



DualChoice

**Những thay đổi đối với
Danh Mục Thuốc 2026 IEHP DualChoice
(HMO D-SNP)
Đã cập nhật 02/01/2026**

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) có thể thay đổi danh mục thuốc (thêm hoặc bớt thuốc trong danh sách thuốc được phê duyệt) trong năm dựa trên dữ liệu lâm sàng mới và số lượng sản phẩm trên thị trường. Mọi thay đổi đều được duyệt xét và phê duyệt bởi một nhóm Bác Sĩ và Dược Sĩ đang hành nghề.

Nếu IEHP DualChoice loại bỏ một loại thuốc Phần D Được Bao Trả hoặc thực hiện bất kỳ thay đổi nào với danh sách thuốc, chúng tôi sẽ đăng tải những thay đổi đó trên trang web của chúng tôi. Chúng tôi cũng sẽ thông báo cho các Hội Viên bị ảnh hưởng ít nhất ba mươi (30) ngày trước ngày thay đổi có hiệu lực. Tuy nhiên, nếu Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (Food and Drug Administration, FDA) cho rằng một loại thuốc trong danh sách của chúng tôi không an toàn hoặc nếu nhà sản xuất thuốc ngừng lưu hành loại thuốc đó trên thị trường, thì chúng tôi sẽ lập tức loại bỏ thuốc đó khỏi danh sách thuốc của chúng tôi. Quý vị nên biết, thuốc gốc có tác dụng giống như biệt dược và thường có giá thấp hơn. Nếu biệt dược có ở dạng thuốc gốc, các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi sẽ cung cấp thuốc gốc đó cho quý vị.

Bảng này nêu ra những thay đổi sắp tới đối với danh mục thuốc của chúng tôi có thể ảnh hưởng tới quý vị.

Thuốc Chịu Tác Động Tên BIỆT DƯỢC Thuốc Gốc	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn					
Brukinsa 160 mg tablet	02/01/2026	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Tên BIỆT DƯỢC Thuốc Gốc Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
		Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)			
Cimzia Starter Kit 400 mg/2 mL (200 mg/mL x2) subcutaneous syringe kit	02/01/2026	Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
conjugated estrogens 0.3 mg tablet	02/01/2026	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
conjugated estrogens 0.45 mg tablet	02/01/2026	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
conjugated estrogens 0.625 mg tablet	02/01/2026	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
conjugated estrogens 0.9 mg tablet	02/01/2026	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Tên BIỆT DƯỢC Thuốc Gốc Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
conjugated estrogens 1.25 mg tablet	02/01/2026	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
Exxua 18.2 mg tablet,extended release	02/01/2026	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
Exxua 36.3 mg tablet,extended release	02/01/2026	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Tên BIỆT DƯỢC Thuốc Gốc Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
Exxua 54.5 mg tablet,extended release	02/01/2026	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
Exxua 72.6 mg tablet,extended release	02/01/2026	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
fidaxomicin 200 mg tablet	02/01/2026	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Tên BIỆT DƯỢC Thuốc Gốc Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
Inluriyo 200 mg tablet	02/01/2026	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
lomustine 10 mg capsule	02/01/2026	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
lomustine 100 mg capsule	02/01/2026	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
lomustine 40 mg capsule	02/01/2026	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
Luizza 1 mg-20 mcg tablet	02/01/2026	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
Luizza 1.5 mg-30 mcg tablet	02/01/2026	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Tên BIỆT DƯỢC Thuốc Gốc Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
Otezla XR 75 mg tablet,extended release	02/01/2026	Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
Otezla XR Initiation 10 mg-20 mg-30 mg tablet and 75 mg tablet,ER pack	02/01/2026	Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
Valtys 1 mg-35 mcg tablet	02/01/2026	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
Tridacaine II 5 % topical patch	02/01/2026	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Tên BIỆT DƯỢC Thuốc Gốc Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
DIFICID 200 MG TABLET	02/01/2026	Xóa thương hiệu	Có sẵn Thuốc Gốc	Sử dụng thuốc gốc hoặc các sản phẩm khác cùng nhóm điều trị có trong danh mục thuốc	Tất Cả Hội Viên Medicare
Gleostine 10 mg capsule	02/01/2026	Xóa thương hiệu	Có sẵn Thuốc Gốc	Sử dụng thuốc gốc hoặc các sản phẩm khác cùng nhóm điều trị có trong danh mục thuốc	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Tên BIỆT DƯỢC Thuốc Gốc Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
Gleostine 100 mg capsule	02/01/2026	Xóa thương hiệu	Có sẵn Thuốc Gốc	Sử dụng thuốc gốc hoặc các sản phẩm khác cùng nhóm điều trị có trong danh mục thuốc	Tất Cả Hội Viên Medicare
Gleostine 40 mg capsule	02/01/2026	Xóa thương hiệu	Có sẵn Thuốc Gốc	Sử dụng thuốc gốc hoặc các sản phẩm khác cùng nhóm điều trị có trong danh mục thuốc	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Tên BIỆT DƯỢC Thuốc Gốc Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
Premarin 0.3 mg tablet	02/01/2026	Xóa thương hiệu	Có sẵn Thuốc Gốc	Sử dụng thuốc gốc hoặc các sản phẩm khác cùng nhóm điều trị có trong danh mục thuốc	Tất Cả Hội Viên Medicare
Premarin 0.45 mg tablet	02/01/2026	Xóa thương hiệu	Có sẵn Thuốc Gốc	Sử dụng thuốc gốc hoặc các sản phẩm khác cùng nhóm điều trị có trong danh mục thuốc	Tất Cả Hội Viên Medicare
Premarin 0.625 mg tablet	02/01/2026	Xóa thương hiệu	Có sẵn Thuốc Gốc	Sử dụng thuốc gốc hoặc các sản phẩm khác cùng nhóm điều trị có trong	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Tên BIỆT DƯỢC Thuốc Gốc Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
				danh mục thuốc	
Premarin 0.9 mg tablet	02/01/2026	Xóa thương hiệu	Có sẵn Thuốc Gốc	Sử dụng thuốc gốc hoặc các sản phẩm khác cùng nhóm điều trị có trong danh mục thuốc	Tất Cả Hội Viên Medicare
Premarin 1.25 mg tablet	02/01/2026	Xóa thương hiệu	Có sẵn Thuốc Gốc	Sử dụng thuốc gốc hoặc các sản phẩm khác cùng nhóm điều trị có trong danh mục thuốc	Tất Cả Hội Viên Medicare

