

Tiêu Chí Cho Phép Trước
Cập Nhật Lần Cuối: Ngày 26 tháng 03 năm 2026
Ngày Có Hiệu Lực: Ngày 01 tháng 04 năm 2026



DualChoice

Cho Phép Trước 2026

(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。

ABALOPARATIDE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- TYMLOS

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	24 THÁNG
Tiêu Chí Khác	LOÃNG XƯƠNG: CHƯA ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TÍCH LŨY TRONG TỔNG CỘNG 24 THÁNG BẰNG BẤT KỲ LIỆU PHÁP HORMONE TUYẾN GIÁP NÀO.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

ABATACEPT IV

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ORENCIA (WITH MALTOSE)

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: VIÊM KHỚP DẠNG THẤP (RA), VIÊM KHỚP TỰ PHÁT Ở THIẾU NIÊN (PJIA): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẤP KHỚP. VIÊM KHỚP VÂY NỀN (PSA): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ DA LIỄU HOẶC BÁC SĨ THẤP KHỚP.
Thời Gian Bảo Hiểm	RA, PJIA, PSA: BAN ĐẦU: 6 THÁNG, GIA HẠN: 12 THÁNG BỆNH GHÉP CHỒNG LẠI VẬT CHỦ CẤP TÍNH (AGVHD): 1 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU (VÍ DỤ: CHẤT ỨC CHẾ JAK, CHẤT ỨC CHẾ PDE-4) CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. RA: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ TRONG 3 THÁNG VỚI MỘT THUỐC DMARD TỔNG HỢP THÔNG THƯỜNG (THUỐC ĐIỀU CHỈNH BỆNH) - NẾU BỆNH NHÂN ĐÃ THỬ NGHIỆM METHOTREXATE, THÌ CẦN THỬ NGHIỆM Ở LIỀU LƯỢNG LỚN HƠN HOẶC BẰNG 20 MG MỖI TUẦN HOẶC LIỀU TỐI ĐA CÓ THỂ DUNG NẠP. GIA HẠN: RA, PJIA, PSA: 1) TIẾP TỤC HƯỞNG LỢI ÍCH TỪ THUỐC VÀ 2) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ..
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

ABATACEPT SQ

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

• ORENCIA

• ORENCIA CLICKJECT

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: VIÊM KHỚP DẠNG THẤP (RA), VIÊM KHỚP TỰ PHÁT Ở THIẾU NIÊN (PJIA): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẤP KHỚP. VIÊM KHỚP VÂY NỀN (PSA): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ DA LIỄU HOẶC BÁC SĨ THẤP KHỚP.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: RA: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH TRONG 3 THÁNG ĐIỀU TRỊ BẰNG MỘT THUỐC CHỐNG THẤP KHỚP TỔNG HỢP DMARD (THUỐC CHỐNG THẤP KHỚP ĐIỀU TRỊ BỆNH) - NẾU BỆNH NHÂN ĐÃ THỬ METHOTREXATE, THÌ CẦN THỬ NGHIỆM VỚI LIỀU ÍT NHẤT 20 MG MỖI TUẦN HOẶC LIỀU DUNG NẠP TỐI ĐA. BAN ĐẦU/GIA HẠN: TẮT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU (VÍ DỤ: CHẤT ỨC CHẾ JAK, CHẤT ỨC CHẾ PDE-4) CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. GIA HẠN: RA, PJIA, PSA: TIẾP TỤC ĐƯỢC HƯỞNG LỢI ÍCH TỪ THUỐC.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

ABEMACICLIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- VERZENIO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

ABIRATERONE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *abiraterone*
- *abirtega*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT DI CĂN NGUY CƠ CAO ĐÁP ỨNG TỐT VỚI LIỆU PHÁP NỘI TIẾT TỐ (MCSPC), UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT KHÔNG ĐÁP ỨNG TỐT VỚI LIỆU PHÁP NỘI TIẾT TỐ (MCRPC): 1) ĐÃ PHẪU THUẬT CẮT BỎ TINH HOÀN HAI BÊN, 2) NỒNG ĐỘ TESTOSTERONE TRIỆT SẴN (TỨC LÀ DƯỚI 50 NG/DL), HOẶC 3) SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI THUỐC TƯƠNG TỰ GIẢI PHÓNG HORMON GONADOTROPIN (GNRH)
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

ABIRATERONE SUBMICRONIZED

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *abiraterone, submicronized*
- YONSA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT DI CĂN, KHÔNG ĐÁP ỨNG TỐT VỚI LIỆU PHÁP NỘI TIẾT TỔ (MCRPC): 1) ĐÃ PHẪU THUẬT CẮT BỎ TINH HOÀN HAI BÊN, 2) NỒNG ĐỘ TESTOSTERONE TRIỆT SẴN (TỨC LÀ DƯỚI 50 NG/DL), HOẶC 3) SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI THUỐC TƯƠNG TỰ GIẢI PHÓNG HORMON GONADOTROPIN (GNRH)
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

ACALABRUTINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- CALQUENCE
- CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

ADAGRASIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- KRAZATI

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

ADALIMUMAB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

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

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	BAN ĐẦU: BỆNH VẢY NẾN MẢNG BÓNG (PSO): BỆNH VẢY NẾN BAO PHỦ 3 PHẦN TRỞ LÊN DIỆN TÍCH BỀ MẶT CƠ THỂ HOẶC TỔN THƯƠNG VẢY NẾN ẢNH HƯỞNG ĐẾN TAY, CHÂN, MẶT, DA ĐẦU HOẶC VÙNG SINH DỤC.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: RA, PJIA, VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP (AS): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẤP KHỚP. VIÊM KHỚP VẢY NẾN (PSA): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ DA LIỄU HOẶC BÁC SĨ THẤP KHỚP. PSO, VIÊM TUYẾN MỖ HÔI MỦ (HS): ĐƯỢC KÊ ĐƠN BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ DA LIỄU. BỆNH CROHN (CD), VIÊM LOÉT ĐẠI TRÀNG (UC): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN BÁC SĨ TIÊU HÓA. VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ NHÃN KHOA.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: RA, PSO, PJIA, AS, PSA, CD, UC, VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO: 6 THÁNG, HS: 12 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: VIÊM KHỚP DẠNG THẤP (RA): THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH TRONG 3 THÁNG ĐIỀU TRỊ BẰNG MỘT THUỐC CHỐNG THẤP KHỚP TỔNG HỢP DMARD (THUỐC CHỐNG THẤP KHỚP ĐIỀU TRỊ BỆNH) - NẾU BỆNH NHÂN ĐÃ THỬ METHOTREXATE, THÌ CẦN THỬ NGHIỆM VỚI LIỀU ÍT

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
	<p>NHẤT 20 MG MỖI TUẦN HOẶC LIỀU DUNG NẠP TỐI ĐA. AS: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI THUỐC NSAID. PSO: 1) THỬ NGHIỆM ÍT NHẤT 3 THÁNG MỘT THUỐC ỨNG CHẾ MIỄN DỊCH UỐNG (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) HOẶC LIỀU PHÁP PUVA (Quang hóa trị liệu), 2) CHỐNG CHỈ ĐỊNH HOẶC KHÔNG DUNG NẠP CẢ THUỐC ỨNG CHẾ MIỄN DỊCH VÀ PUVA, HOẶC 3) BỆNH NHÂN ĐANG CHUYỂN TỪ THUỐC SINH HỌC KHÁC, THUỐC ỨNG CHẾ PDE-4 HOẶC THUỐC ỨNG CHẾ JAK CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO: KHÔNG BỊ VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRƯỚC ĐƠN LẺ. BAN ĐẦU/GIA HẠN: TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU (VÍ DỤ: CHẤT ỨNG CHẾ JAK, CHẤT ỨNG CHẾ PDE-4) CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. GIA HẠN: RA, VIÊM KHỚP TỰ PHÁT Ở THIẾU NIÊN (PJIA), PSA, AS, PSO, HS, VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO: TIẾP TỤC ĐƯỢC HƯỞNG LỢI ÍCH TỪ THUỐC.</p>
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

ADALIMUMAB-AATY

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- YUFLYMA(CF)
- YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS
- YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	BAN ĐẦU: BỆNH VẢY NÉN MẢNG BÓNG (PSO): BỆNH VẢY NÉN BAO PHỦ 3 PHẦN TRỞ LÊN DIỆN TÍCH BỀ MẶT CƠ THỂ HOẶC TỔN THƯƠNG VẢY NÉN ẢNH HƯỞNG ĐẾN TAY, CHÂN, MẶT, DA ĐẦU HOẶC VÙNG SINH DỤC.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: RA, PJIA, VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP (AS): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẤP KHỚP. VIÊM KHỚP VẢY NÉN (PSA): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ DA LIỄU HOẶC BÁC SĨ THẤP KHỚP. PSO, VIÊM TUYẾN MÔ HÔI MỦ (HS): ĐƯỢC KÊ ĐƠN BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ DA LIỄU. BỆNH CROHN (CD), VIÊM LOÉT ĐẠI TRÀNG (UC): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN BÁC SĨ TIỂU HÓA. VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ NHÃN KHOA.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: RA, PSO, PJIA, AS, PSA, CD, UC, VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO: 6 THÁNG, HS: 12 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: VIÊM KHỚP DẠNG THẤP (RA): THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH TRONG 3 THÁNG ĐIỀU TRỊ BẰNG MỘT THUỐC CHỐNG THẤP KHỚP TỔNG HỢP DMARD (THUỐC CHỐNG THẤP KHỚP ĐIỀU TRỊ BỆNH) - NẾU BỆNH NHÂN ĐÃ THỬ METHOTREXATE, THÌ CẦN THỬ NGHIỆM VỚI LIỀU ÍT NHẤT 20 MG MỖI TUẦN HOẶC LIỀU DUNG NẠP TỐI ĐA. AS: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI THUỐC NSAID. PSO: 1) THỬ NGHIỆM ÍT NHẤT 3 THÁNG MỘT THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH UỐNG (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) HOẶC LIỆU PHÁP PUVA (Quang hóa trị liệu), 2) CHỐNG CHỈ ĐỊNH HOẶC KHÔNG DUNG NẠP CẢ THUỐC ỨC

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
	<p>CHẾ MIỄN DỊCH VÀ PUVA, HOẶC 3) BỆNH NHÂN ĐANG CHUYỂN TỪ THUỐC SINH HỌC KHÁC, THUỐC ỨNG CHẾ PDE-4 HOẶC THUỐC ỨNG CHẾ JAK CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO: KHÔNG BỊ VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRƯỚC ĐƠN LẺ. BAN ĐẦU/GIA HẠN: TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU (VÍ DỤ: CHẤT ỨNG CHẾ JAK, CHẤT ỨNG CHẾ PDE-4) CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. GIA HẠN: RA, VIÊM KHỚP TỰ PHÁT Ở THIẾU NIÊN (PJIA), PSA, AS, PSO, HS, VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO: TIẾP TỤC ĐƯỢC HƯỞNG LỢI ÍCH TỪ THUỐC.</p>
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

ADALIMUMAB-ADBM

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- CYLTEZO(CF)
- CYLTEZO(CF) PEN
- CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS
- CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	BAN ĐẦU: BỆNH VẢY NẾN MẢNG BÓNG (PSO): BỆNH VẢY NẾN BAO PHỦ 3 PHẦN TRỞ LÊN DIỆN TÍCH BỀ MẶT CƠ THỂ HOẶC TỔN THƯƠNG VẢY NẾN ẢNH HƯỞNG ĐẾN TAY, CHÂN, MẶT, DA ĐẦU HOẶC VÙNG SINH DỤC.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: RA, PJIA, VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP (AS): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẤP KHỚP. VIÊM KHỚP VẢY NẾN (PSA): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ DA LIẾU HOẶC BÁC SĨ THẤP KHỚP. PSO, VIÊM TUYẾN MỖ HÔI MỦ (HS): ĐƯỢC KÊ ĐƠN BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ DA LIẾU. BỆNH CROHN (CD), VIÊM LOÉT ĐẠI TRÀNG (UC): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN BÁC SĨ TIÊU HÓA. VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ NHÃN KHOA.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: RA, PSO, PJIA, AS, PSA, CD, UC, VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO: 6 THÁNG, HS: 12 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: VIÊM KHỚP DẠNG THẤP (RA): THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH TRONG 3 THÁNG ĐIỀU TRỊ BẰNG MỘT THUỐC CHỐNG THẤP KHỚP TỔNG HỢP DMARD (THUỐC CHỐNG THẤP KHỚP ĐIỀU TRỊ BỆNH) - NẾU BỆNH NHÂN ĐÃ THỬ METHOTREXATE, THÌ CẦN THỬ NGHIỆM VỚI LIỀU ÍT NHẤT 20 MG MỖI TUẦN HOẶC LIỀU DUNG NẠP TỐI ĐA. AS: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI THUỐC NSAID. PSO: 1) THỬ NGHIỆM ÍT NHẤT 3 THÁNG MỘT THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH UỐNG (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) HOẶC LIỆU PHÁP PUVA (Quang hóa trị liệu), 2)

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
	<p>CHÔNG CHỈ ĐỊNH HOẶC KHÔNG DUNG NẠP CẢ THUỐC ỨNG CHẾ MIỄN DỊCH VÀ PUVA, HOẶC 3) BỆNH NHÂN ĐANG CHUYỂN TỪ THUỐC SINH HỌC KHÁC, THUỐC ỨNG CHẾ PDE-4 HOẶC THUỐC ỨNG CHẾ JAK CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO: KHÔNG BỊ VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRƯỚC ĐƠN LẺ. BAN ĐẦU/GIA HẠN: TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU (VÍ DỤ: CHẤT ỨNG CHẾ JAK, CHẤT ỨNG CHẾ PDE-4) CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. GIA HẠN: RA, VIÊM KHỚP TỰ PHÁT Ở THIẾU NIÊN (PJIA), PSA, AS, PSO, HS, VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO: TIẾP TỤC ĐƯỢC HƯỞNG LỢI ÍCH TỪ THUỐC.</p>
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

AFATINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- GILOTRIF

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	UNG THƯ PHỔI KHÔNG PHẢI TẾ BÀO NHỎ DI CĂN VỚI ĐỘT BIẾN EGFR: KHÔNG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ ĐỒNG THỜI VỚI CHẤT ỨNG CHẾ TYROSINE KINASE EGFR.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

ALECTINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ALECENSA

- AVMAPKI-FAKZYNJA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

ALPELISIB-PIQRAY

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 250 MG/DAY (200 MG X 1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

AMIKACIN LIPOSOMAL INH

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ARIKAYCE

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	BỆNH PHỔI DO PHỨC HỢP MYCOBACTERIUM AVIUM (MAC): GIA HẠN: 1) KHÔNG CÓ PHẦN TÍCH ĐỜM DƯƠNG TÍNH VỚI MAC SAU NHIỀU LẦN CẤY ÂM TÍNH LIÊN TIẾP, VÀ 2) CẢI THIÊN TRIỆU CHỨNG. NGOÀI RA, ĐỂ GIA HẠN LẦN ĐẦU, VIỆC CHẤP THUẬN YÊU CẦU PHẢI CÓ ÍT NHẤT MỘT LẦN PHẦN TÍCH ĐỜM ÂM TÍNH VỚI MAC TRONG VÒNG SÁU THÁNG ĐIỀU TRỊ BẰNG ARIKAYCE. ĐỐI VỚI LẦN GIA HẠN THỨ HAI VÀ CÁC LẦN SAU ĐÓ, VIỆC CHẤP THUẬN YÊU CẦU ÍT NHẤT BA LẦN PHẦN TÍCH ĐỜM ÂM TÍNH VỚI MAC TRONG VÒNG 12 THÁNG ĐIỀU TRỊ BẰNG ARIKAYCE.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BỆNH PHỔI MAC: BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ CHUYÊN GIA VỀ BỆNH TRUYỀN NHIỄM.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU/GIA HẠN: 6 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

AMIVANTAMAB-HYALURONIDASE-LPUJ

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- RYBREVANT FASPRO
SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,600 MG-20,000 UNIT/10 ML, 2,240 MG-28,000 UNIT/14 ML

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

AMIVANTAMAB-VMJW

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- RYBREVANT

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

ANAKINRA

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- KINERET

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	BỆNH DO VIRUS CORONA 2019 (COVID-19) Ở NGƯỜI LỚN NĂM VIỆN.
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	BAN ĐẦU: HỘI CHỨNG ĐỊNH KỲ LIÊN QUAN ĐẾN CRYOPYRIN (CAPS): 1) MỘT TRONG NHỮNG ĐIỀU SAU ĐÂY: (A) XÉT NGHIỆM DI TRUYỀN CHO CÁC ĐỘT BIẾN CHỨC NĂNG TĂNG TRƯỞNG TRONG GEN NLRP3, HOẶC (B) CÓ DẤU HIỆU VIÊM (TỨC LÀ, CRP, ESR, PROTEIN AMYLOID A TRONG HUYẾT THANH (SAA) TĂNG CAO) HOẶC PROTEIN S100), VÀ 2) HAI TRONG SỐ NHỮNG ĐIỀU SAU: PHÁT BAN GIỐNG MÈ ĐAY (VIÊM DA BẠCH CẦU TRUNG TÍNH), CƠN CẢM LẠNH, MẤT THÍNH LỰC THẦN KINH CẢM GIÁC, TRIỆU CHỨNG CƠ XƯƠNG KHỚP, VIÊM MÀNG NÃO KHÔNG DO VI KHUẨN MÃN TÍNH, BẤT THƯỜNG VỀ XƯƠNG. THIẾU CHẤT ĐỐI KHÁNG THỂ INTERLEUKIN-1 (DIRA): 1) MỘT TRONG NHỮNG ĐIỀU SAU: (A) XÉT NGHIỆM DI TRUYỀN CHO CÁC ĐỘT BIẾN CHỨC NĂNG TĂNG TRƯỞNG TRONG GEN IL1RN, HOẶC (B) CÓ DẤU HIỆU VIÊM (TỨC LÀ CRP TĂNG, ESR), VÀ 2) MỘT TRONG NHỮNG ĐIỀU SAU: PHÁT BAN GIỐNG VỚI VẢY NỀN THỂ MỦ, VIÊM TỦY XƯƠNG, VIÊM XƯƠNG TỦY KHÔNG DO VI KHUẨN, BONG MÓNG.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: VIÊM KHỚP DẠNG THẤP (RA): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẤP KHỚP.
Thời Gian Bảo Hiểm	RA: BAN ĐẦU: 6 THÁNG, GIA HẠN: 12 THÁNG CAPS, DIRA: TRỌN ĐỜI.
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU (VÍ DỤ: CHẤT ỨC CHẾ JAK, CHẤT ỨC CHẾ PDE-4) CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. RA: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI HAI THUỐC

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
	ĐƯỢC ƯU TIÊN SAU ĐÂY: HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA. GIA HẠN: RA: 1) TIẾP TỤC HƯỞNG LỢI ÍCH TỪ THUỐC VÀ 2) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ..
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

APALUTAMIDE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ERLEADA ORAL TABLET 240 MG, 60 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT KHÔNG DI CĂN, KHÔNG ĐÁP ỨNG TỐT VỚI LIỆU PHÁP NỘI TIẾT TỔ (NMCRPC), UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT DI CĂN ĐÁP ỨNG TỐT VỚI LIỆU PHÁP NỘI TIẾT TỔ (MCSPC): 1) ĐÃ PHẪU THUẬT CẮT BỎ TINH HOÀN HAI BÊN, 2) NỒNG ĐỘ TESTOSTERONE TRIỆT SẴN (TỨC LÀ DƯỚI 50 NG/DL), HOẶC 3) SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI THUỐC TƯƠNG TỰ GIẢI PHÓNG HORMON GONADOTROPIN (GNRH)
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

APOMORPHINE - ONAPGO

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ONAPGO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BỆNH PARKINSON (PD): BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẦN KINH.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU/GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	PD: GIA HẠN: CẢI THIÊN CÁC TRIỆU CHỨNG VẬN ĐỘNG TRONG KHI ĐIỀU TRỊ.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

APOMORPHINE - SL

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 10-15-20-25-30 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	BỆNH PARKINSON (PD): BAN ĐẦU: 18 TUỔI TRỞ LÊN
Giới Hạn Người Kê Toa	PD: BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẦN KINH.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	PD: GIA HẠN: CẢI THIỆN CÁC BIẾN ĐỘNG VẬN ĐỘNG TRONG CÁC GIAI ĐOẠN KHÔNG HIỆU QUẢ CỦA THUỐC KHI SỬ DỤNG LIỆU PHÁP.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

APREMILAST

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- OTEZLA
- OTEZLA STARTER
- OTEZLA XR
- OTEZLA XR INITIATION

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	<p>BAN ĐẦU: BỆNH VẾT NÉN MẢNG BÓNG NHẸ (PSO): 1) BỆNH VẢY NÉN BAO PHỦ ÍT HƠN 3 PHẦN TRĂM DIỆN TÍCH BỀ MẶT CƠ THỂ (BSA), 2) ĐÁNH GIÁ TOÀN DIỆN TÍNH CỦA BÁC SĨ (SPGA) ĐIỂM 2, HOẶC 3) CHỈ SỐ VÙNG VÀ MỨC ĐỘ NGHIÊM TRỌNG CỦA BỆNH VẢY NÉN (PASI) TỪ 2 ĐẾN 9. PSO TRUNG BÌNH ĐẾN NẶNG: BỆNH VẢY NÉN BAO PHỦ 3 PHẦN TRĂM TRỞ LÊN BSA, HOẶC TỔN THƯƠNG VẾT NÁM ẢNH HƯỞNG ĐẾN TAY, CHÂN, MẶT, DA ĐẦU HOẶC VÙNG SINH DỤC.</p>
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	<p>BAN ĐẦU: VIÊM KHỚP VẢY NÉN (PSA): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ DA LIỄU HOẶC BÁC SĨ THẤP KHỚP. PSO: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ DA LIỄU. BỆNH BEHCETS: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẤP KHỚP.</p>
Thời Gian Bảo Hiểm	<p>BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG</p>
Tiêu Chí Khác	<p>BAN ĐẦU: PSO NHẸ: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI MỘT LIỆU PHÁP HỆ THỐNG THÔNG THƯỜNG (VÍ DỤ: METHOTREXATE, ACITRETIN, CYCLOSPORINE) HOẶC MỘT LIỆU PHÁP BÔI DA THÔNG THƯỜNG (VÍ DỤ: CORTICOSTEROID BÔI DA). PSO TRUNG BÌNH ĐẾN NẶNG: 1) THỬ NGHIỆM ÍT NHẤT 3 THÁNG MỘT THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH UỐNG (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) HOẶC LIỆU PHÁP PUVA (Quang hóa trị liệu), 2) CHỐNG CHỈ ĐỊNH HOẶC KHÔNG DUNG NẠP CẢ THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH VÀ PUVA, HOẶC 3) BỆNH NHÂN ĐANG</p>

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
	<p>CHUYỂN TỪ THUỐC SINH HỌC KHÁC, THUỐC ỨC CHẾ PDE-4 HOẶC THUỐC ỨC CHẾ JAK CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. BỆNH BEHCETS: 1) BỊ LOÉT MIỆNG HOẶC CÓ TIỀN SỬ LOÉT MIỆNG TÁI LẠI DỰA TRÊN CÁC TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG, VÀ 2) THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI MỘT HOẶC NHIỀU PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN (VÍ DỤ: COLCHICINE, CORTICOSTEROID BÔI, CORTICOSTEROID UỐNG). BAN ĐẦU/GIA HẠN: TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHẦN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHẦN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU (VÍ DỤ: CHẤT ỨC CHẾ JAK, CHẤT ỨC CHẾ PDE-4) CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. GIA HẠN: TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH: TIẾP TỤC ĐƯỢC HƯỞNG LỢI ÍCH TỪ THUỐC.</p>
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

ARIMOCOLOMOL

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- MIPLYFFA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BỆNH NIEMANN-PICK LOẠI C (NPC): BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẦN KINH HOẶC BÁC SĨ DI TRUYỀN.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	NPC: GIA HẠN: CẢI THIỆN HOẶC LÀM CHẬM TIẾN TRIỂN CỦA BỆNH.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

ASCIMINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG, 20 MG, 40 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	ĐÃ ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TRƯỚC ĐÂY HOẶC ĐỘT BIẾN T315I BỆNH BẠCH CẦU TỬY MẮN TÍNH CÓ NHIỄM SẮC TÍNH DƯƠNG TÍNH Ở PHILADELPHIA (Ph+ CML): PHÂN TÍCH ĐỘT BIẾN TRƯỚC KHI BẮT ĐẦU VÀ SCEMBLIX PHÙ HỢP VỚI BẢNG HƯỚNG DẪN CỦA NCCN ĐỂ ĐƯỢC KHUYẾN NGHỊ ĐIỀU TRỊ DỰA TRÊN HỒ SƠ ĐỘT BIẾN BCR-ABL1.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

ASFOTASE ALFA

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- STRENSIQ

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BỆNH HYPOPHOSPHATASIA (HPP): BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ NỘI TIẾT, CHUYÊN GIA DI TRUYỀN HOẶC CHUYÊN GIA CHUYỂN HÓA.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: HPP KHỞI PHÁT Ở TRẺ SƠ SINH/TRẺ NHỎ: 1) 6 THÁNG TUỔI HOẶC NHỎ HƠN KHI BẮT ĐẦU HPP VÀ 2) DƯƠNG TÍNH VỚI ĐỘ BIẾN GEN PHOSPHATASE KIỀM KHÔNG ĐẶC HIỆU (TNSALP) (ALPL) CỦA MÔ ĐƯỢC XÁC NHẬN BẰNG XÉT NGHIỆM DI TRUYỀN HOẶC HAI TRONG SỐ CÁC KẾT QUẢ SAU ĐÂY: (A) NỒNG ĐỘ PHOSPHATASE KIỀM (ALP) TRONG HUYẾT THANH THẤP HƠN MỨC BÌNH THƯỜNG VỚI ĐỘ TUỔI CỦA BỆNH NHÂN, (B) NỒNG ĐỘ PYRIDOXAL-5'-PHOSPHATE (PLP) TRONG HUYẾT THANH TĂNG CAO VÀ KHÔNG BỔ SUNG VITAMIN B6 TRONG TUẦN TRƯỚC, (C) NỒNG ĐỘ PHOSPHOETHANOLAMINE (PEA) TRONG NƯỚC TIỂU VƯỢT QUÁ MỨC BÌNH THƯỜNG VỚI ĐỘ TUỔI CỦA BỆNH NHÂN, (D) BẰNG CHỨNG X-QUANG CỦA HPP, (E) ÍT NHẤT HAI TRONG SỐ CÁC ĐIỀU SAU: (I) BIẾN DẠNG NGỰC DO CÒI XƯƠNG, (II) BỆNH KHỚP SỌC, (III) CHẬM PHÁT TRIỂN CỦA XƯƠNG DẪN ĐẾN CHẬM PHÁT TRIỂN VẬN ĐỘNG, (IV) TIỀN SỬ BỊ CO GIẬT PHỤ THUỘC VITAMIN B6, (V) BỆNH CANXI THÂN HOẶC TIỀN SỬ CANXI HUYẾT THANH TĂNG CAO, (VI) TIỀN SỬ HOẶC HIỆN DIỆN GÃY XƯƠNG SAU SINH KHÔNG DO CHẤN THƯƠNG VÀ CHẬM LÀNH VỠ GÃY XƯƠNG.

