182
tigecycline	166	vilazodone	182
TOBI PODHALER	167	VIMPAT ORAL TABLET	14
tobramycin in 0.225 % nacl	168	VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	16, 17
tolcapone	169	VITRAKVI ORAL SOLUTION	16, 17
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	170	VIZIMPRO	16, 17
trientine oral capsule 250 mg	171	VONJO	16, 17
trihexyphenidyl	172	voriconazole intravenous	183
trimipramine	173	VOTRIENT	16, 17
TRINTELLIX	174	VRAYLAR ORAL CAPSULE	110
TRUQAP	16, 17	VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK	110
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)	16, 17	W	
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG	16, 17	WELIREG	16, 17
		X	
		XALKORI ORAL CAPSULE	16, 17
		XALKORI ORAL PELLETT 150 MG, 20 MG, 50 MG	16, 17
		XATMEP	184
		XELJANZ ORAL SOLUTION	185
		XELJANZ ORAL TABLET	185
		XELJANZ XR	185
		XERMELO	16, 17

XGEVA.....	186
XIFAXAN.....	187
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 300 MG/2 ML	188
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN	188
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE	188
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.....	17
XYREM	189

Y

YONSA.....	17
------------	----

Z

ZARXIO	190
ZEJULA ORAL CAPSULE	17
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG.....	17
ZELBORAF.....	17
ZEPATIER.....	191
ZIEXTENZO	121
ziprasidone mesylate.....	60
ZOLINZA	17
ZYDELIG	17
ZYKADIA	17
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG... ..	192