*Thuốc thay thế là những loại thuốc ở trong cùng một danh mục/nhóm trị liệu hoặc có cùng bậc chia sẻ chi phí với loại thuốc không được chấp thuận. Chỉ Bác Sĩ của quý vị mới có thể quyết định liệu loại thuốc thay thế ở đây có phù hợp với quý vị hay không, dựa trên cơ chế hoạt động của thuốc. Hãy hỏi Bác Sĩ của quý vị xem thuốc có phù hợp với quý vị không. Đây không phải là danh sách đầy đủ các loại thuốc thay thế mà chương trình IEHP DualChoice bao trả cho loại thuốc quý vị đã chọn.

Trong hầu hết các trường hợp, IEHP DualChoice sẽ chỉ cho phép quý vị sử dụng thuốc không được chấp thuận nếu thuốc thay thế hoặc thuốc ở bậc thấp hơn có hiệu quả kém hơn khi điều trị bệnh trạng của quý vị. Hoặc, nếu loại thuốc đó gây ra cho quý vị những tác dụng bất lợi về y tế hoặc gây hại cho quý vị.

Nếu quý vị cho rằng quý vị phải sử dụng một loại thuốc không có trong danh sách của chúng tôi hoặc bị hạn chế, quý vị có thể liên hệ với chúng tôi và yêu cầu khiếu nại. **Khi quý vị yêu cầu khiếu nại, quý vị cần có một tuyên bố từ Bác Sĩ của quý vị để hỗ trợ cho yêu cầu của quý vị.** Sau đó, chúng tôi phải quyết định xem quý vị có thể sử dụng thuốc hay không, trong vòng 72 giờ kể từ khi nhận được tuyên bố của Bác Sĩ hoặc người kê đơn của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu khiếu nại cấp tốc (nhanh) nếu quý vị hoặc Bác Sĩ của quý vị cho rằng sức khỏe của quý vị có thể bị tổn hại do phải chờ đợi. Nếu khiếu nại cấp tốc (nhanh) của quý vị được chấp thuận, chúng tôi phải quyết định trong vòng 24 giờ sau khi nhận được tuyên bố của Bác Sĩ hoặc người kê đơn của quý vị.

Nếu có câu hỏi hoặc cần liên hệ với chúng tôi, quý vị có thể gọi tới 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 một tuần, kể cả các ngày lễ. Người dùng TTY vui lòng gọi số **1-800-718-4347**.

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