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
	<p>HPP KHỞI PHÁT Ở TUỔI VỊ THÀNH NIÊN: 1) 18 TUỔI HOẶC NHỎ HƠN KHI BẮT ĐẦU HPP, VÀ 2) DƯƠNG TÍNH VỚI ĐỘ BIẾN GEN TNSALP ALPL ĐƯỢC XÁC NHẬN BẰNG XÉT NGHIỆM DI TRUYỀN HOẶC HAI TRONG SỐ CÁC KẾT QUẢ SAU ĐÂY: (A) NỒNG ĐỘ ALP HUYẾT THANH THẤP HƠN MỨC BÌNH THƯỜNG VỚI ĐỘ TUỔI CỦA BỆNH NHÂN, (B) NỒNG ĐỘ PLP TRONG HUYẾT THANH TĂNG CAO VÀ KHÔNG BỔ SUNG VITAMIN B6 TRONG TUẦN TRƯỚC, (C) NỒNG ĐỘ PEA TRONG NƯỚC TIỂU VƯỢT QUÁ MỨC BÌNH THƯỜNG VỚI ĐỘ TUỔI CỦA BỆNH NHÂN, (D) BẢNG CHỮNG X-QUANG CỦA HPP, (E) ÍT NHẤT HAI TRONG SỐ CÁC ĐIỀU SAU: (I) BIẾN DẠNG XƯƠNG, (II) MẮT RĂNG SỚM TRƯỚC 5 TUỔI, (III) CHẬM PHÁT TRIỂN CỦA XƯƠNG DẪN ĐẾN CHẬM PHÁT TRIỂN VẬN ĐỘNG, (IV) TIỀN SỬ HOẶC CÓ GẦY XƯƠNG KHÔNG DO CHẤN THƯƠNG HOẶC CHẬM LÀNH VẾT GẦY XƯƠNG. TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH: 1) HIỆN KHÔNG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG BISPHOSPHONATE, 2) NỒNG ĐỘ CANXI HOẶC PHOTPHAT KHÔNG THẤP HƠN MỨC BÌNH THƯỜNG, 3) KHÔNG BỊ DẠNG CÒI XƯƠNG KHÔNG THỂ ĐIỀU TRỊ GIA HẠN: TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH: 1) CẢI THIỆN ĐẶC ĐIỂM XƯƠNG CỦA HPP VÀ 2) HIỆN KHÔNG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG BISPHOSPHONATE.</p>
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

ATOGEPANT

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- QULIPTA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	PHÒNG NGỪA ĐAU NỬA ĐẦU: BAN ĐẦU/GIA HẠN: KHÔNG ĐƯỢC SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC THUỐC ỨC CHẾ CGRP KHÁC ĐỂ PHÒNG NGỪA CHỨNG ĐAU NỬA ĐẦU. GIA HẠN: GIẢM TẦN SUẤT, MỨC ĐỘ NGHIÊM TRỌNG HOẶC THỜI GIAN ĐAU ĐẦU DO ĐAU NỬA ĐẦU KHI ĐIỀU TRỊ.
Chi Định	Tất cả các Chi Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

AVACOPAN

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- TAVNEOS

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	VIÊM MẠCH LIÊN QUAN ĐẾN KHÁNG THỂ KHÁNG BÀO TƯƠNG BẠCH CẦU (ANCA): BAN ĐẦU: ANCA HUYẾT THANH DƯƠNG TÍNH (ANTI-PR3 HOẶC ANTI-MPO).
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	VIÊM MẠCH LIÊN QUAN ĐẾN ANCA: BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẤP KHỚP HOẶC BÁC SĨ THẬN.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU/GIA HẠN: 6 THÁNG
Tiêu Chí Khác	VIÊM MẠCH LIÊN QUAN ĐẾN ANCA: GIA HẠN: TIẾP TỤC ĐƯỢC HƯỞNG LỢI ÍCH TỪ LIỆU PHÁP.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

AVAPRITINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- AYYAKIT

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

AVUTOMETINIB-DEFACTINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- AVMAPKI
- FAKZYNJA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

AXATILIMAB-CSFR

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- NIKTIMVO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BỆNH GHÉP CHỐNG VẬT CHỦ MẠN TÍNH (CGVHD): 1) THẤT BẠI CỦA ÍT NHẤT HAI DÒNG LIỆU PHÁP HỆ THỐNG, MỘT TRONG SỐ ĐÓ PHẢI LÀ THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI JAKAFI, VÀ 2) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI JAKAFI, REZUROCK HOẶC IMBRUVICA.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

AXITINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

AZACITIDINE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ONUREG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

AZTREONAM INHALED

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- CAYSTON

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	7 TUỔI TRỞ LÊN
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

BEDAQUILINE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- SIRTURO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	24 TUẦN
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

BELIMUMAB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- BENLYSTA SUBCUTANEOUS

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: BỆNH LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG (SLE): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẤP KHỚP. VIÊM THẬN DO LUPUS (LN): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẤP KHỚP HOẶC BÁC SĨ THẬN.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: SLE: HIỆN ĐANG DÙNG THUỐC CORTICOSTEROID, THUỐC TRỊ SỐT RÉT, THUỐC NSAID HOẶC THUỐC ỨNG CHẾ MIỄN DỊCH. GIA HẠN: SLE: BỆNH NHÂN ĐÃ CẢI THIẾN VỀ LÂM SÀNG. LN: CẢI THIẾN ĐÁP ỨNG CỦA THẬN TỪ CÁC GIÁ TRỊ XÉT NGHIỆM CƠ BẢN (TỨC LÀ EGFR HOẶC PROTEIN NƯỚC TIỂU) VÀ/HOẶC CÁC THÔNG SỐ LÂM SÀNG.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

BELUMOSUDIL

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- REZUROCK

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BỆNH GHÉP CHỐNG VẬT CHỦ MẠN TÍNH (CGVHD): 1) THẤT BẠI CỦA ÍT NHẤT HAI DÒNG LIỆU PHÁP HỆ THỐNG, MỘT TRONG SỐ ĐÓ PHẢI LÀ THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI JAKAFI, VÀ 2) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI JAKAFI, NIKTIMVO HOẶC IMBRUVICA.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

BELZUTIFAN

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- WELIREG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

BENDAMUSTINE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *bendamustine intravenous recon soln*
- BENDAMUSTINE INTRAVENOUS SOLUTION
- BENDEKA
- VIVIMUSTA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

BENRALIZUMAB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- FASENRA
- FASENRA PEN

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	BAN ĐẦU: HEN SUYỄN: NỒNG ĐỘ EOSINOPHIL TRONG MÁU ÍT NHẤT 150 TẾ BÀO/MCL TRONG VÒNG 12 THÁNG QUA.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: HEN SUYỄN: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ CHUYÊN VỀ DỊ ỨNG HOẶC Y HỌC PHỔI.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU/GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: HEN SUYỄN: 1) LIỆU PHÁP ĐỒNG THỜI VỚI LIỆU TRUNG BÌNH, CAO, HOẶC LIỆU DUNG NHIỆT TỐI ĐA CỦA CORTICOSTEROID HÍT (ICS) VÀ MỘT LOẠI THUỐC DUY TRÌ KHÁC, VÀ 2) MỘT ĐỢT PHÁT TRIỂN HEN SUYỄN CẦN PHẢI DÙNG CORTICOSTEROID TOÀN THÂN KÉO DÀI ÍT NHẤT 3 NGÀY TRONG VÒNG 12 THÁNG QUA, HOẶC ÍT NHẤT MỘT ĐỢT TRẦM TRỌNG ĐẶC BIỆT ĐỂ PHẢI NHẬP VIỆN HOẶC ĐẾN CẤP CỨU TRONG VÒNG 12 THÁNG QUA, HOẶC KIỂM SOÁT TRIỂN CHỨNG KÉM MẠC DÙ ĐANG ĐIỀU TRỊ HIỆN TẠI ĐƯỢC CHỨNG MINH BỞI ÍT NHẤT BA TRONG SỐ CÁC TRIỆU CHỨNG SAU ĐÂY TRONG VÒNG 4 TUẦN QUA: (A) TRIỆU CHỨNG HEN SUYỄN VÀO BAN NGÀY HƠN HAI LẦN/TUẦN, (B) BẤT KỲ ĐÊM NÀO THỨC DẬY VÌ HEN SUYỄN, (C) THUỐC GIẢM TRIỆU CHỨNG SABA HƠN HAI LẦN/TUẦN, (D) BẤT KỲ HẠN CHẾ HOẠT ĐỘNG NÀO DO HEN SUYỄN. BAN ĐẦU/GIA HẠN: TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU (VÍ DỤ: CHẤT ỨC CHẾ JAK, CHẤT ỨC CHẾ PDE-4) CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. GIA HẠN: HEN SUYỄN: 1) TIẾP TỤC SỬ DỤNG ICS VÀ MỘT LOẠI THUỐC DUY TRÌ KHÁC,

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
	VÀ 2) PHẢN ỨNG LÂM SÀNG ĐƯỢC CHỨNG MINH BỞI: (A) GIẢM SỐ ĐỢT PHỤC HỒI HEN SUYỄN TỪ MỨC ĐẦU, (B) GIẢM SỬ DỤNG THUỐC CỨU HỘ, (C) TĂNG TỶ LỆ PHẦN TRĂM FEV1 DỰ ĐOÁN TỪ GIÁ TRỊ CƠ BẢN TRƯỚC KHI ĐIỀU TRỊ, HOẶC (D) GIẢM MỨC ĐỘ NGHIÊM TRỌNG HOẶC TẦN SUẤT CỦA CÁC TRIỆU CHỨNG LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH HEN SUYỄN. U HẠT ỨA EOSIN CÓ VIÊM ĐA MẠCH (EGPA): GIẢM TRIỆU CHỨNG EGPA SO VỚI BAN ĐẦU HOẶC KHẢ NĂNG GIẢM/LOẠI BỎ VIỆC SỬ DỤNG CORTICOSTEROID.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

BETAINE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *betaine*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

BEVACIZUMAB-BVZR

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ZIRABEV

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	THUỐC NÀY CŨNG YÊU CẦU XÁC ĐỊNH THANH TOÁN VÀ CÓ THỂ ĐƯỢC BẢO HIỂM THEO MEDICARE PHẦN B HOẶC D.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

BEXAROTENE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *bexarotene*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

BINIMETINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- MEKTOVI

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

BORTEZOMIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- bortezomib injection*

- BORUZU

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	THUỐC NÀY CŨNG YÊU CẦU XÁC ĐỊNH THANH TOÁN VÀ CÓ THỂ ĐƯỢC BẢO HIỂM THEO MEDICARE PHẦN B HOẶC D.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

BOSENTAN

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *bosentan oral tablet*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	TĂNG HUYẾT ÁP ĐỘNG MẠCH PHỔI (PAH): BAN ĐẦU: CHẨN ĐOÁN ĐƯỢC XÁC NHẬN BẰNG CÁCH ĐẶT THÔNG TIM PHẢI VỚI CÁC THÔNG SỐ SAU: 1) ÁP LỰC ĐỘNG MẠCH PHỔI TRUNG BÌNH (PAP) LỚN HƠN 20 MMHG, 2) ÁP SUẤT MÁU MẠCH PHỔI (PCWP) 15 MMHG HOẶC ÍT HƠN, VÀ 3) SỨC CẢN MẠCH PHỔI (PVR) LỚN HƠN 2 ĐƠN VỊ WOOD
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	PAH: BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ TIM MẠCH HOẶC BÁC SĨ PHỔI.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU/GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	PAH: BAN ĐẦU: 1) KHÔNG CÓ ENZYME GAN (ALT, AST) TĂNG CAO HƠN 3 LẦN GIỚI HẠN TRÊN CỦA MỨC BÌNH THƯỜNG (ULN) HOẶC TĂNG BILIRUBIN LÊN 2 LẦN TRỞ LÊN, VÀ 2) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CYCLOSPORINE A HOẶC GLYBURIDE. GIA HẠN: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CYCLOSPORINE A HOẶC GLYBURIDE.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

BOSUTINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG
- BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	BỆNH BẠCH CẦU TỦY MÃN TÍNH CÓ NHIỄM SẮC TÍNH DƯƠNG TÍNH Ở PHILADELPHIA (Ph+ CML) ĐÃ ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TRƯỚC ĐÂY: PHÂN TÍCH ĐỘT BIẾN TRƯỚC KHI BẮT ĐẦU VÀ BOSULIF PHÙ HỢP VỚI BẢNG HƯỚNG DẪN CỦA NCCN ĐỂ ĐƯỢC KHUYẾN NGHỊ ĐIỀU TRỊ DỰA TRÊN HỒ SƠ ĐỘT BIẾN BCR-ABL1.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

BRIGATINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 30 MG, 90 MG
- ALUNBRIG ORAL TABLETS, DOSE PACK

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

C1 ESTERASE INHIBITOR-HAEGARDA

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- HAEGARDA SUBCUTANEOUS
RECON SOLN 2,000 UNIT, 3,000
UNIT

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	PHÙ MẠCH DI TRUYỀN (HAE): BAN ĐẦU: 1) LOẠI III HAE, HOẶC 2) LOẠI I HOẶC II HAE ĐƯỢC XÁC NHẬN BỞI MỘT TRONG CÁC XÉT NGHIỆM BỔ SUNG SAU ĐÂY: NỒNG ĐỘ PROTEIN C1-INH, NỒNG ĐỘ PROTEIN C4, NỒNG ĐỘ CHỨC NĂNG C1-INH, C1Q.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	HAE: BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ HUYẾT HỌC, BÁC SĨ MIỄN DỊCH HOẶC BÁC SĨ PHỔI.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU/GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	HAE: BAN ĐẦU/GIA HẠN: KHÔNG ĐIỀU TRỊ ĐỒNG THỜI VỚI THUỐC PHÒNG NGỪA THAY THỂ CHO CÁC CUỘC ĐỘT QUỴ HAE
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

CABOZANTINIB CAPSULE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3), 60 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 140 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

CABOZANTINIB TABLET

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

CANNABIDIOL

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- EPIDIOLEX

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: HỘI CHỨNG DRAVET (DS), HỘI CHỨNG LENNOX-GASTAUT (LGS), HỘI CHỨNG XƠ CỨNG CỬ (TSC): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẦN KINH.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU/GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: LGS: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI HAI THUỐC CHỐNG ĐỘNG KINH SAU ĐÂY: RUFINAMIDE, FELBAMATE, CLOBAZAM, TOPIRAMATE, LAMOTRIGINE, CLONAZEPAM.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

CAPIVASERTIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- TRUQAP

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

CAPMATINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- TABRECTA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

CARGLUMIC ACID

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *carglumic acid*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	BAN ĐẦU: TĂNG AMMONIUM MÁU CẤP TÍNH HOẶC MÃN TÍNH (HA) DO THIẾU ACETYLGLUTAMATE SYNTHASE (NAGS): ĐỘT BIẾN GEN NAGS ĐƯỢC XÁC NHẬN BẰNG XÉT NGHIỆM SINH HÓA HOẶC DI TRUYỀN. HA CẤP TÍNH DO AXIT MÁU PROPIONIC (PA): 1) ĐƯỢC XÁC NHẬN BỞI NỒNG ĐỘ AXIT METHYLCITRIC TĂNG CAO VÀ NỒNG ĐỘ AXIT METHYLMALONIC BÌNH THƯỜNG, HOẶC 2) XÉT NGHIỆM DI TRUYỀN XÁC NHẬN ĐỘT BIẾN TRONG GEN PCCA HOẶC PCCB. HA CẤP TÍNH DO BỆNH AXIT METHILMALONIC (MMA): 1) ĐƯỢC XÁC NHẬN BỞI NỒNG ĐỘ AXIT METHILMALONIC, AXIT METHILCITRIC TĂNG CAO HOẶC 2) XÉT NGHIỆM DI TRUYỀN XÁC NHẬN ĐỘT BIẾN TRONG GEN MMUT, MMA, MMAB HOẶC MMADHC.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	HA CẤP TÍNH DO NAGS/PA/MMA: 7 NGÀY. HA MÃN TÍNH DO NAGS: BAN ĐẦU: 6 THÁNG, GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	GIA HẠN: HA MÃN TÍNH DO NAGS: BỆNH NHÂN ĐÃ CẢI THIỆN VỀ LÂM SÀNG.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

CERITINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ZYKADIA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

CERTOLIZUMAB PEGOL

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- CIMZIA 200 MG/ML SYRINGE KIT
- CIMZIA POWDER FOR RECONST
- CIMZIA STARTER KIT
- CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	<p>BAN ĐẦU: BỆNH VẢY NẾN MẢNG BÓNG (PSO): BỆNH VẢY NẾN BAO PHỦ 3 PHẦN TRỞ LÊN DIỆN TÍCH BỀ MẶT CƠ THỂ HOẶC TỔN THƯƠNG VẢY NẾN ẢNH HƯỞNG ĐẾN TAY, CHÂN, MẶT, DA ĐẦU HOẶC VÙNG SINH DỤC. VIÊM KHỚP CỘT SỐNG TRỰC KHÔNG THẤY TRÊN X-QUANG (NR-AXSPA): 1) NỒNG ĐỘ PROTEIN PHẢN ỨNG C (CRP) VƯỢT QUÁ GIỚI HẠN TRÊN CỦA MỨC BÌNH THƯỜNG HOẶC 2) VIÊM KHỚP CÙNG CHẬU TRÊN CHỤP CỘNG HƯỞNG TỬ (MRI).</p>
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	<p>BAN ĐẦU: VIÊM KHỚP DẠNG THẤP (RA), VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP (AS), NR-AXSPA, VIÊM KHỚP TỰ PHÁT Ở THIẾU NIÊN (PJIA): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẤP KHỚP. VIÊM KHỚP VẢY NẾN (PSA): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ DA LIỄU HOẶC BÁC SĨ THẤP KHỚP. BỆNH CROHNS (CD): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ TIÊU HÓA. PSO: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ DA LIỄU.</p>
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	<p>BAN ĐẦU: RA: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI HAI THUỐC ĐƯỢC ƯU TIÊN SAU ĐÂY: HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA. PSA: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI HAI THUỐC ĐƯỢC ƯU TIÊN SAU ĐÂY: COSENTYX, HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA, SELARSDI/YESINTEK, XELJANZ, RINVOQ, SKYRIZI, TREMFYA, ORENCIA, OTEZLA. AS: THỬ</p>

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
	<p>NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI HAI THUỐC ĐƯỢC ƯU TIÊN SAU ĐÂY: COSENTYX, HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA, XELJANZ, RINVOQ. CD: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI MỘT TRONG CÁC THUỐC ĐƯỢC ƯU TIÊN SAU ĐÂY: SELARSDI/YESINTEK, HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA, RINVOQ, SKYRIZI, TREMFYA. PSO: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI HAI THUỐC ĐƯỢC ƯU TIÊN SAU ĐÂY: COSENTYX, HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA, SELARSDI/YESINTEK, SKYRIZI, TREMFYA, OTEZLA. NR-AXSPA: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI THUỐC NSAID. PJIA: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI HAI THUỐC ĐƯỢC ƯU TIÊN SAU ĐÂY: HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA, XELJANZ IR, ORENCIA, RINVOQ. BAN ĐẦU CHO RA, PSA, PSO, AS, CD, PJIA: KHÔNG YÊU CẦU THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI CÁC THUỐC BƯỚC NẾU BỆNH NHÂN ĐANG MANG THAI, ĐANG CHO CON BÚ HOẶC CỐ GẮNG MANG THAI. BAN ĐẦU/GIA HẠN: TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU (VÍ DỤ: CHẤT ỨC CHẾ JAK, CHẤT ỨC CHẾ PDE-4) CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. GIA HẠN FOR RA, PSA, AS, PSO, NR-AXSPA, PJIA: TIẾP TỤC ĐƯỢC HƯỞNG LỢI ÍCH TỪ THUỐC.</p>
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

CETUXIMAB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ERBITUX

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	THUỐC NÀY CŨNG YÊU CẦU XÁC ĐỊNH THANH TOÁN VÀ CÓ THỂ ĐƯỢC BẢO HIỂM THEO MEDICARE PHẦN B HOẶC D.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

CLADRIBINE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- MAVENCLAD (10 TABLET PACK)
- MAVENCLAD (4 TABLET PACK)
- MAVENCLAD (5 TABLET PACK)
- MAVENCLAD (6 TABLET PACK)
- MAVENCLAD (7 TABLET PACK)
- MAVENCLAD (8 TABLET PACK)
- MAVENCLAD (9 TABLET PACK)

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	48 TUẦN.
Tiêu Chí Khác	DẠNG TÁI PHÁT CỦA BỆNH ĐA XƠ CỨNG (MS): CHƯA ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ MAVENCLAD TỔNG CỘNG HAI NĂM (TỨC LÀ HAI LỊCH ĐIỀU TRỊ HÀNG NĂM, MỖI LẦN, HAI CHU KỲ).
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

CLOBAZAM-SYMPAZAN

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- SYMPAZAN

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: HỘI CHỨNG LENNOX-GASTAUT (LGS): LIỆU PHÁP ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẦN KINH.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU/GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	LGS: BAN ĐẦU: CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI HOẶC KHÔNG THỂ NUỐT THUỐC VIÊN HOẶC DUNG DỊCH THUỐC CỦA CLOBAZAM.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

COBIMETINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- COTELLIC

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

CORTICOTROPIN

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- CORTROPHIN GEL INJECTION

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	BAN ĐẦU: KHÔNG ĐƯỢC CHẤP THUẬN CHO MỤC ĐÍCH CHẨN ĐOÁN.
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH ĐƯỢC FDA CHẤP THUẬN NGOẠI TRỪ CO GIẬT Ở TRẺ SƠ SINH VÀ BỆNH ĐA XƠ CỨNG (MS): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẤP KHỚP, BÁC SĨ DA LIỄU, BÁC SĨ DỊ ỨNG/MIỄN DỊCH, BÁC SĨ NHÃN KHOA, BÁC SĨ PHỔI HOẶC BÁC SĨ THẬN.
Thời Gian Bảo Hiểm	CO GIẬT Ở TRẺ SƠ SINH VÀ MS: 28 NGÀY. TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH KHÁC ĐƯỢC FDA CHẤP THUẬN: BAN ĐẦU/GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH ĐƯỢC FDA CHẤP THUẬN NGOẠI TRỪ CO GIẬT Ở TRẺ SƠ SINH: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI CORTICOSTEROID ĐƯỜNG TĨNH MẠCH (IV). GIA HẠN: TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH ĐƯỢC FDA CHẤP THUẬN NGOẠI TRỪ CO GIẬT Ở TRẺ SƠ SINH VÀ MS: LỢI ÍCH LÂM SÀNG ĐÃ ĐƯỢC CHỨNG MINH TRONG KHI ĐIỀU TRỊ KHI ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH BỞI VIỆC GIẢM TRIỆU CHỨNG VÀ/HOẶC BÌNH THƯỜNG HÓA CÁC XÉT NGHIỆM. PHẦN B TRƯỚC PHẦN D LIỆU PHÁP BƯỚC, CHỈ ÁP DỤNG CHO NGƯỜI HƯỞNG LỢI TRONG CHƯƠNG TRÌNH MA-PD.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không	

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

CRIZOTINIB CAPSULE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- XALKORI ORAL CAPSULE

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

CRIZOTINIB PELLETS

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- XALKORI ORAL PELLET 150 MG, 20 MG, 50 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	UNG THƯ PHỔI KHÔNG PHẢI TẾ BÀO NHỎ (NSCLC), U LYMPHO TẾ BÀO LỚN KHÔNG BIỆT HÓA (ALCL), U NGUYÊN BÀO CƠ XƠ VIÊM (IMT): KHÔNG THỂ NUỐT VIÊN NANG.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

DABRAFENIB CAPSULES

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- TAFINLAR ORAL CAPSULE

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

DABRAFENIB SUSPENSION

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	KHÔNG THỂ NUỐT VIÊN NANG TAFINILAR.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

DACOMITINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- VIZIMPRO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	UNG THƯ PHỔI KHÔNG PHẢI TẾ BÀO NHỎ DI CĂN (NSCLC): KHÔNG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ ĐỒNG THỜI VỚI CHẤT ỨNG CHẾ KINASE-INHIBITOR.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

DALFAMPRIDINE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *dalfampridine*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BỆNH ĐA XƠ CỨNG (MS): BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẦN KINH.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU/GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	MS: BAN ĐẦU: CÓ TRIỆU CHỨNG KHUYẾT TẬT ĐI BỘ NHƯ YẾU TỔ HAI CHI DƯỚI NHẸ ĐẾN TRUNG BÌNH HOẶC YẾU TỔ MỘT BÊN KÈM VỚI CHÂN DƯỚI HOẶC RỐI LOẠN THÂN. GIA HẠN: CẢI THIỆN KHẢ NĂNG ĐI BỘ.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

DAROLUTAMIDE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- NUBEQA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT KHÔNG DI CĂN, KHÔNG ĐÁP ỨNG TỐT VỚI LIỆU PHÁP NỘI TIẾT TỔ (NMCRPC), UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT DI CĂN NHẠY CẢM VỚI PHƯƠNG PHÁP HOẠT TÍNH (MCSPC): 1) ĐÃ PHẪU THUẬT CẮT BỎ TINH HOÀN HAI BÊN, 2) NỒNG ĐỘ TESTOSTERONE TRIỆT SẴN (TỨC LÀ DƯỚI 50 NG/DL), HOẶC 3) SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI THUỐC TƯƠNG TỰ GIẢI PHÓNG HORMON GONADOTROPIN (GNRH)
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

DASATINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 20 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	BỆNH BẠCH CẦU TỬY MÃN TÍNH CÓ NHIỄM SẮC TÍNH DƯƠNG TÍNH Ở PHILADELPHIA (Ph+ CML) ĐÃ ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TRƯỚC ĐÂY: PHÂN TÍCH ĐỘT BIẾN TRƯỚC KHI BẮT ĐẦU VÀ DASATINIB PHÙ HỢP VỚI BẢNG HƯỚNG DẪN CỦA NCCN CHO CÁC KHUYẾN NGHỊ ĐIỀU TRỊ DỰA TRÊN HỒ SƠ ĐỘT BIẾN BCR-ABL1.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

DATOPOTAMAB DERUXTECAN-DLNK

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- DATROWAY

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

DECITABINE/CEDAZURIDINE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- INQOVI

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

DEFERASIROX

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *deferasirox oral granules in packet*
- *deferasirox oral tablet*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	BAN ĐẦU: QUÁ TẢI SẮT MÃN TÍNH DO TRUYỀN MÁU: NỒNG ĐỘ FERRITIN HUYẾT THANH LUÔN CAO HƠN 1000 MCG/L. TÌNH TRẠNG QUÁ TẢI SẮT MÃN TÍNH Ở BỆNH THALASSEMIA KHÔNG PHỤ THUỘC VÀO TRUYỀN MÁU (NTDT): 1) NỒNG ĐỘ FERRITIN HUYẾT THANH LUÔN CAO HƠN 300 MCG/L (ÍT NHẤT HAI KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM TRONG BA THÁNG TRƯỚC ĐÓ), VÀ 2) NỒNG ĐỘ SẮT TRONG GAN (LIC) TỪ 5 MG FE/G TRỌNG LƯỢNG KHÔ CỦA GAN TRỞ LÊN. GIA HẠN: QUÁ TẢI SẮT MÃN TÍNH DO TRUYỀN MÁU: NỒNG ĐỘ FERRITIN HUYẾT THANH LUÔN CAO HƠN 500 MCG/L. NTDT: 1) NỒNG ĐỘ FERRITIN HUYẾT THANH LUÔN TRÊN 300 MCG/L (ÍT NHẤT HAI GIÁ TRỊ XÉT NGHIỆM TRONG BA THÁNG TRƯỚC ĐÓ) HOẶC 2) LIC 3 MG FE/G TRỌNG LƯỢNG KHÔ CỦA GAN HOẶC LỚN HƠN.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: QUÁ TẢI SẮT MÃN TÍNH DO TRUYỀN MÁU HOẶC NTDT: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ HUYẾT HỌC HOẶC BÁC SĨ HUYẾT HỌC/BÁC SĨ UNG THƯ.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: QUÁ TẢI SẮT MÃN TÍNH DO TRUYỀN MÁU HOẶC NTDT: GÓI RẮC DEFERASIROX: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI DEFERASIROX DẠNG VIÊN NÉN DÙNG ĐƯỜNG UỐNG HOẶC DẠNG VIÊN NÉN DÙNG ĐỂ DÙNG PHA DUNG DỊCH UỐNG.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

DENOSUMAB-BMWO-OSENVELT

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- OSENVELT

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

DENOSUMAB-XGEVA

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- XGEVA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

DEUTETRABENAZINE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG
- AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 18 MG, 24 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG, 6 MG
- AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BỆNH HUNTINGTON: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẦN KINH HOẶC BÁC SĨ CHUYÊN GIA RỐI LOẠN VẬN ĐỘNG. RỐI LOẠN VẬN ĐỘNG MUỘN: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẦN KINH, BÁC SĨ TÂM THẦN HOẶC BÁC SĨ CHUYÊN GIA RỐI LOẠN VẬN ĐỘNG.
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	RỐI LOẠN VẬN ĐỘNG MUỘN: TIỀN SỬ DÙNG CÁC THUỐC GÂY RỐI LOẠN VẬN ĐỘNG MUỘN.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

DICLOFENAC TOPICAL SOLUTION

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	6 THÁNG
Tiêu Chí Khác	VIÊM XƯƠNG KHỚP ĐẦU GỐI: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI PHIÊN BẢN CÔNG THỨC DICLOFENAC NATRI 1.5% DÙNG NGOÀI DA.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

DICLOFENAC-FLECTOR

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *diclofenac epolamine*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các chỉ định được chấp nhận về mặt y khoa.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phân B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

DIMETHYL FUMARATE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg, 120 mg (14)- 240 mg (46), 240 mg*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

DIROXIMEL FUMARATE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- VUMERITY

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

DORDAVIPRONE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- MODEYSO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

DOSTARLIMAB-GXLY

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- JEMPERLI

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

DRONABINOL CAPSULE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *dronabinol*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	6 THÁNG
Tiêu Chí Khác	Buồn nôn và nôn mửa liên quan đến hóa trị ung thư: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI MỘT LIỆU PHÁP THUỐC CHỐNG NÔN MỬA.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

DROXIDOPA

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *droxidopa*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	HẠ HUYẾT ÁP TỰ THỂ DO THẦN KINH (NOH): BAN ĐẦU: 1) ĐO HUYẾT ÁP BAN ĐẦU KHI BỆNH NHÂN ĐANG NGỒI VÀ TRONG VÒNG 3 PHÚT SAU KHI ĐỨNG TỪ TƯ THẾ NẪM NGỬA. 2) GIẢM ÍT NHẤT 20 MMHG HUYẾT ÁP TÂM THU HOẶC 10 MMHG HUYẾT ÁP TÂM TRƯỞNG TRONG VÒNG BA PHÚT SAU KHI ĐỨNG LÊN TỪ TƯ THẾ NGỒI.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	NOH: BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẦN KINH HOẶC BÁC SĨ TIM MẠCH.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 3 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	NOH: GIA HẠN: TIẾP TỤC ĐƯỢC HƯỞNG LỢI ÍCH TỪ THUỐC.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

DUPILUMAB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

• DUPIXENT PEN

• DUPIXENT SYRINGE

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	Tiêu chí PA: Đang chờ phê duyệt CMS
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	Tiêu chí PA: Đang chờ phê duyệt CMS
Giới Hạn Độ Tuổi	Tiêu chí PA: Đang chờ phê duyệt CMS
Giới Hạn Người Kê Toa	Tiêu chí PA: Đang chờ phê duyệt CMS
Thời Gian Bảo Hiểm	Tiêu chí PA: Đang chờ phê duyệt CMS
Tiêu Chí Khác	Tiêu chí PA: Đang chờ phê duyệt CMS
Chỉ Định	Tiêu chí PA: Đang chờ phê duyệt CMS
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	Tiêu chí PA: Đang chờ phê duyệt CMS
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Tiêu chí PA: Đang chờ phê duyệt CMS
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Tiêu chí PA: Đang chờ phê duyệt CMS

DUVELISIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- COPIKTRA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

EFLORNITHINE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- IWILFIN

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	24 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

ELACESTRANT

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

ELAGOLIX

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ORILISSA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	ĐAU TỬ VỪA ĐẾN NẶNG LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH (LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG: BAN ĐẦU: CHẨN ĐOÁN ĐƯỢC XÁC NHẬN THÔNG QUA PHẪU THUẬT HOẶC QUAN SÁT TRỰC TIẾP (VÍ DỤ: SIÊU ÂM CHẬU) HOẶC XÁC NHẬN GIẢI PHẪU BỆNH LÝ (VÍ DỤ: NỘI SOI BỤNG HOẶC MẪU PHẪU THUẬT) TRONG 10 NĂM QUA.
Giới Hạn Độ Tuổi	ĐAU TỬ VỪA ĐẾN NẶNG LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH (LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG: BAN ĐẦU: 18 TUỔI TRỞ LÊN
Giới Hạn Người Kê Toa	ĐAU TỬ VỪA ĐẾN NẶNG LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH (LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG: BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ SẢN PHỤ KHOA.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG, GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	ĐAU TỬ VỪA ĐẾN NẶNG LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH (LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG: BAN ĐẦU: 1) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI THUỐC ĐIỀU CHỈNH GNRH KHÁC VÀ 2) THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI THUỐC NSAID VÀ CHẾ PHẨM CÓ CHỨA PROGESTIN. GIA HẠN: 1) CẢI THIỆN ĐAU LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG TRONG KHI ĐIỀU TRỊ, VÀ 2) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI THUỐC ĐIỀU CHẾ GNRH KHÁC
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

ELAPEGADEMASE-LVLR

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- REVCOVI

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	SUY GIẢM MIỄN DỊCH NGHIÊM TRỌNG BẨM SINH DO THIẾU HỤT ADENOSINE DEAMINASE (ADA-SCID): BAN ĐẦU: ADA-SCID NHƯ ĐƯỢC BIỂU HIỆN BỞI: 1) XÉT NGHIỆM DI TRUYỀN XÁC NHẬN, HOẶC 2) KẾT QUẢ PHÒNG XÉT NGHIỆM GỢI Ý (VÍ DỤ: NUCLEOTIDE DEOXYADENOSINE TĂNG CAO [DAXP] LEVELS, GIẢM BẠCH CẦU) VÀ CÁC DẤU HIỆU/TRIỆU CHỨNG ĐÁNG CHÚ Ý (VÍ DỤ: NHIỄM TRÙNG TÁI PHÁT, KHÔNG PHÁT TRIỂN, TIÊU CHẢY LIÊN TỤC).
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	ADA-SCID: BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ MIỄN DỊCH, BÁC SĨ HUYẾT HỌC/BÁC SĨ UNG THƯ HOẶC BÁC SĨ CHUYÊN VỀ RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA DI TRUYỀN.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	ADA-SCID: GIA HẠN: 1) CẢI THIÊN HOẶC DUY TRÌ CHỨC NĂNG MIỄN DỊCH TỪ MỨC CƠ BẢN, VÀ 2) CHƯA ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ HCT HOẶC GEN THÀNH CÔNG.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

ELEXACFTOR-TEZACFTOR-IVACFTOR

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL
- TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	XƠ NANG (CF): BAN ĐẦU: ĐÃ XÁC NHẬN ĐỘT BIẾN TRONG GEN CFTR CÓ THỂ ĐƯỢC CHẤP NHẬN ĐỂ ĐIỀU TRỊ BỆNH XƠ NANG.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	CF: BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ PHỔI HOẶC CHUYÊN GIA XƠ NANG.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: TRỌN ĐỜI.
Tiêu Chí Khác	CF: GIA HẠN: CẢI THIẾN TÌNH TRẠNG LÂM SÀNG.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

ELRANATAMAB-BCMM

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ELREXFIO 44 MG/1.1 ML VIAL INNER, SUV, P/F
- ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	U TỬY ĐA TÁI PHÁT HOẶC KHÁNG THUỐC: GIA HẠN: 1) ĐÃ ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ ÍT NHẤT 24 TUẦN BẰNG ELREXFIO VÀ 2) ĐÃ ĐÁP ỨNG VỚI ĐIỀU TRỊ (ĐÁP ỨNG MỘT PHẦN HOẶC TỐT HƠN) VÀ DUY TRÌ ĐÁP ỨNG NÀY TRONG ÍT NHẤT 2 THÁNG. THUỐC NÀY CŨNG YÊU CẦU XÁC ĐỊNH THANH TOÁN VÀ CÓ THỂ ĐƯỢC BẢO HIỂM THEO MEDICARE PHẦN B HOẶC D.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

ELTROMBOPAG - ALVAIZ

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ALVAIZ

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	GIẢM TIỂU CẦU MIỄN DỊCH LIÊN TỤC HOẶC MẮN TÍNH (ITP): BAN ĐẦU: 1) SỐ LƯỢNG TIỂU CẦU DƯỚI $30 \times 10^9/L$ HOẶC 2) SỐ LƯỢNG TIỂU CẦU DƯỚI $50 \times 10^9/L$ VÀ CÓ MỘT SỰ KIỆN CHẢY MÁU TRƯỚC ĐÓ.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: ITP: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ HUYẾT HỌC HOẶC BÁC SĨ MIỄN DỊCH.
Thời Gian Bảo Hiểm	ITP: BAN ĐẦU: 6 THÁNG, GIA HẠN: 12 THÁNG VIÊM GAN C, THIẾU MÁU NẶNG: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: ITP: 1) THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI MỘT LOẠI CORTICOSTEROID HOẶC IMMUNOGLOBULIN, HOẶC PHẢN ỨNG KHÔNG ĐỦ VỚI VIỆC PHẪU THUẬT CẮT BỎ LÁ LÁCH, VÀ 2) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC CHẤT CHỦ VẬN THỤ THỂ THROMBOPOIETIN KHÁC (TPO-RAS) (TPO-RAS). GIA HẠN: ITP: 1) CẢI THIẾN SỐ LƯỢNG TIỂU CẦU SO VỚI BAN ĐẦU HOẶC GIÁM CÁC LẦN CHẢY MÁU, VÀ 2) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC CHẤT ỨC CHẾ TPO-RAS.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

ELTROMBOPAG - PROMACTA

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *eltrombopag olamine oral powder in packet 12.5 mg, 25 mg*
- *eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	PERSISTENT OR CHRONIC IMMUNE THROMBOCYTOPENIA (ITP): BAN ĐẦU: 1) SỐ LƯỢNG TIỂU CẦU DƯỚI $30 \times 10^9/L$ TỪ ÍT NHẤT 2 XÉT NGHIỆM RIÊNG BIỆT TRONG 3 THÁNG QUA, HOẶC 2) SỐ LƯỢNG TIỂU CẦU DƯỚI $50 \times 10^9/L$ TỪ ÍT NHẤT 2 XÉT NGHIỆM RIÊNG BIỆT TRONG 3 THÁNG QUA VÀ CÓ MỘT SỰ KIẾN CHẢY MÁU TRƯỚC ĐÓ.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: ITP: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ HUYẾT HỌC HOẶC BÁC SĨ MIỄN DỊCH.
Thời Gian Bảo Hiểm	ITP: BAN ĐẦU: 6 THÁNG, GIA HẠN: 12 THÁNG VIÊM GAN C, THIẾU MÁU NẶNG: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: ITP: 1) ĐÃ TỪNG DÙNG THỬ HOẶC CÓ CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI MỘT LOẠI CORTICOSTEROID HOẶC IMMUNOGLOBULIN MIỄN DỊCH, HOẶC ĐÃ KHÔNG ĐÁP ỨNG ĐỦ VỚI PHẪU THUẬT CẮT LÁCH, VÀ 2) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC CHẤT CHỦ VẬN THỤ THỂ THROMBOPOIETIN (TPO-RAS) KHÁC. TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH: GÓI HỖN DỊCH UỐNG ELTROMBOPAG: THỬ NGHIỆM DẠNG VIÊN NÉN ELTROMBOPAG TRONG DANH MỤC THUỐC HOẶC BỆNH NHÂN KHÔNG THỂ DUNG NẠP DẠNG VIÊN NÉN. GIA HẠN: ITP: 1) CẢI THIỆN SỐ LƯỢNG TIỂU CẦU SO VỚI MỨC BAN ĐẦU HOẶC GIẢM CÁC BIẾN CỐ CHẢY MÁU, VÀ 2) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC THUỐC TPO-RAS KHÁC.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

ENASIDENIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- IDHIFA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

ENCORAFENIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- BRAFTOVI

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

ENSARTINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ENSACOVE ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

ENTRECTINIB CAPSULES

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

ENTRECTINIB PELLETS

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	UNG THƯ PHỔI KHÔNG PHẢI TẾ BÀO NHỎ DI CĂN (NSCLC), KHỐI U RẮN: 1) THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI VIÊN NANG ROZLYTREK ĐƯỢC PHA DẠNG DUNG DỊCH UỐNG, VÀ 2) KHÓ HOẶC KHÔNG THỂ NUỐT VIÊN NANG.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

ENZALUTAMIDE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- XTANDI ORAL CAPSULE
- XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT KHÔNG DI CĂN, ĐÁP ỨNG TỐT VỚI LIỆU PHÁP NỘI TIẾT TỔ (NMCSPC): NGUY CƠ DI CĂN CAO (TỨC LÀ PSA TĂNG GẤP ĐÔI TRONG 9 THÁNG HOẶC ÍT HƠN). UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT KHÁNG THUỐC KHÁNG ANDROGEN DI CĂN (MCRPC). KHÔNG DI CĂN CRPC (NMCRPC), DI CĂN CSPC (MCSPC), NMCSPC: 1) ĐÃ PHẪU THUẬT CẮT BỎ TINH HOÀN HAI BÊN, 2) NỒNG ĐỘ TESTOSTERONE TRIỆT SẴN (TỨC LÀ DƯỚI 50 NG/DL), HOẶC 3) SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI THUỐC TƯƠNG TỰ GIẢI PHÓNG HORMON GONADOTROPIN (GNRH).
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

EPCORITAMAB-BYSP

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- EPKINLY

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	THUỐC NÀY CŨNG YÊU CẦU XÁC ĐỊNH THANH TOÁN VÀ CÓ THỂ ĐƯỢC BẢO HIỂM THEO MEDICARE PHẦN B HOẶC D.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

EPOETIN ALFA-EPBX

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

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

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	<p>BAN ĐẦU: BỆNH THẬN MÃN TÍNH (CKD), THIẾU MÁU LIÊN QUAN ĐẾN ZIDOVUDINE HOẶC HÓA TRỊ UNG THƯ: NỒNG ĐỘ HEMOGLOBIN DƯỚI 10G/DL. PHẪU THUẬT TỰ CHỌN, KHÔNG PHẢI TIM, KHÔNG LIÊN QUAN ĐẾN MẠCH : NỒNG ĐỘ HEMOGLOBIN NHỎ HƠN HOẶC BẰNG 13G/DL. GIA HẠN: 1) CKD Ở NGƯỜI LỚN KHÔNG CHẠY THẬN: (A) NỒNG ĐỘ HEMOGLOBIN DƯỚI 10G/DL HOẶC, HOẶC (B) NỒNG ĐỘ HEMOGLOBIN ĐÃ ĐẠT 10G/DL VÀ LIỀU LƯỢNG ĐANG ĐƯỢC GIẢM HOẶC ĐÃ ĐƯỢC GIẢM/BỊ GIÁN ĐOẠN ĐỂ GIẢM NHU CẦU TRUYỀN MÁU. 2) CKD Ở BỆNH NHÂN NHI: (A) NỒNG ĐỘ HEMOGLOBIN DƯỚI 10G/DL HOẶC (B) NỒNG ĐỘ HEMOGLOBIN ĐÃ ĐẠT HOẶC VƯỢT QUÁ 12G/DL VÀ LIỀU LƯỢNG ĐÃ ĐƯỢC GIẢM/BỊ GIÁN ĐOẠN ĐỂ GIẢM NHU CẦU TRUYỀN MÁU. 3) THIẾU MÁU LIÊN QUAN ĐẾN ZIDOVUDINE: NỒNG ĐỘ HEMOGLOBIN TỪ 10G/DL ĐẾN 12G/DL. 4) HÓA TRỊ UNG THƯ: (A) NỒNG ĐỘ HEMOGLOBIN DƯỚI 10 G/DL, HOẶC (B) NỒNG ĐỘ HEMOGLOBIN KHÔNG VƯỢT QUÁ MỨC CẦN THIẾT ĐỂ TRÁNH TRUYỀN RBC.</p>
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	<p>THIẾU MÁU DO HÓA TRỊ/BỆNH THẬN MÃN TÍNH KHÔNG CẦN CHẠY THẬN NHÂN TẠO/ZIDOVUDINE: BAN ĐẦU/GIA HẠN: 12 THÁNG PHẪU THUẬT: 1 THÁNG</p>
Tiêu Chí Khác	<p>GIA HẠN: CKD: KHÔNG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ CHẠY THẬN NHÂN TẠO. THUỐC NÀY CÓ THỂ ĐƯỢC KÈM THEO VÀ ĐƯỢC BẢO HIỂM THEO DỊCH VỤ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH THẬN GIAI ĐOẠN</p>

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
	CUỐI HOẶC ĐƯỢC BẢO HIỂM THEO MEDICARE PHẦN D TÙY THEO HOÀN CẢNH.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

ERDAFITINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

ERENUMAB-AOOE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- AIMOVIG AUTOINJECTOR

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	PHÒNG NGỪA ĐAU NỬA ĐẦU: BAN ĐẦU/GIA HẠN: KHÔNG ĐƯỢC SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC THUỐC ỨC CHẾ CGRP KHÁC ĐỂ PHÒNG NGỪA CHỨNG ĐAU NỬA ĐẦU. GIA HẠN: GIẢM TẦN SUẤT, MỨC ĐỘ NGHIÊM TRỌNG HOẶC THỜI GIAN ĐAU ĐẦU DO ĐAU NỬA ĐẦU KHI ĐIỀU TRỊ.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

ERLOTINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	UNG THƯ PHỔI KHÔNG PHẢI TẾ BÀO NHỎ DI CĂN VỚI ĐỘT BIẾN EGFR: KHÔNG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ ĐỒNG THỜI VỚI CHẤT ỨC CHẾ TYROSINE KINASE EGFR.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

ESKETAMINE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- SPRAVATO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: TRẦM CẢM KHÁNG ĐIỀU TRỊ (TRD), RỐI LOẠN TRẦM CẢM NẶNG (MDD): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ TÂM THẦN HOẶC NHÀ CUNG CẤP KHÁC ĐƯỢC CHỨNG NHẬN REMS.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: TRD: 3 THÁNG. MDD: 4 TUẦN. GIA HẠN: TRD, MDD: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: TRD, MDD: 1) KHÔNG PHẢI TÂM THẦN, TRẦM CẢM ĐƠN CỰC, VÀ 2) KHÔNG LẠM DỤNG CHẤT GÂY NGHIỆN. GIA HẠN: TRD, MDD: LỢI ÍCH LÂM SÀNG ĐÃ ĐƯỢC CHỨNG MINH (CẢI THIỆN TRẦM CẢM) SO VỚI BAN ĐẦU.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

ETANERCEPT

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ENBREL
- ENBREL SURECLICK
- ENBREL MINI

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	BAN ĐẦU: BỆNH VẢY NẾN MẢNG BÓNG (PSO): BỆNH VẢY NẾN BAO PHỦ 3 PHẦN TRỞ LÊN DIỆN TÍCH BỀ MẶT CƠ THỂ HOẶC TỔN THƯƠNG VẢY NẾN ẢNH HƯỞNG ĐẾN TAY, CHÂN, MẶT, DA ĐẦU HOẶC VÙNG SINH DỤC.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: VIÊM KHỚP DẠNG THẤP (RA), VIÊM KHỚP TỰ PHÁT Ở THIẾU NIÊN (PJIA), VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP (AS): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẤP KHỚP. VIÊM KHỚP VẢY NẾN (PSA): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ DA LIỄU HOẶC BÁC SĨ THẤP KHỚP. PSO: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ DA LIỄU.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: RA: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH TRONG 3 THÁNG ĐIỀU TRỊ BẰNG MỘT THUỐC CHỐNG THẤP KHỚP TỔNG HỢP DMARD (THUỐC CHỐNG THẤP KHỚP ĐIỀU TRỊ BỆNH) - NẾU BỆNH NHÂN ĐÃ THỬ METHOTREXATE, THÌ CẦN THỬ NGHIỆM VỚI LIỀU ÍT NHẤT 20 MG MỖI TUẦN HOẶC LIỀU DUNG NẠP TỐI ĐA. AS: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI THUỐC NSAID. PSO: 1) THỬ NGHIỆM ÍT NHẤT 3 THÁNG MỘT THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH UỐNG (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) HOẶC LIỀU PHÁP PUVA (Quang hóa trị liệu), 2) CHỐNG CHỈ ĐỊNH HOẶC KHÔNG DUNG NẠP CẢ THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH VÀ PUVA, HOẶC 3) BỆNH NHÂN ĐANG CHUYỂN TỪ THUỐC SINH HỌC KHÁC, THUỐC ỨC CHẾ PDE-4 HOẶC THUỐC ỨC CHẾ JAK CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. BAN ĐẦU/GIA HẠN: TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH:

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
	KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU (VÍ DỤ: CHẤT ỨC CHẾ JAK, CHẤT ỨC CHẾ PDE-4) CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. GIA HẠN: TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH: TIẾP TỤC ĐƯỢC HƯỞNG LỢI ÍCH TỪ THUỐC.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

EVEROLIMUS-AFINITOR

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg*
- *torpenz oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

EVEROLIMUS-AFINITOR DISPERZ

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

FECAL MICROBIOTA CAPSULE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- VOWST

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	30 NGÀY
Tiêu Chí Khác	NHIỄM TRÙNG CLOSTRIDIODES DIFFICILE (CDI): 1) TRƯỚC ĐÂY CHƯA NHẬN VOWST: HOÀN THÀNH ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH CHO CDI TÁI PHÁT ÍT NHẤT 3 ĐỢT CDI), HOẶC 2) TRƯỚC ĐÂY ĐÃ NHẬN VOWST: (A) THẤT BẠI ĐIỀU TRỊ (ĐƯỢC ĐỊNH NGHĨA LÀ SỰ HIỆN DIỆN CỦA TIỂU CHẢY CDI TRONG VÒNG 8 TUẦN SAU LIỀU ĐẦU TIÊN CỦA VOWST VÀ XÉT NGHIỆM PHÂN DƯƠNG TÍNH VỚI C. DIFFICILE), VÀ (B) CHƯA NHẬN ĐƯỢC HƠN MỘT LẦN ĐIỀU TRỊ VOWST KÉO DÀI ÍT NHẤT 12 NGÀY VÀ KHÔNG QUÁ 8 TUẦN TRƯỚC ĐÓ.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

FEDRATINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- INREBIC

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	XƠ TỬY: BAN ĐẦU: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI JAKAFI (RUXOLITINIB). GIA HẠN: TIẾP TỤC ĐƯỢC HƯỞNG LỢI ÍCH TỪ THUỐC.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

FENFLURAMINE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- FINTEPLA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: HỘI CHỨNG DRAVET, HỘI CHỨNG LENNOX-GASTAUT (LGS): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẦN KINH.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU/GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: LGS: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI HAI THUỐC CHỐNG ĐỘNG KINH SAU ĐÂY: RUFINAMIDE, FELBAMATE, CLOBAZAM, TOPIRAMATE, LAMOTRIGINE, CLONAZEPAM.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

FENTANYL CITRATE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *fentanyl citrate buccal lozenge on a handle*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	ĐAU LIÊN QUAN ĐẾN UNG THƯ: 1) HIỆN ĐANG DÙNG LIỀU DUY TRÌ THUỐC GIẢM ĐAU OPIOID CÓ KIỂM SOÁT, HOẶC 2) THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI ÍT NHẤT MỘT THUỐC GIẢM ĐAU OPIOID ĐƯỜNG UỐNG GIẢI PHÓNG NGAY LẬP TỨC HOẶC BỆNH NHÂN KHÓ NUỐT VIÊN NÉN/VIÊN NANG.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

FEZOLINETANT

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- VEOZAH

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	HỘI CHỨNG RỐI LOẠN VẬN ĐỘNG MẠCH TUỔI MÃN KINH (VMS): BAN ĐẦU: 1) TRẢI NGHIỆM 7 CƠN BỐC HỎA TRỞ LÊN MỖI NGÀY VÀ 2) THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI LIỆU PHÁP HORMONE (VÍ DỤ: MIẾNG DÁN THẨM DA ESTRADIOL, ESTROGEN LIỆU PHÁP UỐNG). GIA HẠN: 1) NHU CẦU TIẾP TỤC ĐIỀU TRỊ VMS (VÍ DỤ, CƠN BỐC HỎA LIÊN TỤC), GIẢM 2) GIẢM TẦN SUẤT HOẶC MỨC ĐỘ NGHIÊM TRỌNG CỦA VMS DO ĐIỀU TRỊ VEOZAH.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

FILGRASTIM-AAFI

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- NIVESTYM

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ HUYẾT HỌC HOẶC BÁC SĨ UNG THƯ.
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

FINERENONE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- KERENDIA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

FINGOLIMOD

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *fingolimod*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

FOSCARBIDOPA-FOSLEVODOPA

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- VYALEV

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BỆNH PARKINSON (PD): BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẦN KINH.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 12 THÁNG. GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	PD: BAN ĐẦU: MỘT TRONG NHỮNG ĐIỀU SAU: 1) KHÔNG THỂ NUỐT VIÊN NÉN GIẢI PHÓNG KÉO DÀI (ER) HOẶC DÙNG VIÊN NANG ER QUA ỚNG NUÔI DƯỠNG, HOẶC 2) KHÔNG TUÂN THỦ HOẶC DUNG NẠP ĐƯỢC PHÁC ĐỒ CARBIDOPA/LEVODOPA ĐƯỜNG UỐNG QUA ỚNG NUÔI DƯỠNG. GIA HẠN: CẢI THIỆN CÁC TRIỆU CHỨNG VẬN ĐỘNG TRONG KHI ĐIỀU TRỊ.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

FRUQUINTINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG, 5 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

FUTIBATINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- LYTGOBI

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN (ICCA): HOÀN THÀNH KỶ KIỂM TRA NHÃN KHOA TOÀN DIỆN, BAO GỒM CHỤP CẮT LỚP QUANG HỌC (OCT), TRƯỚC KHI BẮT ĐẦU LIỆU PHÁP VÀ THEO LỊCH TRÌNH ĐÃ ĐƯỢC KHUYẾN NGHỊ.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

GALCANEZUMAB-GNLM

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- EMGALITY PEN MG/ML, 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)
- EMGALITY SYRINGE
- SUBCUTANEOUS SYRINGE 120

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: PHÒNG NGỪA ĐAU NỬA ĐẦU: 6 THÁNG ĐAU ĐẦU CỤM TỪNG CƠM: 3 THÁNG. GIA HẠN (TẤT CẢ): 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	PHÒNG NGỪA ĐAU NỬA ĐẦU: BAN ĐẦU/GIA HẠN: KHÔNG ĐƯỢC SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC THUỐC ỨC CHẾ CGRP KHÁC ĐỂ PHÒNG NGỪA CHỨNG ĐAU NỬA ĐẦU. GIA HẠN: GIẢM TẦN SUẤT, MỨC ĐỘ NGHIÊM TRỌNG HOẶC THỜI GIAN ĐAU ĐẦU DO ĐAU NỬA ĐẦU KHI ĐIỀU TRỊ. ĐAU ĐẦU CỤM TỪNG CƠM: GIA HẠN: CẢI THIỆN TẦN SUẤT ĐAU ĐẦU CỤM TỪNG CƠM SO VỚI BAN ĐẦU.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

GANAXOLONE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ZTALMY

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

GEFITINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *gefitinib*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	UNG THƯ PHỔI KHÔNG PHẢI TẾ BÀO NHỎ DI CĂN VỚI ĐỘT BIẾN EGFR: KHÔNG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ ĐỒNG THỜI VỚI CHẤT ỨC CHẾ TYROSINE KINASE EGFR.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

GEPHIRONE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- EXXUA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR
- EXXUA ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	RỐI LOẠN TRẦM CẢM NẶNG: BAN ĐẦU: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI CÁC THUỐC ƯU TIÊN: TRINTELLIX VÀ MỘT LOẠI THUỐC CHỐNG TRẦM CẢM THÔNG THƯỜNG. BAN ĐẦU/GIA HẠN: KHÔNG ĐƯỢC SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI THUỐC KÍCH THÍCH THỤ THỂ 5-HT1A KHÁC (VÍ DỤ: BUSPIRONE). GIA HẠN: PHẢN ỨNG HOẶC THOÁT KHỎI CÁC TRIỆU CHỨNG TRẦM CẢM NHỜ TRỊ LIỆU.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

GILTERITINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- XOSPATA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

GLASDEGIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- DAURISMO ORAL TABLET 100 MG,
25 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

GLATIRAMER

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml, 40 mg/ml*
- *glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml, 40 mg/ml*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

GLP1-DULAGLUTIDE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- TRULICITY

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các chỉ định được chấp nhận về mặt y khoa.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phân B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

GLP1-SEMAGLUTIDE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- OZEMPIC
- RYBELSUS

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các chỉ định được chấp nhận về mặt y khoa.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

GLP1-TIRZEPATIDE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- MOUNJARO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các chỉ định được chấp nhận về mặt y khoa.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phân B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

GOSERELIN

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ZOLADEX

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG: CHẨN ĐOÁN ĐƯỢC XÁC NHẬN THÔNG QUA PHẪU THUẬT HOẶC QUAN SÁT TRỰC TIẾP (VÍ DỤ: SIÊU ÂM CHẬU) HOẶC XÁC NHẬN GIẢI PHẪU BỆNH LÝ (VÍ DỤ: NỘI SOI BỤNG HOẶC MẪU PHẪU THUẬT) TRONG 10 NĂM QUA.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ SẢN PHỤ KHOA.
Thời Gian Bảo Hiểm	UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT GIAI ĐOẠN B2-C: 4 THÁNG. LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG: 6 THÁNG TRỌN ĐỜI. TẤT CẢ CÁC LOẠI KHÁC: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG: 1) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI THUỐC ĐIỀU CHẾ GNRH KHÁC, 2) THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI THUỐC CHỨA NSAID VÀ PROGESTIN, VÀ 3) KHÔNG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TỔNG CỘNG 6 THÁNG TRONG CUỘC ĐỜI. THUỐC NÀY CŨNG YÊU CẦU XÁC ĐỊNH THANH TOÁN VÀ CÓ THỂ ĐƯỢC BẢO HIỂM THEO MEDICARE PHẦN B HOẶC D.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

GUSELKUMAB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- TREMFYA INTRAVENOUS
- TREMFYA ONE-PRESS
- TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN)
- TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML
- TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	BAN ĐẦU: BỆNH VẢY NẸN MẢNG BÓNG (PSO): BỆNH VẢY NẸN BAO PHỦ 3 PHẦN TRỞ LÊN DIỆN TÍCH BỀ MẶT CƠ THỂ HOẶC TỔN THƯƠNG VẢY NẸN ẢNH HƯỞNG ĐẾN TAY, CHÂN, MẶT, DA ĐẦU HOẶC VÙNG SINH DỤC.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: PSO: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ DA LIỄU. VIÊM KHỚP VẢY NẸN (PSA): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẤP KHỚP HOẶC BÁC SĨ DA LIỄU. VIÊM LOÉT ĐẠI TRÀNG (UC), BỆNH CROHNS (CD): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ TIÊU HÓA.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: PSO: 1) THỬ NGHIỆM ÍT NHẤT 3 THÁNG MỘT THUỐC ỨNG CHẾ MIỄN DỊCH UỐNG (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) HOẶC LIỆU PHÁP PUVA (Quang hóa trị liệu), 2) CHỐNG CHỈ ĐỊNH HOẶC KHÔNG DUNG NẠP CẢ THUỐC ỨNG CHẾ MIỄN DỊCH VÀ PUVA, HOẶC 3) BỆNH NHÂN ĐANG CHUYỂN TỪ THUỐC SINH HỌC KHÁC, THUỐC ỨNG CHẾ PDE-4 HOẶC THUỐC ỨNG CHẾ JAK CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. BAN ĐẦU/GIA HẠN: TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU (VÍ DỤ: CHẤT ỨNG CHẾ JAK, CHẤT ỨNG CHẾ PDE-4) CHO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
	CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. GIA HẠN: PSO, PSA: TIẾP TỤC ĐƯỢC HƯỞNG LỢI ÍCH TỪ THUỐC.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

HIGH CONCENTRATION ORAL OPIOID SOLUTIONS

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *morphine concentrate oral solution*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	CHẤT DUNG NẠP OPIOID: 12 THÁNG CHĂM SÓC AN DƯỠNG CUỐI ĐỜI (HOSPICE), CHĂM SÓC GIẢM NHẸ HOẶC CHĂM SÓC CUỐI CUỘC ĐỜI: TRỌN ĐỜI.
Tiêu Chí Khác	1) CHẤT DUNG NẠP OPIOID (VÍ DỤ: TRƯỚC ĐÓ SỬ DỤNG 60 MG MORPHINE UỐNG MỖI NGÀY, 25 MCG FENTANYL THẤM DA MỖI GIỜ, 30 MG OXYCODONE UỐNG MỖI NGÀY, 8 MG HYDROMORPHONE UỐNG MỖI NGÀY, 25 MG OXYMORPHONE UỐNG MỖI NGÀY, 60 MG HYDROCODONE UỐNG MỖI NGÀY, HOẶC MỘT LIỀU GIẢM ĐAU TƯƠNG TỰ CỦA THUỐC OPIOID KHÁC) VÀ GẶP KHÓ KHĂN KHI NUỐT VIÊN NÉN, VIÊN NANG, HOẶC KHỐI LƯỢNG LỚN CHẤT LÔNG OPIOID, HOẶC 2) GHI DANH VÀO CHĂM SÓC AN DƯỠNG CUỐI ĐỜI (HOSPICE), CHĂM SÓC GIẢM NHẸ HOẶC CHĂM SÓC CUỐI CUỘC ĐỜI.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY - GROUP 1

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *dicyclomine oral capsule*
- *dicyclomine oral solution*
- *dicyclomine oral tablet 20 mg*
- *hydroxyzine hcl oral tablet*
- *hydroxyzine pamoate*
- *trihexyphenidyl oral tablet*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	SỬ DỤNG THUỐC CÓ NGUY CƠ CAO PHÙ HỢP: 65 TUỔI TRỞ LÊN. KHÔNG YÊU CẦU PA CHO NGƯỜI TỪ 0-64 TUỔI.
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	NGƯỜI KÊ TOA XÁC NHẬN/NHẬN THỨC RẰNG THUỐC ĐƯỢC XEM LÀ CÓ RỦI RO CAO ĐỐI VỚI BỆNH NHÂN TỪ 65 TUỔI TRỞ LÊN. BỆNH NHÂN CHĂM SÓC AN DƯỠNG CUỐI ĐỜI (HOSPICE) SẼ ĐƯỢC CHẤP THUẬN MÀ KHÔNG CẦN THÊM TIÊU CHÍ NÀO.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY - GROUP 2

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- amitriptyline
- amoxapine
- chlorpromazine 25 mg/ml amp 25's, outer
- chlorpromazine oral
- clomipramine
- clozapine oral tablet
- clozapine oral tablet, disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg
- COBENFY
- COBENFY STARTER PACK
- desipramine
- doxepin oral capsule
- doxepin oral concentrate
- imipramine hcl
- LYBALVI
- olanzapine oral
- perphenazine
- perphenazine-amitriptyline
- VERSACLOZ

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	SỬ DỤNG THUỐC CÓ NGUY CƠ CAO PHÙ HỢP: 65 TUỔI TRỞ LÊN. KHÔNG YÊU CẦU PA CHO NGƯỜI TỪ 0-64 TUỔI.
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	NGƯỜI KÊ TOA XÁC NHẬN/NHẬN THỨC RẰNG THUỐC ĐƯỢC XEM LÀ CÓ RỦI RO CAO ĐỐI VỚI BỆNH NHÂN TỪ 65 TUỔI TRỞ LÊN. BỆNH NHÂN CHĂM SÓC AN DƯỠNG CUỐI ĐỜI (HOSPICE) SẼ ĐƯỢC CHẤP THUẬN MÀ KHÔNG CẦN THÊM TIÊU CHÍ NÀO.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY

BUTALBITAL-CONTAINING AGENTS

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *butalbital-acetaminop-caff-cod oral capsule 50-325-40-30 mg*
- *butalbital-acetaminophen-caff oral capsule*
- *butalbital-acetaminophen-caff oral tablet*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	SỬ DỤNG THUỐC CÓ NGUY CƠ CAO PHÙ HỢP: 65 TUỔI TRỞ LÊN. KHÔNG YÊU CẦU PA CHO NGƯỜI TỪ 0-64 TUỔI.
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	NGƯỜI KÊ TOA XÁC NHẬN/NHẬN THỨC RẰNG THUỐC ĐƯỢC XEM LÀ CÓ RỦI RO CAO ĐỐI VỚI BỆNH NHÂN TỪ 65 TUỔI TRỞ LÊN. BỆNH NHÂN CHĂM SÓC AN DƯỠNG CUỐI ĐỜI (HOSPICE) SẼ ĐƯỢC CHẤP THUẬN MÀ KHÔNG CẦN THÊM TIÊU CHÍ NÀO.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY

DIPHENOXYLATE-ATROPINE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *diphenoxylate-atropine oral tablet*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	SỬ DỤNG THUỐC CÓ NGUY CƠ CAO PHÙ HỢP: 65 TUỔI TRỞ LÊN. KHÔNG YÊU CẦU PA CHO NGƯỜI TỪ 0-64 TUỔI.
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	NGƯỜI KÊ TOA XÁC NHẬN/NHẬN THỨC RẰNG THUỐC ĐƯỢC XEM LÀ CÓ RỦI RO CAO ĐỐI VỚI BỆNH NHÂN TỪ 65 TUỔI TRỞ LÊN. BỆNH NHÂN CHĂM SÓC AN DƯỠNG CUỐI ĐỜI (HOSPICE) SẼ ĐƯỢC CHẤP THUẬN MÀ KHÔNG CẦN THÊM TIÊU CHÍ NÀO.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY

DIPYRIDAMOLE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *dipyridamole oral*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	SỬ DỤNG THUỐC CÓ NGUY CƠ CAO PHÙ HỢP: 65 TUỔI TRỞ LÊN. KHÔNG YÊU CẦU PA CHO NGƯỜI TỪ 0-64 TUỔI.
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	NGƯỜI KÊ TOA XÁC NHẬN/NHẬN THỨC RẰNG THUỐC ĐƯỢC XEM LÀ CÓ RỦI RO CAO ĐỐI VỚI BỆNH NHÂN TỪ 65 TUỔI TRỞ LÊN. BỆNH NHÂN CHĂM SÓC AN DƯỠNG CUỐI ĐỜI (HOSPICE) SẼ ĐƯỢC CHẤP THUẬN MÀ KHÔNG CẦN THÊM TIÊU CHÍ NÀO.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY

ESTRADIOL-NORETHINDRONE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *abigale*
- *estradiol-norethindrone acet*
- *mimvey*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	SỬ DỤNG THUỐC CÓ NGUY CƠ CAO PHÙ HỢP: 65 TUỔI TRỞ LÊN. KHÔNG YÊU CẦU PA CHO NGƯỜI TỪ 0-64 TUỔI.
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	TEO ÂM HỘ/ÂM ĐẠO, LOÃNG XƯƠNG, VÀ HỘI CHỨNG RỐI LOẠN VẬN ĐỘNG MẠCH TUỔI MÃN KINH: NGƯỜI KÊ TOA XÁC NHẬN/NHẬN THỨC RẰNG THUỐC ĐƯỢC XEM LÀ CÓ RỦI RO CAO ĐỐI VỚI BỆNH NHÂN TỪ 65 TUỔI TRỞ LÊN. ĐIỀU TRỊ THIẾU ESTROGEN VÀ BỆNH NHÂN CHĂM SÓC AN DƯỠNG CUỐI ĐỜI (HOSPICE) SẼ ĐƯỢC CHẤP THUẬN MÀ KHÔNG CẦN THÊM TIÊU CHÍ NÀO.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY

ESTROGEN-MEDROXYPROGESTERONE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- PREMPHASE
- PREMPRO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	SỬ DỤNG THUỐC CÓ NGUY CƠ CAO PHÙ HỢP: 65 TUỔI TRỞ LÊN. KHÔNG YÊU CẦU PA CHO NGƯỜI TỪ 0-64 TUỔI.
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	NGƯỜI KÊ TOA XÁC NHẬN/NHẬN THỨC RẰNG THUỐC ĐƯỢC XEM LÀ CÓ RỦI RO CAO ĐỐI VỚI BỆNH NHÂN TỪ 65 TUỔI TRỞ LÊN. BỆNH NHÂN CHĂM SÓC AN DƯỠNG CUỐI ĐỜI (HOSPICE) SẼ ĐƯỢC CHẤP THUẬN MÀ KHÔNG CẦN THÊM TIÊU CHÍ NÀO.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY

GLYBURIDE FORMULATIONS

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *glyburide*
- *glyburide micronized*
- *glyburide-metformin*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	SỬ DỤNG THUỐC CÓ NGUY CƠ CAO PHÙ HỢP: 65 TUỔI TRỞ LÊN. KHÔNG YÊU CẦU PA CHO NGƯỜI TỪ 0-64 TUỔI
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BỆNH TIỂU ĐƯỜNG TUÝP 2: 1) THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI GLIMEPIRIDE HOẶC GLIPIZIDE, HOẶC 2) NGƯỜI KÊ TOA XÁC NHẬN/NHẬN THỨC RẰNG THUỐC ĐƯỢC XEM LÀ CÓ RỦI RO CAO ĐỐI VỚI BỆNH NHÂN TỪ 65 TUỔI TRỞ LÊN. BỆNH NHÂN CHĂM SÓC AN DƯỠNG CUỐI ĐỜI (HOSPICE) SẼ ĐƯỢC CHẤP THUẬN MÀ KHÔNG CẦN THÊM TIÊU CHÍ NÀO.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY

INDOMETHACIN

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *indomethacin oral capsule*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	SỬ DỤNG THUỐC CÓ NGUY CƠ CAO PHÙ HỢP: 65 TUỔI TRỞ LÊN. KHÔNG YÊU CẦU PA CHO NGƯỜI TỪ 0-64 TUỔI.
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	NGƯỜI KÊ TOA XÁC NHẬN/NHẬN THỨC RẰNG THUỐC ĐƯỢC XEM LÀ CÓ RỦI RO CAO ĐỐI VỚI BỆNH NHÂN TỪ 65 TUỔI TRỞ LÊN. BỆNH NHÂN CHĂM SÓC AN DƯỠNG CUỐI ĐỜI (HOSPICE) SẼ ĐƯỢC CHẤP THUẬN MÀ KHÔNG CẦN THÊM TIÊU CHÍ NÀO.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY

KETOROLAC

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *ketorolac oral*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	SỬ DỤNG THUỐC CÓ NGUY CƠ CAO PHÙ HỢP: 65 TUỔI TRỞ LÊN. KHÔNG YÊU CẦU PA CHO NGƯỜI TỪ 0-64 TUỔI.
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	30 NGÀY
Tiêu Chí Khác	NGƯỜI KÊ TOA XÁC NHẬN/NHẬN THỨC RẰNG THUỐC ĐƯỢC XEM LÀ CÓ RỦI RO CAO ĐỐI VỚI BỆNH NHÂN TỪ 65 TUỔI TRỞ LÊN. BỆNH NHÂN CHĂM SÓC AN DƯỠNG CUỐI ĐỜI (HOSPICE) SẼ ĐƯỢC CHẤP THUẬN MÀ KHÔNG CẦN THÊM TIÊU CHÍ NÀO.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY

MEGESTROL

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)*
- *megestrol oral tablet*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	SỬ DỤNG THUỐC CÓ NGUY CƠ CAO PHÙ HỢP: 65 TUỔI TRỞ LÊN. KHÔNG YÊU CẦU PA CHO NGƯỜI TỪ 0-64 TUỔI.
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	NGƯỜI KÊ TOA XÁC NHẬN/NHẬN THỨC RẰNG THUỐC ĐƯỢC XEM LÀ CÓ RỦI RO CAO ĐỐI VỚI BỆNH NHÂN TỪ 65 TUỔI TRỞ LÊN. BỆNH NHÂN CHĂM SÓC AN DƯỠNG CUỐI ĐỜI (HOSPICE) SẼ ĐƯỢC CHẤP THUẬN MÀ KHÔNG CẦN THÊM TIÊU CHÍ NÀO.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY

PAROXETINE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *paroxetine hcl*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	SỬ DỤNG THUỐC CÓ NGUY CƠ CAO PHÙ HỢP: 65 TUỔI TRỞ LÊN. KHÔNG YÊU CẦU PA CHO NGƯỜI TỪ 0-64 TUỔI.
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	NGƯỜI KÊ TOA XÁC NHẬN/NHẬN THỨC RẰNG THUỐC ĐƯỢC XEM LÀ CÓ RỦI RO CAO ĐỐI VỚI BỆNH NHÂN TỪ 65 TUỔI TRỞ LÊN. BỆNH NHÂN CHĂM SÓC AN DƯỠNG CUỐI ĐỜI (HOSPICE) SẼ ĐƯỢC CHẤP THUẬN MÀ KHÔNG CẦN THÊM TIÊU CHÍ NÀO.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY

PHENOBARBITAL

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *phenobarbital*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	SỬ DỤNG THUỐC CÓ NGUY CƠ CAO PHÙ HỢP: 65 TUỔI TRỞ LÊN. KHÔNG YÊU CẦU PA CHO NGƯỜI TỪ 0-64 TUỔI.
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	ĐỘNG KINH/CO GIẬT: BỆNH NHÂN MỚI ĐƯỢC KÊ TOA THUỐC PHENOBARBITAL: 1) KHÔNG PHẢN ỨNG VỚI ÍT NHẤT MỘT THUỐC CHỐNG CO GIẬT, HOẶC 2) NGƯỜI KÊ TOA XÁC NHẬN/NHẬN THỨC RẰNG THUỐC ĐƯỢC XEM LÀ CÓ RỦI RO CAO ĐỐI VỚI BỆNH NHÂN TỪ 65 TUỔI TRỞ LÊN. BỆNH NHÂN CHĂM SÓC AN DƯỠNG CUỐI ĐỜI (HOSPICE) SẼ ĐƯỢC CHẤP THUẬN MÀ KHÔNG CẦN THÊM TIÊU CHÍ NÀO.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY

PROMETHAZINE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *promethazine injection solution 25 mg/ml*
- *promethazine oral tablet*
- *promethazine rectal suppository 25 mg*
- *promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	SỬ DỤNG THUỐC CÓ NGUY CƠ CAO PHÙ HỢP: 65 TUỔI TRỞ LÊN. KHÔNG YÊU CẦU PA CHO NGƯỜI TỪ 0-64 TUỔI.
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	NGŨA/MÈ ĐAY/DỊ ỨNG THEO MÙA/LÂU NĂM: 1) THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI THUỐC KHÁNG HISTAMINE KHÔNG GÂY BUỒN NGỦ NHƯ LEVOCETIRIZINE, HOẶC 2) NGƯỜI KÊ TOA XÁC NHẬN/NHẬN THỨC RẰNG THUỐC ĐƯỢC XEM LÀ CÓ RỦI RO CAO ĐỐI VỚI BỆNH NHÂN TỪ 65 TUỔI TRỞ LÊN. BUỒN NÔN VÀ NÔN: NGƯỜI KÊ TOA XÁC NHẬN/NHẬN THỨC RẰNG THUỐC ĐƯỢC XEM LÀ CÓ RỦI RO CAO ĐỐI VỚI BỆNH NHÂN TỪ 65 TUỔI TRỞ LÊN. BỆNH NHÂN AN DƯỠNG CUỐI ĐỜI (HOSPICE) YÊU CẦU XÁC NHẬN CỦA BÁC SĨ RẰNG THUỐC YÊU CẦU ĐƯỢC SỬ DỤNG ĐỂ ĐIỀU TRỊ CHẨN ĐOÁN KHÔNG LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH CUỐI ĐỜI HOẶC TÌNH TRẠNG LIÊN QUAN, VÀ ĐƯỢC CHẤP THUẬN MÀ KHÔNG CẦN THỬ NGHIỆM CÁC THUỐC THAY THẾ CÓ TRONG DANH MỤC THUỐC VÀ CŨNG KHÔNG CẦN SỰ XÁC NHẬN CỦA NGƯỜI KÊ TOA.

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg*
- *methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	SỬ DỤNG THUỐC CÓ NGUY CƠ CAO PHÙ HỢP: 65 TUỔI TRỞ LÊN. KHÔNG YÊU CẦU PA CHO NGƯỜI TỪ 0-64 TUỔI.
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	NGƯỜI KÊ TOA XÁC NHẬN/NHẬN THỨC RẰNG THUỐC ĐƯỢC XEM LÀ CÓ RỦI RO CAO ĐỐI VỚI BỆNH NHÂN TỪ 65 TUỔI TRỞ LÊN. BỆNH NHÂN CHĂM SÓC AN DƯỠNG CUỐI ĐỜI (HOSPICE) SẼ ĐƯỢC CHẤP THUẬN MÀ KHÔNG CẦN THÊM TIÊU CHÍ NÀO.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

IBRUTINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG
- IMBRUVICA ORAL SUSPENSION
- IMBRUVICA ORAL TABLET

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BỆNH GHÉP MÃN TÍNH VỚI VẬT CHỦ (CGVHD): KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI JAKAFI, NIKTIMVO HOẶC REZUROCK.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

ICATIBANT

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *icatibant*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	PHÙ MẠCH DI TRUYỀN (HAE): BAN ĐẦU: 1) LOẠI III HAE, HOẶC 2) LOẠI I HOẶC II HAE ĐƯỢC XÁC NHẬN BỞI MỘT TRONG CÁC XÉT NGHIỆM BỔ SUNG SAU ĐÂY: NỒNG ĐỘ PROTEIN C1-INH, NỒNG ĐỘ PROTEIN C4, NỒNG ĐỘ CHỨC NĂNG C1-INH, C1Q.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	HAE: BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ DỊ ỨNG, MIỄN DỊCH, HUYẾT HỌC HOẶC PHỔI.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU/GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	HAE: BAN ĐẦU/GIA HẠN: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC THUỐC KHÁC ĐỂ ĐIỀU TRỊ ĐAU HAE CẤP TÍNH.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

IDEALALISIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ZYDELIG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

IMATINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *imatinib oral tablet 100 mg, 400 mg*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	ĐIỀU TRỊ BỔ SUNG U MÔ ĐỆM ĐƯỜNG TIÊU HÓA: 36 THÁNG TẤT CẢ CÁC CHẨN ĐOÁN KHÁC: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BỆNH BẠCH CẦU TỦY MÃN TÍNH CÓ NHIỄM SẮC DƯƠNG TÍNH PHILADELPHIA: BỆNH NHÂN CHƯA ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC ỨC CHẾ TYROSINE KINASE KHÁC TRƯỚC ĐÓ.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

IMATINIB SOLUTION

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- IMKELDI

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	ĐIỀU TRỊ BỔ SUNG U MÔ ĐỆM ĐƯỜNG TIÊU HÓA: 36 THÁNG TẤT CẢ CÁC CHẨN ĐOÁN KHÁC: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BỆNH BẠCH CẦU TỦY MÃN TÍNH CÓ NHIỄM SẮC DƯƠNG TÍNH PHILADELPHIA: BỆNH NHÂN CHƯA ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC ỨNG CHẾ TYROSINE KINASE KHÁC TRƯỚC ĐÓ. TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH: KHÔNG THỂ NUỐT GENERIC IMATINIB DẠNG VIÊN NÉN.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

IMETELSTAT

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- RYTELO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

IMLUNESTRANT

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- INLURIYO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

INAVOLISIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG, 9 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

INFLIXIMAB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *infliximab*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	BAN ĐẦU: BỆNH VẢY NẾN MẢNG BÓNG (PSO): BỆNH VẢY NẾN BAO PHỦ 3 PHẦN TRĂM TRỞ LÊN DIỆN TÍCH BỀ MẶT CƠ THỂ HOẶC TỔN THƯƠNG VẢY NẾN ẢNH HƯỞNG ĐẾN TAY, CHÂN, VÙNG SINH DỤC, DA ĐẦU HOẶC MẶT.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: VIÊM KHỚP DẠNG THẤP (RA), VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP (AS): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẤP KHỚP. VIÊM KHỚP VẢY NẾN (PSA): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ DA LIỄU HOẶC BÁC SĨ THẤP KHỚP. PSO: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ DA LIỄU. BỆNH CROHN (CD), VIÊM LOÉT ĐẠI TRÀNG (UC): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ TIÊU HÓA.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: RA: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI HAI THUỐC ĐƯỢC ƯU TIÊN SAU ĐÂY: HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA. PSA: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI HAI THUỐC ĐƯỢC ƯU TIÊN SAU ĐÂY: COSENTYX, HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA, SELARSDI/YESINTEK, XELJANZ, RINVOQ, SKYRIZI, TREMFYA, ORENCIA, OTEZLA. PSO: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI HAI THUỐC ĐƯỢC ƯU TIÊN SAU ĐÂY: COSENTYX, HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA, SELARSDI/YESINTEK, SKYRIZI, TREMFYA, OTEZLA. AS: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI HAI THUỐC ĐƯỢC ƯU TIÊN SAU ĐÂY: COSENTYX, HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA,

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
	<p>XELJANZ, RINVOQ. CD TRUNG BÌNH ĐẾN NẶNG: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI HAI THUỐC ĐƯỢC ƯU TIÊN SAU ĐÂY, KHI ĐỘ TUỔI PHÙ HỢP: SELARSDI/YESINTEK, HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA, RINVOQ, SKYRIZI, TREMFYA. UC: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI HAI THUỐC ĐƯỢC ƯU TIÊN SAU ĐÂY, KHI ĐỘ TUỔI PHÙ HỢP: SELARSDI/YESINTEK, XELJANZ, HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA, RINVOQ, SKYRIZI, TREMFYA. BAN ĐẦU/GIA HẠN: RA, PSA, AS, PSO, CD TRUNG BÌNH ĐẾN NẶNG, UC: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU (VÍ DỤ: CHẤT ỨC CHẾ JAK, CHẤT ỨC CHẾ PDE-4) CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. GIA HẠN: RA, PSA, AS, PSO: TIẾP TỤC ĐƯỢC HƯỞNG LỢI ÍCH TỪ THUỐC.</p>
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

INSULIN SUPPLIES PAYMENT DETERMINATION

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- 1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G
- 1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G
- 1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G
- 1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT
- 1ST TIER UNIFINE PNTIP 29GX1/2"
- 1ST TIER UNIFINE PNTIP 31GX3/16
- 1ST TIER UNIFINE PNTIP 32GX5/32
- ABOUTTIME PEN NEEDLE
- ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16"
- ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16"
- ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16"
- ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16"
- ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16"
- ADVOCATE INS SYR 0.3 ML 29GX1/2
- ADVOCATE INS SYR 0.5 ML 29GX1/2
- ADVOCATE INS SYR 1 ML 29GX1/2"
- ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16
- ADVOCATE PEN NDL 12.7MM 29G
- ADVOCATE PEN NEEDLE 32G 4MM
- ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G
- ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G
- ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM 31G
- ALCOHOL PADS
- ALCOHOL PREP SWABS
- ALCOHOL WIPES
- AQINJECT PEN NEEDLE 31G 5MM
- AQINJECT PEN NEEDLE 32G 4MM
- ASSURE ID DUO PRO NDL 31G 5MM
- ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16"
- ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16"
- ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"
- ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16"
- ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16"
- ASSURE ID PEN NEEDLE 31GX3/16"
- ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM
- ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64"
- ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64"
- AUTOSHIELD DUO PEN NDL 30G 5MM
- BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G
- BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE
- BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2" (OTC)
- BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2)
- BD INS SYR UF 0.3 ML 12.7MMX30G
- BD INS SYR UF 0.5 ML 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE
- BD INSULIN SYR 1 ML 27GX12.7MM
- BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE
- BD LO-DOSE ULTRA-FINE
- BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G 4MM
- BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM
- BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM
- BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM
- BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM
- BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G
- BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8
- BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G
- BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM
- BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G
- BD SINGLE USE SWAB
- BD UF MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G
- BD UF MINI PEN NEEDLE 5MMX31G
- BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G

- BD UF ORIG PEN NDL 12.7MMX29G
- BD UF SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G
- BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2)
- BD VEO INS SYRING 1 ML 6MMX31G
- BD VEO INS SYRN 0.3 ML 6MMX31G
- BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G
- BORDERED GAUZE 2"X2"
- CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G
- CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G
- CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G
- CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G
- CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G
- CAREFINE PEN NEEDLES 6MM 32G
- CAREFINE PEN NEEDLES 8MM 31G
- CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD
- CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM
- CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4"
- CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16"
- CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16"
- CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16"
- CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32"
- CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16"
- CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16"
- CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16"
- CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16"
- CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16"
- CARETOUCH SYR 1 ML 30GX5/16"
- CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16"
- CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE
- COMFORT EZ 0.3 ML 31G 15/64"
- COMFORT EZ 0.5 ML 31G 15/64"
- COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2"
- COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16"
- COMFORT EZ INS 1 ML 31G 15/64"
- COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16"
- COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML
- COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML
- COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE,MINI,HRI
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 31G
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 31G SHORT
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G
- COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G 8MM
- COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 4MM
- COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 5MM
- COMFORT EZ SYR 0.3 ML 29GX1/2"
- COMFORT EZ SYR 0.5 ML 28GX1/2"
- COMFORT EZ SYR 0.5 ML 29GX1/2"
- COMFORT EZ SYR 0.5 ML 30GX1/2"
- COMFORT EZ SYR 1 ML 27G 12.7MM
- COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2"
- COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2"
- COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2"
- COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX5/16"
- COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3"
- COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6"

- COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 4MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 5MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 6MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 8MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 4MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 5MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 6MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 8MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 4MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 6MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 33GX5MM
- CURAD GAUZE PADS 2" X 2"
- CURITY ALCOHOL PREPS 2 PLY, MEDIUM
- CURITY GAUZE PADS
- CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG
- DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 PLY, USP TYPE VII
- DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY
- DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE
- DROPLET 0.3 ML 29G 12.7MM(1/2)
- DROPLET 0.3 ML 30G 12.7MM(1/2)
- DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2)
- DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2)
- DROPLET INS 0.3 ML 29GX12.5MM
- DROPLET INS 0.3 ML 30G 8MM(1/2)
- DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM
- DROPLET INS 0.3 ML 31G 6MM(1/2)
- DROPLET INS 0.3 ML 31G 8MM(1/2)
- DROPLET INS 0.5 ML 29G 12.7MM
- DROPLET INS 0.5 ML 30G 12.7MM
- DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2)
- DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2)
- DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2)
- DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2)
- DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM
- DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM
- DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM
- DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM
- DROPLET INS SYR 0.5 ML 30G 8MM
- DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 6MM
- DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 8MM
- DROPLET INS SYR 1 ML 29G 12.7MM
- DROPLET INS SYR 1 ML 30G 8MM
- DROPLET INS SYR 1 ML 30GX12.5MM
- DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM
- DROPLET INS SYR 1 ML 31G 6MM
- DROPLET INS SYR 1 ML 31GX8MM
- DROPLET MICRON 34G X 9/64"
- DROPLET PEN NEEDLE 29G 10MM
- DROPLET PEN NEEDLE 29G 12MM
- DROPLET PEN NEEDLE 30G 8MM
- DROPLET PEN NEEDLE 31G 5MM
- DROPLET PEN NEEDLE 31G 6MM
- DROPLET PEN NEEDLE 31G 8MM
- DROPLET PEN NEEDLE 32G 4MM
- DROPLET PEN NEEDLE 32G 5MM
- DROPLET PEN NEEDLE 32G 6MM
- DROPLET PEN NEEDLE 32G 8MM
- DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS
- DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM
- DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM
- DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM
- DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM
- DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM

- DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM
- DROPSAFE INSULN 1 ML 29G 12.5MM
- DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 4MM
- DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 5MM
- DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 8MM
- DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4"
- DRUG MART ULTRA COMFORT SYR
- EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM
- EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM
- EASY CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM
- EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2"
- EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16"
- EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE
- EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2"
- EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16"
- EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16"
- EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE
- EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16"
- EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16"
- EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD
- EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR
- EASY COMFORT PEN NDL 29G 4MM
- EASY COMFORT PEN NDL 29G 5MM
- EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4"
- EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16"
- EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16"
- EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32"
- EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM
- EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM
- EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM
- EASY COMFORT SYR 0.5 ML 29G 8MM
- EASY COMFORT SYR 1 ML 29G 8MM
- EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2"
- EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM
- EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM
- EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM
- EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G
- EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2"
- EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2"
- EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2"
- EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX1/2"
- EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16"
- EASY TOUCH 1 ML SYR 27GX1/2"
- EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2"
- EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX1/2"
- EASY TOUCH ALCOHOL 70% PADS GAMMA-STERILIZED
- EASY TOUCH FLIPLOK 1 ML 27GX0.5
- EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2
- EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2
- EASY TOUCH INSULIN SYR 0.3 ML
- EASY TOUCH INSULIN SYR 0.5 ML
- EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML
- EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML RETRACTABLE
- EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2"
- EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2"
- EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16
- EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16
- EASY TOUCH LUER LOK INSUL 1 ML
- EASY TOUCH PEN NEEDLE 29GX1/2"
- EASY TOUCH PEN NEEDLE 30GX5/16

- EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4"
- EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16
- EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16
- EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4"
- EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16
- EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32
- EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM
- EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM
- EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM
- EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM
- EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G 12.7MM
- EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G 12.7MM
- EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM
- EASY TOUCH SYR 1 ML 28G 12.7MM
- EASY TOUCH SYR 1 ML 29G 12.7MM
- EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML
- EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM
- EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM
- EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM
- EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM
- EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM
- EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM
- EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM
- EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM
- EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE
- EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE
- EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT NEEDLE
- EXEL U100 0.3 ML 29GX1/2"
- FP INSULIN 1 ML SYRINGE
- FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16
- FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16
- FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16"
- FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16"
- GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "
- GAUZE PADS 2"X2" STRL
- GNP ALCOHOL SWAB STERILE, TWO PLY
- GNP CLICKFINE 31G X 1/4" NDL 6MM, UNIVERSAL
- GNP CLICKFINE 31G X 5/16" NDL 8MM, UNIVERSAL
- GNP PEN NEEDLE 31G 5MM
- GNP PEN NEEDLE 32G 4MM
- GNP PEN NEEDLE 32G 6MM
- GNP SIMPLI PEN NEEDLE 32G 4MM
- GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT
- GNP ULT CMFRT 0.5 ML 29GX1/2"
- GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR
- GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE
- GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR
- GS PEN NEEDLE 31G X 8MM
- HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16"
- HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16"
- HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16"
- HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16"
- HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16"
- HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16"
- HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM
- HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM
- HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM
- HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G
- HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G
- HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G
- HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G

- HEALTHY ACCENTS PENTP 12MM 29G
- HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS
- INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G
- INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G
- INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G
- INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G
- INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G
- INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2)
- INSULIN SYR 0.5 ML 28G 12.7MM (OTC)
- INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" (RX)
- INSULIN SYRING 0.5 ML 27G 1/2" INNER
- INSULIN SYRINGE 0.3 ML
- INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4
- INSULIN SYRINGE 0.5 ML
- INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4
- INSULIN SYRINGE 1 ML
- INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2" INNER
- INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 16MM
- INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 12.7MM (OTC)
- INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC)
- INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4"
- INSULIN SYRINGE NEEDLELESS
- INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE
- INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE
- INSUMED
- INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE
- INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE
- INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE
- INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM
- INSUPEN PEN NEEDLE 31G 8MM
- INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16"
- INSUPEN PEN NEEDLE 32G 6MM (RX)
- INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM
- INSUPEN PEN NEEDLE 33GX4MM
- IV ANTISEPTIC WIPES
- KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD
- LISCO SPONGES 100/BAG
- LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE
- LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR
- LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR
- LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML
- LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G
- LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G
- LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2"
- LITETOUCH INS 0.3 ML 30GX5/16"
- LITETOUCH INS 0.3 ML 31GX5/16"
- LITETOUCH INS 0.5 ML 31GX5/16"
- LITETOUCH SYR 0.5 ML 28GX1/2"
- LITETOUCH SYR 0.5 ML 29GX1/2"
- LITETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16"
- LITETOUCH SYRIN 1 ML 28GX1/2"
- LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2"
- LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16"
- MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML
- MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML
- MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML
- MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML
- MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML
- MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G
- MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2"
- MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM
- MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2"
- MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2"
- MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM
- MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM
- MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM
- MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM
- MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM
- MICRODOT READYGARD NDL 31G 5MM OUTER
- MINI PEN NEEDLE 32G 5MM
- MINI PEN NEEDLE 32G 8MM
- MINI PEN NEEDLE 33G 4MM
- MINI PEN NEEDLE 33G 5MM
- MINI PEN NEEDLE 33G 6MM

- MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE
- MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2"
- MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2"
- MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC)
- MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC)
- MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC)
- MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC)
- MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML
- MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC)
- MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)
- MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML
- MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC)
- MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML
- MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC)
- MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC)
- MONOJECT INSULIN SYR U-100
- MONOJECT SYRINGE 0.3 ML
- MONOJECT SYRINGE 0.5 ML
- MONOJECT SYRINGE 1 ML
- MS INSULIN SYR 1 ML 31GX5/16" (OTC)
- MS INSULIN SYRINGE 0.3 ML
- NANO 2 GEN PEN NEEDLE 32G 4MM
- NANO PEN NEEDLE 32G 4MM
- NOVOFINE 30
- NOVOFINE 32G NEEDLES
- NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6"
- NOVOTWIST
- PC UNIFINE PENTIPS 8MM NEEDLE SHORT
- PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER
- PEN NEEDLE 30G 8MM INNER
- PEN NEEDLE 30G X 5/16"
- PEN NEEDLE 31G X 1/4" HRI
- PEN NEEDLE 6MM 31G 6MM
- PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"
- PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM,STRL
- PEN NEEDLES 4MM 32G
- PEN NEEDLES 5MM 31G 31GX5MM,STRL,MINI (OTC)
- PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC)
- PENTIPS PEN NEEDLE 29G 1/2"
- PENTIPS PEN NEEDLE 31G 1/4"
- PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM
- PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM
- PENTIPS PEN NEEDLE 32G 1/4"
- PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 4MM
- PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM
- PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM
- PREFPLS INS SYR 1 ML 30GX5/16" (OTC)
- PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4"
- PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16"
- PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2"
- PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16"
- PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16"
- PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2"
- PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16"
- PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16"
- PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS
- PRO COMFORT PEN NDL 32G 8MM
- PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4"
- PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G
- PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G
- PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2"
- PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16"
- PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16"
- PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM
- PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM

- PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM
- PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS
- PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM
- PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM
- PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM
- PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM
- RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM
- RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM
- RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM
- RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM
- RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM
- RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM
- RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64"
- SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10
- SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10
- SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10
- SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10
- SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10
- SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM
- SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G
- SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"
- SECURES SAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER
- SECURES SAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER
- SECURES SAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER
- SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM
- SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM
- SM ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16(1/2)
- STERILE PADS 2" X 2"
- SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM
- SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM
- SURE COMFORT 0.5 ML SYRINGE
- SURE COMFORT 1 ML SYRINGE
- SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE
- SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE
- SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE
- SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS
- SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4
- SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4
- SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4"
- SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM
- SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM
- SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM
- SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM
- SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM
- SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM
- SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM
- SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM
- SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 ML
- SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML
- SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML
- SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML
- SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML
- SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS
- TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2)
- TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2)
- TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2)
- TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2)
- TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2)
- TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2)
- TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2)
- TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2)
- TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM

- TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM
- TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM
- TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM
- TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2"
- TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8"
- TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4"
- TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16"
- TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16"
- TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4"
- TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16"
- TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32"
- TECHLITE PLUS PEN NDL 32G 4MM
- TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML
- TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML
- TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 ML
- TERUMO INS SYRNG U100-1/2 ML
- THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML
- THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML
- THINPRO INS SYRIN U100-1 ML
- TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4"
- TOPCARE CLICKFINE 31G X 5/16"
- TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE
- TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16"
- TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G 5/16"
- TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16"
- TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM
- TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM
- TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM
- TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 1/2"
- TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 5/16"
- TRUE COMFORT 0.5 ML 31G 5/16"
- TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16"
- TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16"
- TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS
- TRUE COMFORT PEN NDL 31G 8MM
- TRUE COMFORT PEN NDL 31GX5MM
- TRUE COMFORT PEN NDL 31GX6MM
- TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM
- TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM
- TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM
- TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM
- TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM
- TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM
- TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2"
- TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16"
- TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16"
- TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16"
- TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS
- TRUE COMFORT SFTY 1 ML 30G 1/2"
- TRUE COMFRT PRO 0.5 ML 30G 1/2"
- TRUE COMFRT SFTY 1 ML 30G 5/16"
- TRUE COMFRT SFTY 1 ML 31G 5/16"
- TRUE COMFRT SFTY 1 ML 32G 5/16"
- TRUEPLUS PEN NEEDLE 29GX1/2"
- TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4"
- TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX3/16"
- TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX5/16"
- TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32"
- TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2"
- TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16"
- TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16"
- TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2"
- TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2"
- TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16"
- TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16"
- TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2"
- TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2"
- TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16"

- TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16"
- ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2)
- ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4"
- ULTICARE INS SYR 0.3 ML 30G 8MM
- ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM
- ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM
- ULTICARE INS SYR 0.5 ML 30G 8MM (OTC)
- ULTICARE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM
- ULTICARE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM (OTC)
- ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2"
- ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16"
- ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G
- ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G
- ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G
- ULTICARE PEN NEEDLES 4MM 32G MICRO, 32GX4MM
- ULTICARE PEN NEEDLES 6MM 32G
- ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM
- ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G
- ULTICARE SAFETY 0.5 ML 29GX1/2 (RX)
- ULTICARE SYR 0.3 ML 29G 12.7MM
- ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2"
- ULTICARE SYR 0.3 ML 31GX5/16" SHORT NDL
- ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2"
- ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NDL
- ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16"
- ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM
- ULTIGUARD SAFE 0.3 ML 30G 12.7MM
- ULTIGUARD SAFE 0.5 ML 30G 12.7MM
- ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM
- ULTIGUARD SAFEPACK 29G 12.7MM
- ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM
- ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM
- ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM
- ULTIGUARD SAFEPACK 32G 4MM
- ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM
- ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G 8MM
- ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G 8MM
- ULTILET ALCOHOL STERL SWAB
- ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML
- ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML
- ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML
- ULTILET PEN NEEDLE
- ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G
- ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE
- ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2" CONVERTS TO 29G
- ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2"
- ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE
- ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16"
- ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE
- ULTRA FLO 0.3 ML 30G 1/2" (1/2)
- ULTRA FLO 0.3 ML 30G 5/16"(1/2)
- ULTRA FLO 0.3 ML 31G 5/16"(1/2)
- ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 5MM
- ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 8MM
- ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G 4MM
- ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G 4MM
- ULTRA FLO PEN NEEDLES 12MM 29G
- ULTRA FLO SYR 0.3 ML 29GX1/2"
- ULTRA FLO SYR 0.3 ML 30G 5/16"
- ULTRA FLO SYR 0.3 ML 31G 5/16"
- ULTRA FLO SYR 0.5 ML 29G 1/2"
- ULTRA THIN PEN NDL 32G X 4MM
- ULTRA-FINE 0.3 ML 30G 12.7MM
- ULTRA-FINE 0.3 ML 31G 6MM (1/2)
- ULTRA-FINE 0.3 ML 31G 8MM (1/2)
- ULTRA-FINE 0.5 ML 30G 12.7MM
- ULTRA-FINE INS SYR 1 ML 31G 6MM
- ULTRA-FINE INS SYR 1 ML 31G 8MM
- ULTRA-FINE PEN NDL 29G 12.7MM
- ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31G 5MM

- ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31G 8MM
- ULTRA-FINE PEN NEEDLE 32G 6MM
- ULTRA-FINE SYR 0.5 ML 31G 6MM
- ULTRA-FINE SYR 0.5 ML 31G 8MM
- ULTRA-FINE SYR 1 ML 30G 12.7MM
- ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16"
- ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G
- ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G
- ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G
- ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G
- ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G
- ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G
- ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G
- ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2"
- ULTRA-THIN II PEN NDL 31GX5/16
- ULTRACARE INS 0.3 ML 30GX5/16"
- ULTRACARE INS 0.3 ML 31GX5/16"
- ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX1/2"
- ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX5/16"
- ULTRACARE INS 0.5 ML 31GX5/16"
- ULTRACARE INS 1 ML 30G X 5/16"
- ULTRACARE INS 1 ML 30GX1/2"
- ULTRACARE INS 1 ML 31G X 5/16"
- ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX1/4"
- ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX3/16"
- ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX5/16"
- ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX1/4"
- ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX3/16"
- ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX5/32"
- ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32"
- UNIFINE OTC PEN NEEDLE 31G 5MM
- UNIFINE OTC PEN NEEDLE 32G 4MM
- UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM
- UNIFINE PENTIPS 12MM 29G 29GX12MM, STRL
- UNIFINE PENTIPS 31GX3/16" 31GX5MM,STRL,MINI
- UNIFINE PENTIPS 32G 4MM
- UNIFINE PENTIPS 32GX1/4"
- UNIFINE PENTIPS 33GX5/32"
- UNIFINE PENTIPS 6MM 31G
- UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16"
- UNIFINE PENTIPS NEEDLES 29G
- UNIFINE PENTIPS PLUS 29GX1/2" 12MM
- UNIFINE PENTIPS PLUS 30GX3/16"
- UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM
- UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX3/16" MINI
- UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX5/16" SHORT
- UNIFINE PENTIPS PLUS 32GX5/32"
- UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX5/32"
- UNIFINE PROTECT 30G 5MM
- UNIFINE PROTECT 30G 8MM
- UNIFINE PROTECT 32G 4MM
- UNIFINE SAFECONTROL 30G 5MM
- UNIFINE SAFECONTROL 30G 8MM
- UNIFINE SAFECONTROL 31G 5MM
- UNIFINE SAFECONTROL 31G 6MM
- UNIFINE SAFECONTROL 31G 8MM
- UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM
- UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 5MM
- UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 6MM
- UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 8MM
- UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 4MM
- VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2" SY OUTER
- VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16"
- VANISHPOINT U-100 29X1/2 SYR
- VERIFINE INS SYR 1 ML 29G 1/2"
- VERIFINE PEN NEEDLE 29G 12MM
- VERIFINE PEN NEEDLE 31G 5MM
- VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 6MM
- VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 8MM
- VERIFINE PEN NEEDLE 32G 6MM
- VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 4MM
- VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 5MM
- VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 5MM
- VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 8MM
- VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM

- VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM-SHARPS CONTAINER
- VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G 1/2"
- VERIFINE SYRING 1 ML 31G 5/16"
- VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G 5/16"
- VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G 5/16"
- VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY
- WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	TRỌN ĐỜI
Tiêu Chí Khác	CHỈ ĐƯỢC BẢO HIỂM THEO PHẦN D KHI SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI INSULIN.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

INTERFERON FOR MS-AVONEX

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT
- AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

INTERFERON FOR MS-BETASERON

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- BETASERON SUBCUTANEOUS KIT

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

INTERFERON FOR MS-PLEGRIDY

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML, 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML
- PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML, 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

INTERFERON GAMMA-1B

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ACTIMMUNE

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: U HẠT MẮN TÍNH (CGD): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ HUYẾT HỌC, BÁC SĨ CHUYÊN GIA BỆNH TRUYỀN NHIỄM HOẶC BÁC SĨ MIỄN DỊCH. LOÃNG XƯƠNG HÓA ĐÁ ẮC TÍNH NẶNG (SMO): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ NỘI TIẾT HOẶC BÁC SĨ HUYẾT HỌC.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	GIA HẠN: CGD, SMO: 1) LỢI ÍCH LÂM SÀNG ĐÃ ĐƯỢC CHỨNG MINH SO VỚI BAN ĐẦU, VÀ 2) CHƯA ĐƯỢC GHÉP TẾ BÀO TẾ BÀO HUYẾT.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

IPILIMUMAB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- YERVOY

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: U HẮC TỔ DI CĂN KHÔNG THỂ CẮT BỎ (UNRESECT/MET MEL) 4MO, RCC/CRC/HCC: 3 THÁNG, TẤT CẢ CÁC LOẠI KHÁC: 12 THÁNG BAN ĐẦU/GIA HẠN: U HẮC TỔ: 6 THÁNG
Tiêu Chí Khác	GIA HẠN: U HẮC TỔ DA BỎ TRỢ: KHÔNG CÓ BẰNG CHỨNG BỆNH TÁI PHÁT (ĐƯỢC ĐỊNH NGHĨA LÀ SỰ XUẤT HIỆN CỦA MỘT HOẶC NHIỀU TỔN THƯƠNG U HẠT TỔ MỚI: TẠI CHỖ, DI CĂN GẦN HOẶC XA). THUỐC NÀY CŨNG YÊU CẦU XÁC ĐỊNH THANH TOÁN VÀ CÓ THỂ ĐƯỢC BẢO HIỂM THEO MEDICARE PHẦN B HOẶC D.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

ISAVUCONAZONIUM

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- CRESEMBA ORAL

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	ASPERGILLOSIA XÂM LẤN, MUCORMYCOSIS XÂM LẤN: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ CHUYÊN GIA VỀ BỆNH TRUYỀN NHIỄM.
Thời Gian Bảo Hiểm	6 THÁNG
Tiêu Chí Khác	ASPERGILLOSIA XÂM LẤN: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI VORICONAZOL. TIẾP TỤC LIỆU PHÁP SAU KHI XUẤT VIỆN KHÔNG YÊU CẦU ĐIỀU KIỆN BỔ SUNG.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

IVACAFTOR

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- KALYDECO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	XƠ NANG (CF): BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ PHỔI HOẶC CHUYÊN GIA XƠ NANG
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 12 THÁNG GIA HẠN: TRỌN ĐỜI
Tiêu Chí Khác	CF: BAN ĐẦU: 1) KHÔNG ĐỒNG HỢP CHO ĐỘT BIẾN F508DEL TRONG GEN ĐIỀU HÒA ĐỘNG DẪN TRUYỀN MÀNG XƠ NANG (CFTR), VÀ 2) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CHẤT ĐIỀU HÒA CFTR KHÁC. GIA HẠN: 1) CẢI THIỆN TÌNH TRẠNG LÂM SÀNG VÀ 2) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CHẤT ĐIỀU CHẾ CFTR KHÁC.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

IVOSIDENIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- TIBSOVO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

IXAZOMIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- NINLARO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

LAMOTRIGINE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- SUBVENITE ORAL SUSPENSION

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH: CHỐNG CHỈ ĐỊNH HOẶC KHÔNG THỂ NUỐT VIÊN NÉN LAMOTRIGINE.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

LANREOTIDE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml*
- SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BỆNH TO ĐẦU CHI: BAN ĐẦU: LIỆU PHÁP ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ NỘI TIẾT.
Thời Gian Bảo Hiểm	BỆNH TO ĐẦU CHI: BAN ĐẦU/GIA HẠN: 12 THÁNG GEP-NETS, HỘI CHỨNG CARCINOID: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BỆNH TO ĐẦU CHI: GIA HẠN: 1) GIẢM, BÌNH THƯỜNG HÓA HOẶC DUY TRÌ NẠNG IGF-1 DỰA TRÊN TUỔI VÀ GIỚI TÍNH, VÀ 2) CẢI THIỆN HOẶC GIẢM ĐAU BỀN VỮNG CÁC TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

LAPATINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *lapatinib*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

LAROTRECTINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG
- VITRAKVI ORAL SOLUTION

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	DUNG DỊCH UỐNG VITRAKVI: 1) THỬ NGHIỆM VITRAKVI DẠNG VIÊN NANG HOẶC 2) KHÔNG THỂ UỐNG DẠNG VIÊN NANG.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

LAZERTINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG, 80 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG
- HARVONI ORAL TABLET

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	NỒNG ĐỘ RNA HCV TRONG VÒNG 6 THÁNG QUA.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	TIÊU CHÍ SẼ ĐƯỢC ÁP DỤNG PHÙ HỢP VỚI HƯỚNG DẪN HIỆN HÀNH CỦA AASLD/IDSA.
Tiêu Chí Khác	1) TIÊU CHÍ SẼ ĐƯỢC ÁP DỤNG PHÙ HỢP VỚI HƯỚNG DẪN HIỆN HÀNH CỦA AASLD/IDSA, VÀ 2) KHÔNG ĐANG DÙNG ĐỒNG THỜI BẤT KỲ THUỐC NÀO SAU ĐÂY: CARBAMAZEPINE, PHENYTOIN, PHENOBARBITAL, OXCARBAZEPINE, RIFAMPIN, RIFABUTIN, RIFAPENTINE, ROSUVASTATIN, TIPRANAVIR/RITONAVIR, SOFOSBUVIR (NHƯ MỘT DẠNG ĐƠN LẺ), EPCLUSA, ZEPATIER, MAVYRET, HOẶC VOSEVI.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

LENALIDOMIDE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *lenalidomide*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

LENVATINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- LENVIMA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

LETERMOVIR

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- PREVYMIS ORAL TABLET

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	HSCT: KHÔNG CÓ NGUY CƠ MẮC CMV MUỘN: 4 THÁNG, CÓ NGUY CƠ MẮC CMV MUỘN: 7 THÁNG. GHÉP THẬN: 7 THÁNG.
Tiêu Chí Khác	CẤY GHÉP TẾ BÀO GỐC TẠO MÁU (HSCT): 1) LIỆU PHÁP SẼ ĐƯỢC BẮT ĐẦU TỪ NGÀY 0 ĐẾN NGÀY 28 SAU KHI GHÉP, VÀ 2) KHÔNG ĐƯỢC NHẬN THUỐC QUÁ 100 NGÀY SAU KHI GHÉP NẾU KHÔNG CÓ NGUY CƠ BỊ NHIỄM VÀ BỆNH CYTOMEGALOVIRUS (CMV) MUỘN, HOẶC VƯỢT QUÁ 200 NGÀY SAU KHI GHÉP NẾU CÓ NGUY CƠ NHIỄM VÀ BỆNH CMV MUỘN. GHÉP THẬN: 1) LIỆU PHÁP SẼ ĐƯỢC BẮT ĐẦU TỪ NGÀY 0 ĐẾN NGÀY 7 SAU KHI GHÉP, VÀ 2) SẼ KHÔNG NHẬN THUỐC QUÁ 200 NGÀY SAU KHI GHÉP.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

LEUPROLIDE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *leuprolide subcutaneous kit*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	UNG THU' TUYẾN TIỀN LIỆT: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

LEUPROLIDE DEPOT

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *leuprolide acetate (3 month)*
- LUTRATE DEPOT (3 MONTH)

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

LEUPROLIDE MESYLATE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- CAMCEVI (6 MONTH)

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

LEUPROLIDE-ELIGARD

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

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

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

LEUPROLIDE-LUPRON DEPOT

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

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

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	BAN ĐẦU: LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG: CHẨN ĐOÁN ĐƯỢC XÁC NHẬN THÔNG QUA PHẪU THUẬT HOẶC QUAN SÁT TRỰC TIẾP (VÍ DỤ: SIÊU ÂM CHẬU) HOẶC XÁC NHẬN GIẢI PHẪU BỆNH LÝ (VÍ DỤ: NỘI SOI BỤNG HOẶC MẪU PHẪU THUẬT) TRONG 10 NĂM QUA.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ SẢN PHỤ KHOA.
Thời Gian Bảo Hiểm	UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT: 12 THÁNG U XƠ TỬ CUNG: 3 THÁNG. LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG: BAN ĐẦU/GIA HẠN: 6 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG: 1) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI THUỐC ĐIỀU CHẾ GNRH KHÁC, 2) THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI THUỐC CHỨA NSAID VÀ PROGESTIN, VÀ 3) KHÔNG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TỔNG CỘNG 12 THÁNG TRONG CUỘC ĐỜI. GIA HẠN: LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG: 1) CẢI THIỆN ĐAU LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG TRONG KHI ĐIỀU TRỊ, 2) NHẬN LIỆU PHÁP TRÁNH THAI KÈM THEO (TỨC LÀ, THUỐC TRÁNH THAI KẾT HỢP ESTROGEN-PROGESTIN HOẶC CHẾ PHẨM CHẾ BIẾN CHỨA PROGESTIN), 3) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI THUỐC ĐIỀU CHẾ GNRH KHÁC VÀ 4) KHÔNG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TỔNG CỘNG 12 THÁNG TRONG CUỘC ĐỜI.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không	

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

LEUPROLIDE-LUPRON DEPOT-PED

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)
- LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	DẬY THÌ SỚM TRUNG ƯƠNG (CPP): BAN ĐẦU: NỒNG ĐỘ HORMONE HOÀNG THỂ (LH) LỚN HƠN 0.2 ĐẾN 0.3 MIU/ML KHI CHẨN ĐOÁN.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	CPP: BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ NỘI TIẾT.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU/GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	CPP: BAN ĐẦU: NỮ GIỚI: 1) DƯỚI 8 TUỔI KHI BẮT ĐẦU CPP VÀ 2) Ở GIAI ĐOẠN TANNER 2 HOẶC CAO HƠN ĐỐI VỚI SỰ PHÁT TRIỂN CỦA NGỰC VÀ SỰ MỌC LÔNG VÙNG KÍN. NAM GIỚI: 1) DƯỚI 9 TUỔI KHI BẮT ĐẦU CPP VÀ 2) Ở GIAI ĐOẠN TANNER 2 HOẶC CAO HƠN ĐỐI VỚI SỰ PHÁT TRIỂN CỦA BỘ PHẬN SINH DỤC VÀ SỰ MỌC LÔNG VÙNG KÍN. GIA HẠN: 1) GIAI ĐOẠN TANNER KHI CHẨN ĐOÁN BAN ĐẦU ĐÃ ỔN ĐỊNH HOẶC GIẢM ĐI TRONG BA LẦN KHÁM BỆNH RIÊNG BIỆT TRONG NĂM TRƯỚC VÀ 2) CHƯA ĐẾN ĐẾN TUỔI THỰC TẾ TƯƠNG ỨNG VỚI TUỔI DẬY THÌ HIỆN TẠI.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

L-GLUTAMINE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *glutamine (sickle cell)*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BỆNH HỒNG CẦU HÌNH LƯỖI LIỀM (SCD): BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ HUYẾT HỌC
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 12 THÁNG GIA HẠN: TRỌN ĐỜI.
Tiêu Chí Khác	SCD: BAN ĐẦU: TUỔI TỪ 18 TUỔI TRỞ LÊN: 1) ÍT NHẤT 2 CƠN BỆNH HỒNG CẦU HÌNH LƯỖI LIỀM TRONG NĂM QUA, 2) CÁC TRIỆU CHỨNG LIÊN QUAN ĐẾN HỆ HỒNG CẦU HÌNH LƯỖI LIỀM GÂY ẢNH HƯỞNG ĐẾN CÁC HOẠT ĐỘNG CUỘC SỐNG HÀNG NGÀY, HOẶC 3) TIỀN SỬ BỊ HOẶC ĐÃ BỊ HỘI CHỨNG ĐAU NGỰC CẤP TÁI PHÁT. TUỔI TỪ 5 ĐẾN 17 TUỔI: ĐƯỢC CHẤP THUẬN MÀ KHÔNG CÓ TIÊU CHÍ BỔ SUNG. GIA HẠN: DUY TRÌ HOẶC GIẢM BIẾN CHỨNG CẤP TÍNH CỦA SCD.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

LIDOCAINE OINTMENT

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *lidocaine topical ointment*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	THUỐC NÀY CÓ THỂ ĐƯỢC KÈM THEO VÀ ĐƯỢC BẢO HIỂM THEO DỊCH VỤ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH THẬN GIAI ĐOẠN CUỐI HOẶC ĐƯỢC BẢO HIỂM THEO MEDICARE PHẦN D TÙY THEO HOÀN CẢNH.
Chỉ Định	Tất cả các chỉ định được chấp nhận về mặt y khoa.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

LIDOCAINE PATCH

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *dermacinrx lidocan 5% patch outer*
- *lidocaine topical adhesive patch, medicated 5 %*
- *lidocan iii*
- *tridacaine ii*
- ZTLIDO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	1) ĐAU LIỀN QUAN ĐẾN ĐAU THẦN KINH SAU ZONE, 2) BỆNH THẦN KINH DO BỆNH TIỂU ĐƯỜNG, 3) ĐAU LƯNG MÃN TÍNH, HOẶC 4) VIÊM XƯƠNG KHỚP Ở ĐẦU GỐI HOẶC HÔNG.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các chỉ định được chấp nhận về mặt y khoa.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

LIDOCAINE PRILOCAINE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *lidocaine-prilocaine topical cream*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	THUỐC NÀY CÓ THỂ ĐƯỢC KÈM THEO VÀ ĐƯỢC BẢO HIỂM THEO DỊCH VỤ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH THẬN GIAI ĐOẠN CUỐI HOẶC ĐƯỢC BẢO HIỂM THEO MEDICARE PHẦN D TÙY THEO HOÀN CẢNH. CÓ THỂ CẦN NỘP THÔNG TIN MÔ TẢ CÁCH SỬ DỤNG VÀ BỒI CẢNH DÙNG THUỐC ĐỂ XÁC ĐỊNH.
Chỉ Định	Tất cả các chỉ định được chấp nhận về mặt y khoa.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

LINVOSELTAMAB-GCPT

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- LYNOZYFIC INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML, 20 MG/ML

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

LONCASTUXIMAB TESIRINE-LPYL

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ZYNLONTA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

LORLATINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

LOTILANER

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- XDEMVY

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	VIÊM MẮT DEMODEX: 18 TUỔI TRỞ LÊN
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	6 TUẦN
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

LUMACAFITOR-IVACAFITOR

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ORKAMBI ORAL TABLET

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	XƠ NANG (CF): BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ CHUYÊN GIA VỀ HỘI PHỔI HOẶC CHUYÊN GIA CF.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: TRỌN ĐỜI.
Tiêu Chí Khác	CF: BAN ĐẦU: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CHẤT ĐIỀU CHỈNH ĐỘ DẪN TRUYỀN MÀNG (CFTR) KHÁC TRONG BỆNH XƠ NANG. GIA HẠN: 1) CẢI THIÊN TÌNH TRẠNG LÂM SÀNG VÀ 2) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CHẤT ĐIỀU CHẾ CFTR KHÁC.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

MACITENTAN

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- OPSUMIT

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	TĂNG HUYẾT ÁP ĐỘNG MẠCH PHỔI (PAH): BAN ĐẦU: CHẨN ĐOÁN ĐƯỢC XÁC NHẬN BẰNG CÁCH ĐẶT THÔNG TIM PHỔI VỚI CÁC THÔNG SỐ SAU: 1) ÁP LỰC ĐỘNG MẠCH PHỔI TRUNG BÌNH (PAP) LỚN HƠN 20 MMHG, 2) ÁP SUẤT MÁU MẠCH PHỔI (PCWP) 15 MMHG HOẶC ÍT HƠN, VÀ 3) SỨC CẢN MẠCH PHỔI (PVR) LỚN HƠN 2 ĐƠN VỊ WOOD
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	PAH: BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ TIM MẠCH HOẶC BÁC SĨ PHỔI.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU/GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

MARGETUXIMAB-CMKB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- MARGENZA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

MARIBAVIR

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- LIVTENCITY

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

MECASERMIN

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- INCRELEX

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	THẤT BẠI TRONG TĂNG TRƯỞNG: BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ NỘI TIẾT HOẶC BÁC SĨ THẬN.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU/GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	THẤT BẠI TRONG TĂNG TRƯỞNG: BAN ĐẦU: ĐẦU XƯƠNG MỠ ĐƯỢC XÁC NHẬN BỞI CHỤP X-QUANG CỔ TAY VÀ BÀN TAY. BAN ĐẦU/GIA HẠN: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI THUỐC HORMONE TĂNG TRƯỞNG KHÁC. GIA HẠN: CẢI THIỆN TRONG KHI ĐIỀU TRỊ (TĂNG CHIỀU CAO HOẶC TĂNG TỐC ĐỘ CHIỀU CAO).
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

MECHLORETHAMINE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- VALCHLOR

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

MEPOLIZUMAB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR
- NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN
- NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 40 MG/0.4 ML

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	BAN ĐẦU: HEN SUYỄN: NỒNG ĐỘ EOSINOPHIL TRONG MÁU ÍT NHẤT 150 TẾ BÀO/MCL TRONG VÒNG 12 THÁNG QUA.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: HEN SUYỄN: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ CHUYÊN VỀ Y HỌC PHỔI HOẶC DỊ ỨNG. CRSWNP: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ TẠI MŨI HỌNG, BÁC SĨ DỊ ỨNG HOẶC BÁC SĨ MIỄN DỊCH. COPD TĂNG BẠCH CẦU ÁI CAO EOSIN: ĐƯỢC KÊ ĐƠN HOẶC THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ CHUYÊN KHOA HÔ HẤP.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: CRSWNP: 6 THÁNG. KHÁC: 12 THÁNG. GIA HẠN: TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU (VÍ DỤ: CHẤT ỨC CHẾ JAK, CHẤT ỨC CHẾ PDE-4) CHO CÁC CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. HEN SUYỄN: 1) LIỆU PHÁP ĐỒNG THỜI VỚI LIỆU TRUNG BÌNH, LIỆU CAO HOẶC LIỆU DUNG NẠP TỐI ĐA CỦA CORTICOSTEROID HÍT (ICS) VÀ ÍT NHẤT MỘT LOẠI THUỐC DUY TRÌ KHÁC, VÀ 2) MỘT TRONG NHỮNG ĐIỀU SAU: (A) ÍT NHẤT MỘT ĐỢT PHÁT TRIỂN HEN SUYỄN CẦN PHẢI DÙNG LIỆU THUỐC CORTICOSTEROID TOÀN THÂN KÉO DÀI ÍT NHẤT 3 NGÀY TRONG VÒNG 12 THÁNG QUA HOẶC ÍT NHẤT MỘT ĐỢT TRÂM CẢM NGHIÊM TRỌNG ĐỀU PHẢI NHẬP VIỆN HOẶC ĐẾN CẤP CỨU TRONG VÒNG 12 THÁNG QUA, HOẶC (B) KIỂM SOÁT TRIỆU CHỨNG KÉM MẠC DÙ ĐANG ÁP DỤNG LIỆU PHÁP HIỆN TẠI NHƯ ĐƯỢC CHỨNG MINH BỞI ÍT NHẤT

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
	<p>BA TRONG SỐ CÁC TRIỆU CHỨNG SAU ĐÂY TRONG VÒNG 4 TUẦN QUA: TRIỆU CHỨNG HEN SUYỄN VÀO BAN NGÀY HƠN HAI LẦN/TUẦN, BẤT KỲ ĐÊM NÀO BỊ THỨC GIẤM DO HEN SUYỄN, THUỐC GIẢM TRIỆU CHỨNG SABA HƠN HAI LẦN/TUẦN, BẤT KỲ HẠN CHẾ HOẠT ĐỘNG NÀO DO HEN SUYỄN. VIÊM XOANG MÃN TÍNH CÓ POLYP MŨI (CRSWNP): 1) THỬ NGHIỆM 56 NGÀY VỚI MỘT LOẠI CORTICOSTEROID BÔI MŨI, 2) BẰNG CHỨNG CÓ POLYP MŨI BẰNG KIỂM TRA TRỰC TIẾP, NỘI SOI HOẶC CHỤP CT XOANG, VÀ 3) BỆNH KHÔNG ĐƯỢC KIỂM SOÁT ĐẦY ĐỦ. BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MÃN TÍNH DO TĂNG BẠCH CẦU ÁI TOÀN: ĐƯỢC SỬ DỤNG KẾT HỢP VỚI THUỐC GIẢN PHẾ QUẢN TÁC DỤNG KÉO DÀI (LAMA/LABA) VÀ CORTICOSTEROID DẠNG HÍT (ICS).</p> <p>GIA HẠN: HEN SUYỄN: 1) TIẾP TỤC SỬ DỤNG ICS VÀ ÍT NHẤT MỘT LOẠI THUỐC DUY TRÌ KHÁC, 2) PHẢN ỨNG LÂM SÀNG ĐƯỢC CHỨNG MINH BỞI: (A) GIẢM SỐ CƠN ĐỘT PHÁT HEN SUYỄN SO VỚI BAN ĐẦU, (B) GIẢM SỬ DỤNG THUỐC CỨU HỘ, (C) GIẢM MỨC ĐỘ NGHIÊM TRỌNG HOẶC TẦN SUẤT CỦA CÁC TRIỆU CHỨNG LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH HEN SUYỄN, HOẶC (D) TĂNG TỶ LỆ FEV1 DỰ ĐOÁN SO VỚI BAN ĐẦU TRƯỚC KHI ĐIỀU TRỊ, AND 3) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU CHO CÁC CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. CRSWNP: 1) LỢI ÍCH LÂM SÀNG SO VỚI BAN ĐẦU, VÀ 2) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. U hạt ưa eosin có viêm đa mạch (EGPA): 1) GIẢM TRIỆU CHỨNG EGPA SO VỚI BAN ĐẦU HOẶC KHẢ NĂNG GIẢM/LOẠI BỎ VIỆC SỬ DỤNG CORTICOSTEROID, VÀ 2) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU CHO CÙNG CHỈ ĐỊNH. COPD TĂNG BẠCH CẦU ÁI LƯỢNG TRUNG BÌNH EOSIN: 1) SỬ DỤNG KẾT HỢP VỚI LAMA/LABA/ICS, 2) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI THUỐC SINH HỌC TOÀN THÂN HOẶC PHÂN TỬ NHỎ NHẪM MỤC TIÊU KHÁC CHO CÙNG CHỈ ĐỊNH, VÀ 3) ĐÁP ỨNG LÂM SÀNG ĐƯỢC CHỨNG MINH BẰNG (A) GIẢM CÁC ĐỘT BÙNG PHÁT BỆNH COPD SO VỚI BAN ĐẦU, (B) GIẢM MỨC ĐỘ HOẶC TẦN SUẤT CÁC TRIỆU CHỨNG LIÊN QUAN ĐẾN COPD, HOẶC (C) TĂNG CHỈ SỐ FEV1 ÍT NHẤT 5 PHẦN TRĂM SO VỚI MỨC BAN ĐẦU TRƯỚC KHI ĐIỀU TRỊ.</p>

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

MIDOSTAURIN

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- RYDAPT

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	BỆNH BẠCH CẦU TỬY CẤP TÍNH: 6 THÁNG BỆNH TẾ BÀO MASTOCYTOSIS HỆ THỐNG TIẾN TRIỂN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

MIFEPRISTONE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *mifepristone oral tablet 300 mg*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	HỘI CHỨNG CUSHING (CS): BAN ĐẦU: CHẨN ĐOÁN ĐƯỢC XÁC NHẬN BỞI: 1) CORTISOL KHÔNG CÓ TRONG NƯỚC TIỂU 24 GIỜ (ÍT NHẤT 2 XÉT NGHIỆM ĐỂ XÁC NHẬN), 2) XÉT NGHIỆM DEXAMETHASONE 1MG QUA ĐÊM, HOẶC 3) CORTISOL TRONG NƯỚC BỌT VÀO ĐÊM KHUYA (ÍT NHẤT 2 XÉT NGHIỆM ĐỂ XÁC NHẬN).
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	CS: BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ NỘI TIẾT.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU/GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	CS: BAN ĐẦU: TĂNG TIẾT CORTICOID KHÔNG PHẢI LÀ HẬU QUẢ CỦA GLUCOCORTICOID MÃN TÍNH. GIA HẠN: 1) TIẾP TỤC CẢI THIẾN KHẢ NĂNG DUNG NẠP GLUCOSE HOẶC KHẢ NĂNG DUNG NẠP GLUCOSE ỔN ĐỊNH (VÍ DỤ: GIẢM A1C, CẢI THIẾN GLUCOSE KHI ĐÓI), 2) TIẾP TỤC CÓ KHẢ NĂNG CHỊU ĐỰNG VỚI LIỆU PHÁP VÀ 3) TIẾP TỤC KHÔNG PHÙ HỢP VỚI PHẪU THUẬT HOẶC ĐÃ PHẪU THUẬT THẤT BẠI.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

MILTEFOSINE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- IMPAVIDO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

MIRDAMETINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG
- GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

MIRVETUXIMAB SORAVTANSINE-GYNX

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ELAHERE

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	UNG THƯ BUỒNG TRỨNG BIỂU MÔ, ỐNG DẪN TRỨNG, HOẶC PHÚC MẠC NGUYÊN PHÁT KHÁM MẮT, BAO GỒM ĐỘ NHẠY CẢM VÀ KHÁM ĐÈN KHE, SẼ ĐƯỢC HOÀN THÀNH TRƯỚC KHI BẮT ĐẦU LIỆU PHÁP VÀ THEO KỶ LỊCH ĐỀ XUẤT.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

MOMELOTINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- OJJAARA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

MOSUNETUZUMAB-AXGB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- LUNSUMIO

- LUNSUMIO VELO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	U LYMPHOMA NANG TÁI PHÁT HOẶC KHÁNG ĐIỀU TRỊ: BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: 7 THÁNG.
Tiêu Chí Khác	U LYMPHOMA NANG TÁI PHÁT HOẶC KHÁNG ĐIỀU TRỊ: GIA HẠN: 1) ĐÃ ĐẠT ĐƯỢC PHẢN ỨNG MỘT PHẦN VỚI ĐIỀU TRỊ, VÀ 2) CHƯA ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ QUÁ 17 LẦN. THUỐC NÀY CŨNG YÊU CẦU XÁC ĐỊNH THANH TOÁN VÀ CÓ THỂ ĐƯỢC BẢO HIỂM THEO MEDICARE PHẦN B HOẶC D.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

NARCOLEPSY AGENTS

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *armodafinil*
- *modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các chỉ định được chấp nhận về mặt y khoa.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phân B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

NAXITAMAB-GQGK

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- DANYELZA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

NERATINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- NERLYNX

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN SỚM (GIAI ĐOẠN I-III): YÊU CẦU THUỐC TRONG VÒNG 2 NĂM SAU KHI HOÀN THÀNH LIỀU TRASTUZUMAB CUỐI CÙNG. TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH KHÁC ĐƯỢC FDA CHẤP THUẬN ĐỀU ĐƯỢC BẢO HIỂM MÀ KHÔNG CÓ TIÊU CHÍ BỔ SUNG, NGOẠI TRỪ NHỮNG TIÊU CHÍ TRÊN NHÃN ĐÃ ĐƯỢC FDA CHẤP THUẬN.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

NILOTINIB - TASIGNA

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	BỆNH BẠCH CẦU TỬY MÃN TÍNH CÓ NHIỄM SẮC TÍNH DƯƠNG TÍNH Ở PHILADELPHIA (Ph+ CML) ĐÃ ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TRƯỚC ĐÂY: PHÂN TÍCH ĐỘT BIẾN TRƯỚC KHI BẮT ĐẦU VÀ DÙNG THUỐC LÀ PHÙ HỢP VỚI BẢNG HƯỚNG DẪN CỦA NCCN ĐỂ ĐƯỢC KHUYẾN NGHỊ ĐIỀU TRỊ DỰA TRÊN HỒ SƠ ĐỘT BIẾN BCR-ABL1.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

NILOTINIB DANZITEN

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- DANZITEN

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	BỆNH BẠCH CẦU TỬY MÃN TÍNH CÓ NHIỄM SẮC THỂ DƯƠNG TÍNH Ở PHILADELPHIA (CML Ph+) ĐÃ ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TRƯỚC KHI BẮT ĐẦU ĐIỀU TRỊ VÀ 2) LIỆU PHÁP PHÙ HỢP VỚI BẢNG HƯỚNG DẪN CỦA NCCN VỀ CÁC KHUYẾN NGHỊ ĐIỀU TRỊ DỰA TRÊN HỒ SƠ ĐỘT BIẾN BCR-ABL1.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

NINTEDANIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- OFEV

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	BAN ĐẦU: XƠ PHỔI VÔ CĂN (IPF): MỘT MẪU VIÊM PHỔI KẾ THƯỜNG GẶP (UIP) ĐƯỢC CHỨNG MINH BẰNG CHỤP CẮT CỠ PHÂN GIẢI CAO (HRCT) ĐƠN LẺ HOẶC KẾT HỢP SINH THIẾT PHỔI PHẪU THUẬT VÀ HRCT. BỆNH PHỔI KẾT HỢP VỚI BỆNH XƠ HỆ THỐNG (SSC-ILD): 1) ÍT NHẤT 10% XƠ HÓA TRÊN HRCT NGỰC VÀ 2) FVC CƠ BẢN ÍT NHẤT 40% GIÁ TRỊ DỰ KIẾN. BỆNH PHỔI KẾT XƠ MÃN TÍNH CÓ KIỂU HÌNH TIẾN TRIỂN (PF-ILD): ÍT NHẤT 10% XƠ HÓA TRÊN HRCT NGỰC.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: IPF: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ PHỔI. SSC-ILD, PF-ILD: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ PHỔI HOẶC BÁC SĨ THẤP KHỚP.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: SSC-ILD: 6 THÁNG IPF, PF-ILD: 12 THÁNG GIA HẠN (TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH): 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: IPF: 1) KHÔNG CÓ NGUYÊN NHÂN KHÁC ĐƯỢC BIẾT GÂY BỆNH PHỔI KẾT HỢP (VÍ DỤ: BỆNH MÔ LIÊN KẾT, ĐỘC TÍNH THUỐC, TIẾP XÚC VỚI AMIĂNG HOẶC BERYLIUM, VIÊM PHỔI QUÁ MÃN), AND 2) THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI THUỐC ĐƯỢC ƯU TIÊN: ESBRIET (PIRFENIDONE). SSC-ILD: KHÔNG CÓ NGUYÊN NHÂN KHÁC ĐƯỢC BIẾT GÂY BỆNH VIÊM PHỔI KẾ (VÍ DỤ: SUY TIM/QUÁ TẢI DẠNG DỊCH, ĐỘC TÍNH PHỔI DO THUỐC, VIÊM PHỔI HÍT TÁI PHÁT) PF-ILD: CHỨC NĂNG PHỔI VÀ CÁC TRIỆU CHỨNG HÔ HẤP HOẶC CHỤP HÌNH NGỰC TRỞ NÊN TRỞ NÊN/TIẾN TRIỂN MẶC DÙ ĐÃ ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC ĐƯỢC SỬ DỤNG TRONG THỰC HÀNH LÂM SÀNG CHO BỆNH ILD (KHÔNG DO CÁC BỆNH ĐI KÈM NHƯ NHIỄM TRÙNG, SUY TIM). GIA HẠN:

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
	IPF, SSC-ILD, PF-ILD: CẢI THIẾN HOẶC DUY TRÌ CÓ Ý NGHĨA LÂM SÀNG VỀ TỶ LỆ SUY GIẢM HÀNG NĂM.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

NIRAPARIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ZEJULA ORAL CAPSULE
- ZEJULA ORAL TABLET

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	UNG THƯ BUỒNG TRỨNG BIỂU MÔ, ỐNG DẪN TRỨNG, HOẶC PHỨC MẠC NGUYÊN PHÁT TÁI PHÁT: 1) ZEJULA SẼ ĐƯỢC SỬ DỤNG NHƯ MỘT LIỆU PHÁP ĐƠN, VÀ 2) ZEJULA ĐƯỢC BẮT ĐẦU KHÔNG MUỘN HƠN 8 TUẦN SAU PHÁP ĐỒ CHỨA PLATINUM GẦN ĐÂY NHẤT.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

NIRAPARIB-ABIRATERONE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- AKEEGA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT DI CĂN, KHÔNG ĐÁP ỨNG TỐT VỚI LIỆU PHÁP NỘI TIẾT TỔ (MCRPC), UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT DI CĂN NHẠY CẢM VỚI LIỆU PHÁP THIỂN HOẠN (MCSPC): 1) ĐÃ PHẪU THUẬT CẮT BỎ TINH HOÀN HAI BÊN, 2) NỒNG ĐỘ TESTOSTERONE TRIỆT SẴN (TỨC LÀ DƯỚI 50 NG/DL), HOẶC 3) SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI THUỐC TƯƠNG TỰ GIẢI PHÓNG HORMON GONADOTROPIN (GNRH)
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

NIROGACESTAT

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 50 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

NITISINONE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- nitisinone*

- ORFADIN ORAL SUSPENSION

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	BỆNH TYROSINE MÁU DI TRUYỀN LOẠI 1 (HT-1): BAN ĐẦU: CHẨN ĐOÁN ĐƯỢC XÁC NHẬN BỞI NỒNG ĐỘ SUCCINYLACETONE TRONG NƯỚC TIỂU HOẶC TRONG HUYẾT TƯƠNG TĂNG CAO HOẶC ĐỘT BIẾN TRONG GEN FUMARYLACETOACETATE HYDROLASE. GIA HẠN: NỒNG ĐỘ SUCCINYLACETONE TRONG NƯỚC TIỂU HOẶC TRONG HUYẾT TƯƠNG ĐÃ GIẢM SO VỚI BAN ĐẦU TRONG KHI ĐIỀU TRỊ BẰNG NITISINONE.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	HT-1: BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA NGƯỜI KÊ TOA VỀ CÁC BỆNH CHUYÊN HÓA DI TRUYỀN.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG, GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	HT-1: BAN ĐẦU: HUYỀN DỊCH ORFADIN: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI NITISINONE DẠNG VIÊN NÉN HOẶC VIÊN NANG.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

NIVOLUMAB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- OPDIVO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	U HẮC TỔ KHÔNG THỂ CẮT BỎ HOẶC DI CĂN: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI LIỆU PHÁP ĐỊNH HƯỚNG (TỨC LÀ CHẤT ỨC CHẾ BRAF, CHẤT ỨC CHẾ MEK VÀ CHẤT ỨC CHẾ NTRK).
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

NIVOLUMAB-HYALURONIDASE-NVHY

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- OPDIVO QVANTIG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

NIVOLUMAB-RELATLIMAB-RMBW

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- OPDUALAG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

NOGAPENDEKIN ALFA

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ANKTIVA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	40 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

OFATUMUMAB-SQ

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- KESIMPTA PEN

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

OLAPARIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- LYNPARZA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	UNG THƯ BUỒNG TRỨNG BIỂU MÔ, ỐNG DẪN TRỨNG, HOẶC PHỨC MẠC NGUYÊN PHÁT TÁI PHÁT: THUỐC SẼ ĐƯỢC SỬ DỤNG NHƯ MỘT LIỆU PHÁP ĐƠN. UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT DI CĂN, KHÔNG ĐÁP ỨNG TỐT VỚI LIỆU PHÁP NỘI TIẾT TỐ: 1) ĐÃ PHẪU THUẬT CẮT BỎ TINH HOÀN HAI BÊN, 2) NỒNG ĐỘ TESTOSTERONE TRIỆT SẴN (TỨC LÀ DƯỚI 50 NG/DL), HOẶC 3) SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI THUỐC TƯƠNG TỰ GIẢI PHÓNG HORMON GONADOTROPIN (GNRH) TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH KHÁC ĐƯỢC FDA CHẤP THUẬN ĐỀU ĐƯỢC BẢO HIỂM MÀ KHÔNG CÓ TIÊU CHÍ BỔ SUNG, NGOẠI TRỪ NHỮNG TIÊU CHÍ TRÊN NHÃN ĐÃ ĐƯỢC FDA CHẤP THUẬN.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

OLUTASIDENIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- REZLIDHIA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

OMACETAXINE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- SYNRIPO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

OMALIZUMAB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- XOLAIR

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	BAN ĐẦU: HEN SUYỄN: XÉT NGHIỆM MÁU HOẶC LẤY DA DƯƠNG TÍNH (VÍ DỤ: ELISA, FEIA) ĐỐI VỚI CHẤT GÂY DỊ ỨNG KHÔNG KHÍ LÂU NĂM VÀ NỒNG ĐỘ IGE HUYẾT THANH CƠ BẢN ÍT NHẤT 30 IU/ML. DỊ ỨNG THỰC PHẨM: 1) NỒNG ĐỘ KHÁNG THỂ IGE TRONG HUYẾT THANH TỐI THIỂU 30 IU/ML, VÀ 2) KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM CHÍCH DA DƯƠNG TÍNH VỚI ÍT NHẤT MỘT LOẠI THỰC PHẨM, HOẶC KẾT QUẢ THỬ THÁCH DỊ ỨNG THỰC PHẨM ĐƯỢC THEO DÕI Y TẾ DƯƠNG TÍNH VỚI ÍT NHẤT MỘT LOẠI THỰC PHẨM.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU/GIA HẠN: MỀ ĐAY TỰ PHÁT MÃN TÍNH (CSU): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ DỊ ỨNG, BÁC SĨ DA LIỄU HOẶC BÁC SĨ MIỄN DỊCH. BAN ĐẦU: VIÊM MŨI XOANG MÃN TÍNH CÓ POLYP MŨI (CRSWNP): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ TAI MŨI HỌNG, BÁC SĨ DỊ ỨNG HOẶC BÁC SĨ MIỄN DỊCH. HEN SUYỄN: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ CHUYÊN VỀ DỊ ỨNG HOẶC Y HỌC PHỔI. DỊ ỨNG THỰC PHẨM: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ DỊ ỨNG HOẶC MIỄN DỊCH.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU/GIA HẠN: HEN SUYỄN 12 THÁNG/12 THÁNG, CSU 6 THÁNG/12 THÁNG, CRSWNP 6 THÁNG/12 THÁNG, DỊ ỨNG THỰC PHẨM 12 THÁNG/24 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: CSU: 1) THỬ NGHIỆM VÀ DUY TRÌ HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI THUỐC KHÁNG HISTAMINE H1 THỂ HỆ THỨ HAI VÀ 2) VẮN BỊ NHIỄM HIV HOẶC PHÙ MẠCH HẦU HẾT CÁC NGÀY TRONG TUẦN TRONG ÍT NHẤT 6 TUẦN. CRSWNP: 1) THỬ NGHIỆM 56 NGÀY VỚI MỘT LOẠI CORTICOSTEROID

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
	<p>DÙNG TẠI MŨI, 2) THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI MỘT THUỐC ĐƯỢC ƯU TIÊN: NUCALA, DUPIXENT VÀ 3) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU (VÍ DỤ: CHẤT ỨC CHẾ JAK, CHẤT ỨC CHẾ PDE-4) CHO CHỈ ĐỊNH TỰ MIỄN DỊCH. HEN SUYỄN: 1) LIỆU PHÁP ĐỒNG THỜI VỚI LIỆU TRUNG BÌNH, LIỆU CAO HOẶC LIỆU DUNG NẠP TỐI ĐA CỦA CORTICOSTEROID HÍT (ICS) VÀ ÍT NHẤT MỘT LOẠI THUỐC DUY TRÌ KHÁC, VÀ 2) MỘT TRONG NHỮNG ĐIỀU SAU: (A) ÍT NHẤT MỘT ĐỢT PHÁT TRIỂN HEN SUYỄN CẦN PHẢI DỪNG LIỆU THUỐC CORTICOSTEROID TOÀN THÂN KÉO DÀI 3 NGÀY HOẶC NHIỀU HƠN TRONG VÒNG 12 THÁNG QUA HOẶC ÍT NHẤT MỘT ĐỢT TRẦM CẢM NGHIÊM TRỌNG ĐỀU PHẢI NHẬP VIỆN HOẶC ĐẾN CẤP CỨU TRONG VÒNG 12 THÁNG QUA, HOẶC (B) KIỂM SOÁT TRIỆU CHỨNG KÉM MẠC DÙ ĐANG ÁP DỤNG LIỆU PHÁP HIỆN TẠI NHƯ ĐƯỢC CHỨNG MINH BỞI ÍT NHẤT BA TRONG SỐ CÁC TRIỆU CHỨNG SAU ĐÂY TRONG VÒNG 4 TUẦN QUA: TRIỆU CHỨNG HEN SUYỄN VÀO BAN NGÀY HƠN HAI LẦN/TUẦN, BẤT KỲ ĐÊM NÀO BỊ THỨC GIẤM DO HEN SUYỄN, THUỐC GIẢM TRIỆU CHỨNG SABA HƠN HAI LẦN/TUẦN, BẤT KỲ HẠN CHẾ HOẠT ĐỘNG NÀO DO HEN SUYỄN VÀ 3) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI DUPIXENT, TEZSPIRE HOẶC THUỐC SINH HỌC CHỐNG IL5 KHI DÙNG CHO BỆNH HEN SUYỄN. DỊ ỨNG THỰC PHẨM: 1) SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI ĐƠN THUỐC TỰ TIÊM/TIÊM EPINEPHRINE, VÀ 2) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI LIỆU PHÁP MIỄN DỊCH ĐẶC TRƯNG CHO ĐẬU PHỘNG. GIA HẠN: CSU: DUY TRÌ HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI THUỐC KHÁNG HISTAMINE H1 THỂ HỆ THỨ HAI. CRSWNP: 1) LỢI ÍCH LÂM SÀNG SO VỚI BAN ĐẦU, VÀ 2) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU (VÍ DỤ: CHẤT ỨC CHẾ JAK, CHẤT ỨC CHẾ PDE-4) CHO CHỈ ĐỊNH TỰ MIỄN DỊCH. HEN SUYỄN: 1) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI DUPIXENT, TEZSPIRE HOẶC CÁC THUỐC SINH HỌC CHỐNG IL5 KHI ĐƯỢC SỬ DỤNG CHO BỆNH HEN SUYỄN, 2) TIẾP TỤC SỬ DỤNG ICS VÀ ÍT NHẤT MỘT LOẠI THUỐC DUY TRÌ KHÁC, VÀ 3) ĐÁP ỨNG LÂM SÀNG ĐƯỢC CHỨNG MINH BỞI MỘT TRONG CÁC BIỆN PHÁP SAU ĐÂY: (A) GIẢM SỐ ĐỢT PHỤC HỒI HEN SUYỄN TỪ MỨC ĐẦU, (B) GIẢM SỬ DỤNG THUỐC CỨU HỘ, (C) GIẢM MỨC ĐỘ NGHIÊM TRỌNG HOẶC TẦN SUẤT CỦA CÁC TRIỆU CHỨNG LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH HEN SUYỄN,</p>

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
	HOẶC (D) TĂNG TỶ LỆ PHẦN TRĂM FEV1 DỰ ĐOÁN TỪ GIÁ TRỊ CƠ BẢN TRƯỚC KHI ĐIỀU TRỊ. DỊ ỨNG THỰC PHẨM: 1) DỊ ỨNG THỰC PHẨM QUA IGE LIÊN TỤC, 2) SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI ĐƠN THUỐC TỰ TIÊM/TIÊM EPINEPHRINE, VÀ 3) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI LIỆU PHÁP MIỄN DỊCH ĐẶC TRƯNG CHO ĐẬU PHỘNG.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

OSIMERTINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- TAGRISSO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

OXANDROLONE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *oxandrolone*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	6 THÁNG
Tiêu Chí Khác	DI HÓA PROTEIN, ĐAU XƯƠNG: 1) ĐƯỢC THEO DÕI BỆNH VIÊM GAN, KHỐI U TẾ BÀO GAN VÀ THAY ĐỔI MỨC LIPID MÁU, 2) KHÔNG BIẾT HOẶC NGHI NGỜ: UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT HOẶC UNG THƯ VÚ Ở BỆNH NHÂN NAM, UNG THƯ VÚ Ở NỮ GIỚI BỊ TĂNG CANXI MÁU, SUY THẬN (GIAI ĐOẠN SUY THẬN CỦA VIÊM THẬN), HOẶC TĂNG CANXI MÁU, VÀ 3) KHÔNG BỊ RỐI LOẠN CHỨC NĂNG GAN NẶNG.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

PACRITINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- VONJO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	XƠ TỬY: GIA HẠN: TIẾP TỤC ĐƯỢC HƯỞNG LỢI ÍCH TỪ THUỐC
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

PALBOCICLIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- IBRANCE

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

PARATHYROID HORMONE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- NATPARA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	HẠ CANXI MÁU THỨ PHÁT DO SUY TUYẾN GIÁP ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ NỘI TIẾT.
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	HẠ CANXI MÁU THỨ PHÁT DO SUY TUYẾN GIÁP 1) THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI CALCITRIOL, 2) SUY TUYẾN CẬN GIÁP KHÔNG PHẢI DO ĐỘT BIẾN THỤ THỂ CẢM NHẬN CANXI (CSR), VÀ 3) SUY TUYẾN GIÁP KHÔNG ĐƯỢC XEM LÀ SUY TUYẾN GIÁP CẤP TÍNH SAU PHẪU THUẬT.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

PASIREOTIDE DIASPARTATE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- SIGNIFOR

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BỆNH CUSHING (CD): BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ NỘI TIẾT.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU/GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	CD: GIA HẠN: 1) TIẾP TỤC CẢI THIÊN BỆNH CUSHING VÀ 2) DUY TRÌ KHẢ NĂNG DUNG NẠP SIGNIFOR.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

PAZOPANIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *pazopanib oral tablet 200 mg, 400 mg*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	U SARCOMA MÔ MỀM TIẾN TRIỂN (STS): KHÔNG ĐƯỢC SỬ DỤNG CHO STS MỠ BẠCH HỌC HOẶC U MÔ ĐƯỜNG TIÊU HÓA (GIST)
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

PEGFILGRASTIM - APGF

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- NYVEPRIA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ HUYẾT HỌC HOẶC BÁC SĨ UNG THƯ.
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

PEGFILGRASTIM - CBQV

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- UDENYCA ONBODY

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ HUYẾT HỌC HOẶC BÁC SĨ UNG THƯ.
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	UNG THƯ KHÔNG PHẢI TỬY UDENYCA: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI THUỐC ƯU TIÊN NYVEPRIA. UDENYCA ONBODY: 1) THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI THUỐC ƯU TIÊN NYVEPRIA, HOẶC 2) RÀO CẢN TIẾP CẬN (VÍ DỤ: RÀO CẢN DU LỊCH, KHÔNG THỂ QUAY LẠI PHÒNG KHÁM ĐỂ TIÊM).
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

PEGINTERFERON ALFA-2A

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- PEGASYS

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	VIÊM GAN B: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ TIÊU HÓA, BÁC SĨ CHUYÊN VỀ BỆNH TRUYỀN NHIỄM HOẶC BÁC SĨ CHUYÊN VỀ ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN (VÍ DỤ: BÁC SĨ CHUYÊN VỀ GAN).
Thời Gian Bảo Hiểm	VIÊM GAN B/VIÊM GAN C: 48 TUẦN.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

PEGVISOMANT

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- SOMAVERT

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

PEMBROLIZUMAB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- KEYTRUDA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	U HẮC TỔ KHÔNG THỂ CẮT BỎ HOẶC DI CĂN: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI LIỆU PHÁP ĐỊNH HƯỚNG (TỨC LÀ CHẤT ỨNG CHẾ BRAF, CHẤT ỨNG CHẾ MEK VÀ CHẤT ỨNG CHẾ NTRK).
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

PEMBROLIZUMAB-BERAHYALURONIDASE ALFA-PMPH

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- KEYTRUDA QLEX

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

PEMIGATINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- PEMAZYRE

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT/ỔNG MẬT, U TỬY/U LYMPHOID: KHÁM MẮT TOÀN DIỆN, BAO GỒM CHỤP CẮT LỚP QUANG HỌC (OCT), SẼ ĐƯỢC HOÀN THÀNH TRƯỚC KHI BẮT ĐẦU LIỆU PHÁP VÀ THEO KỶ LỊCH ĐỀ XUẤT ĐƯỢC KHUYẾN NGHỊ.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

PENICILLAMINE TABLET

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *penicillamine oral tablet*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	BAN ĐẦU: CYSTINE NIỆU: BỊ SỎI THẬN VÀ MỘT TRONG NHỮNG TRIỆU CHỨNG SAU: 1) PHÂN TÍCH SỎI CHO THẤY SỰ HIỆN DIỆN CỦA CYSTINE, 2) SỰ HIỆN DIỆN CỦA CÁC TINH THỂ CYSTINE LỤC GIÁC ĐẶC TRƯNG CỦA BỆNH LÝ TRÊN PHÂN TÍCH NƯỚC TIỂU HOẶC 3) TIỀN SỬ GIA ĐÌNH BỊ SỎI NIỆU VÀ SÀNG LỌC XIANIDE-NITROPRUSSIDE DƯƠNG TÍNH.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: BỆNH WILSONS: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ GAN HOẶC TIỂU HÓA. CYSTINE NIỆU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẬN. VIÊM KHỚP DẠNG THẤP (RA): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẤP KHỚP.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 12 THÁNG, GIA HẠN: TRỌN ĐỜI.
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: BỆNH WILSONS: 1) ĐIỂM LEIPZIG 4 HOẶC HƠN. RA: 1) KHÔNG CÓ TIỀN SỬ HOẶC BẰNG CHỨNG KHÁC VỀ SUY THẬN, VÀ 2) THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH TRONG 3 THÁNG ĐIỀU TRỊ BẰNG MỘT THUỐC DMARD (THUỐC CHỐNG THẨM KHỚP ĐIỀU TRỊ BỆNH) - NẾU BỆNH NHÂN ĐÃ THỬ METHOTREXATE, THÌ CẦN THỬ NGHIỆM VỚI LIỀU LƯỢNG LỚN HƠN HOẶC BẰNG 20 MG MỖI TUẦN HOẶC LIỀU DUNG NÁP TỐI ĐA. GIA HẠN: RA: 1) KHÔNG CÓ TIỀN SỬ HOẶC BẰNG CHỨNG KHÁC VỀ SUY THẬN, VÀ 2) ĐÃ TRẢ NGHIỆM HOẶC DUY TRÌ SỰ CẢI THIẾN SỐ LƯỢNG KHỚP ĐAU HOẶC SỐ LƯỢNG KHỚP SƯNG SO VỚI BAN ĐẦU. BỆNH WILSONS, CYSTINE NIỆU: TIẾP TỤC ĐƯỢC HƯỞNG LỢI ÍCH TỪ THUỐC.

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

PEXIDARTINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- TURALIO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

PIMAVANSERIN

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- NUPLAZID

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	RỐI LOẠN TÂM THẦN Ở BỆNH PARKINSON (PD): BAN ĐẦU: 18 TUỔI TRỞ LÊN
Giới Hạn Người Kê Toa	RỐI LOẠN TÂM THẦN Ở PD: BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẦN KINH, BÁC SĨ LÃO KHOA HOẶC BÁC SĨ CHUYÊN GIA SỨC KHỎE HÀNH VI (VÍ DỤ: BÁC SĨ TÂM THẦN).
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU/GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	RỐI LOẠN TÂM THẦN Ở PD: GIA HẠN: SỰ CẢI THIẾN CÁC TRIỆU CHỨNG RỐI LOẠN TÂM THẦN BAN ĐẦU VÀ CHỨNG MINH NHU CẦU ĐIỀU TRỊ LIÊN TỤC.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

PIRFENIDONE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *pirfenidone oral capsule*
- *pirfenidone oral tablet 267 mg, 534 mg, 801 mg*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	XƠ PHỔI VÔ CĂN (IPF): BAN ĐẦU: MỘT MẪU VIÊM PHỔI KẼ THƯỜNG GẶP (UIP) ĐƯỢC CHỨNG MINH BẰNG CHỤP CẮT CỠ PHÂN GIẢI CAO (HRCT) ĐƠN LẺ HOẶC KẾT HỢP SINH THIẾT PHỔI PHẪU THUẬT VÀ HRCT.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	IPF: BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ PHỔI.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU/GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	IPF: BAN ĐẦU: 1) KHÔNG CÓ NGUYÊN NHÂN KHÁC ĐƯỢC BIẾT GÂY BỆNH PHỔI KẾT HỢP (VÍ DỤ: BỆNH MÔ LIÊN KẾT, ĐỘC TÍNH THUỐC, TIẾP XÚC VỚI AMIĂNG HOẶC BERYLLIUM, VIÊM PHỔI QUÁ MẶN, BỆNH XƠ CỨNG BÌ HỆ THỐNG, VIÊM KHỚP DẠNG THẤP, XẠ TRỊ, BỆNH U HẠT, VIÊM TIỂU PHÉ QUẢN TẮC NGHẼN TỔ CHỨC PHỔI, NHIỄM VIRUS SUY GIẢM MIỄN DỊCH Ở NGƯỜI (HIV), VIÊM GAN DO VIRUS HOẶC UNG THƯ). GIA HẠN: CẢI THIỆN HOẶC DUY TRÌ CÓ Ý NGHĨA LÂM SÀNG VỀ TỶ LỆ SUY GIẢM HÀNG NĂM.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

PIRTOBRUTINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG,
50 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

POMALIDOMIDE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- POMALYST

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

PONATINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ICLUSIG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	BỆNH BẠCH CẦU MÃN TÍNH DÒNG TỬY (CML): PHÂN TÍCH ĐỘT BIẾN TRƯỚC KHI BẮT ĐẦU VÀ ICLUSIG PHÙ HỢP VỚI BẢNG HƯỚNG DẪN CỦA NCCN CHO CÁC KHUYẾN NGHỊ ĐIỀU TRỊ DỰA TRÊN HỒ SƠ ĐỘT BIẾN BCR-ABL1.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

POSACONAZOLE TABLET

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec)*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	TIẾP TỤC ĐIỀU TRỊ SAU KHI XUẤT VIỆN, DỰ PHÒNG: 6 THÁNG ĐIỀU TRỊ: 12 TUẦN.
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

PRALSETINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- GAVRETO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

PYRIMETHAMINE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *pyrimethamine*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	TOXOPLASMOSIS: BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ CHUYÊN GIA VỀ BỆNH TRUYỀN NHIỄM.
Thời Gian Bảo Hiểm	TOXOPLASMOSIS: BAN ĐẦU: 8 TUẦN, GIA HẠN: 6 THÁNG
Tiêu Chí Khác	TOXOPLASMOSIS: GIA HẠN: MỘT TRONG NHỮNG ĐIỀU SAU: (1) BỆNH LÂM SÀNG LIÊN TỤC (ĐAU ĐẦU, TRIỆU CHỨNG THẦN KINH HOẶC SỐT) VÀ BỆNH X-quang LIÊN TỤC (MỘT HOẶC NHIỀU TỔN THƯƠNG KHỐI LƯỢNG TRÊN HÌNH ẢNH NÃO), HOẶC (2) SỐ LƯỢNG CD4 DƯỚI 200 TẾ BÀO/MM ³ VÀ HIỆN ĐANG DÙNG THUỐC CHỐNG VIRUS NẾU HIV DƯƠNG TÍNH.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

QUININE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *quinine sulfate*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

QUIZARTINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- VANFLYTA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

REGORAFENIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- STIVARGA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

RELUGOLIX

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ORGOVYX

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

REPOTRECTINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG, 40 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

RESMETIROM

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- REZDIFFRA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	VIÊM GAN NHIỄM MỠ KHÔNG DO RƯỢU BIA (NASH): BAN ĐẦU: CHẨN ĐOÁN ĐƯỢC XÁC NHẬN BẰNG SINH THIẾT HOẶC XÉT NGHIỆM KHÔNG XÂM LẤN, ĐÃ THU ĐƯỢC TRONG 12 THÁNG QUA, CHỨNG MINH: 1) XƠ GAN GIAI ĐOẠN 2 HOẶC 3, HOẶC 2) ĐIỂM HOẠT ĐỘNG CỦA BỆNH GAN NHIỄM MỠ KHÔNG DO RƯỢU BIA (NAFLD) TỪ 4 TRỞ LÊN.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	NASH: BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ GAN, BÁC SĨ TIỂU HÓA, HOẶC BÁC SĨ NỘI TIẾT.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU/GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	NASH: GIA HẠN: VẪN TIẾP TỤC BỊ GAN NHIỄM MỠ KHÔNG DO RƯỢU CÓ VIÊM VÀ TỔN THƯƠNG TẾ BÀO GAN NHƯNG CHƯA XƠ GAN VỚI XƠ GAN TỪ MỨC ĐỘ TRUNG BÌNH ĐẾN NẶNG (PHÙ HỢP VỚI GIAI ĐOẠN XƠ F2 ĐẾN F3).
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

RETIFANLIMAB-DLWR

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ZYNYZ

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

REVUMENIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG, 160 MG, 25 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

RIBOCICLIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 400 MG/DAY (200 MG X 2), 600 MG/DAY (200 MG X 3)

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

RIBOCICLIB-LETROZOLE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL 2.5 MG, 600 MG/DAY(200 MG X 3)-
TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)- 2.5 MG
2.5 MG, 400 MG/DAY(200 MG X 2)-

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

RIFAXIMIN

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG, 550 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	TIÊU CHẢY DU LỊCH, BỆNH NÃO GAN (HE): 12 THÁNG IBS-D: 8 TUẦN.
Tiêu Chí Khác	HE: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI LACTULOSE HOẶC LIỆU PHÁP LACTULOSE ĐỒNG THỜI.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

RILONACEPT

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ARCALYST

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	<p>HỘI CHỨNG ĐỊNH KỲ LIÊN QUAN ĐẾN CRYOPYRIN (CAPS): 1) MỘT TRONG NHỮNG ĐIỀU SAU ĐÂY: (A) XÉT NGHIỆM DI TRUYỀN CHO CÁC ĐỘT BIẾN CHỨC NĂNG TĂNG TRƯỞNG TRONG GEN NLRP3, HOẶC (B) CÓ DẤU HIỆU VIÊM (TỨC LÀ, CRP, ESR, PROTEIN AMYLOID A TRONG HUYẾT THANH (SAA) TĂNG CAO) HOẶC PROTEIN S100), VÀ 2) HAI TRONG SỐ NHỮNG ĐIỀU SAU: PHÁT BAN GIỐNG MỀ ĐAY (VIÊM DA BẠCH CẦU TRUNG TÍNH), CƠN CẢM LẠNH, MẮT THÍNH LỰC THẦN KINH CẢM GIÁC, TRIỆU CHỨNG CƠ XƯƠNG KHỚP, VIÊM MÀNG NÃO KHÔNG DO VI KHUẨN MÃN TÍNH, BẤT THƯỜNG VỀ XƯƠNG. THIẾU CHẤT ĐỐI KHÁNG THỂ INTERLEUKIN-1 (DIRA): 1) MỘT TRONG NHỮNG ĐIỀU SAU: (A) XÉT NGHIỆM DI TRUYỀN CHO CÁC ĐỘT BIẾN CHỨC NĂNG TĂNG TRƯỞNG TRONG GEN IL1RN, HOẶC (B) CÓ DẤU HIỆU VIÊM (TỨC LÀ CRP TĂNG, ESR), VÀ 2) MỘT TRONG NHỮNG ĐIỀU SAU: PHÁT BAN GIỐNG VỚI VẢY NẸN THỂ MỦ, VIÊM TỦY XƯƠNG, VIÊM XƯƠNG TỦY KHÔNG DO VI KHUẨN, BONG MÓNG. VIÊM MÀNG NGOÀI TIM TÁI PHÁT (RP): HAI TRONG SỐ NHỮNG ĐIỀU SAU ĐÂY: ĐAU NGỰC LIÊN QUAN ĐẾN VIÊM MÀNG NGOÀI TIM, TIẾNG CỌ MÀNG NGOÀI TIM, ĐIỆN TÂM ĐỒ CHO THẤY ĐOẠN ST TRÊN CAO HOẶC ĐOẠN PR TRỒNG LÂY LAN, TRẦN DỊCH MÀNG NGOÀI TIM MỚI HOẶC NGÀY Càng NẶNG HƠN.</p>
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	CAPS, DIRA: TRỌN ĐỜI. RP: 12 THÁNG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Khác	CAPS: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ NHẪM MỤC TIÊU (VÍ DỤ: CHẤT ỨC CHẾ JAK, CHẤT ỨC CHẾ PDE-4) CHO CAPS. DIRA: 1) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ NHẪM MỤC TIÊU CHO DIRA, VÀ 2) THỬ NGHIỆM CHẤT ƯU TIÊN: KINERET. RP: 1) ĐÃ BỊ MỘT ĐOẠN VIÊM MỖ CƠ TIM CẤP TÍNH, 2) KHÔNG CÓ TRIỆU CHỨNG TRONG 4 ĐẾN 6 TUẦN VÀ 3) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ MỤC TIÊU CHO RP.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

RIMEGEPANT

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- NURTEC ODT

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	ĐIỀU TRỊ ĐAU NỬA ĐẦU CẤP TÍNH: BAN ĐẦU: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI MỘT LOẠI THUỐC TRIPTAN (VÍ DỤ: SUMATRIPTAN, RIZATRIPTAN). BAN ĐẦU/GIA HẠN: KHÔNG ĐƯỢC SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC THUỐC ỨC CHẾ CGRP KHÁC ĐỂ ĐIỀU TRỊ ĐAU NỬA ĐẦU CẤP TÍNH. GIA HẠN: 1) CẢI THIẾN SO VỚI MỨC BAN ĐẦU TRONG BẢNG CẦU HỎI ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CẤP TÍNH DO BỆNH NHÂN TỰ BÁO CÁO, HOẶC 2) LIỆU PHÁP CÓ HIỆU QUẢ ỔN ĐỊNH TRONG PHẦN LỚN CÁC CƠN ĐAU NỬA ĐẦU. PHÒNG NGỪA ĐAU NỬA ĐẦU TỪNG CẤP ĐỘ: BAN ĐẦU/GIA HẠN: KHÔNG ĐƯỢC SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC THUỐC ỨC CHẾ CGRP KHÁC ĐỂ PHÒNG NGỪA CHỨNG ĐAU NỬA ĐẦU. GIA HẠN: GIẢM TẦN SUẤT, MỨC ĐỘ NGHIÊM TRỌNG HOẶC THỜI GIAN ĐAU ĐẦU DO ĐAU NỬA ĐẦU KHI ĐIỀU TRỊ.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

RIOCIQUAT

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ADEMPAS

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	BAN ĐẦU: TĂNG HUYẾT ÁP ĐỘNG MẠCH PHỔI (PAH): CHẨN ĐOÁN ĐƯỢC XÁC NHẬN BẰNG CÁCH ĐẶT THÔNG TIM PHẢI VỚI CÁC THÔNG SỐ SAU: 1) ÁP LỰC ĐỘNG MẠCH PHỔI TRUNG BÌNH (PAP) LỚN HƠN 20 MMHG, 2) ÁP SUẤT MÁU MẠCH PHỔI (PCWP) 15 MMHG HOẶC ÍT HƠN, VÀ 3) SỨC CẢN MẠCH PHỔI (PVR) LỚN HƠN 2 ĐƠN VỊ WOOD TĂNG HUYẾT ÁP PHỔI MÃN TÍNH DO THROMBOEMBOLY THẮC MẠN TÁI PHÁT (CTEPH) (NHÓM 4 CỦA WHO): TRIỆU CHỨNG CHỨC NĂNG LOẠI II-IV CỦA WHO.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: PAH, CTEPH: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ TIM MẠCH HOẶC BÁC SĨ PHỔI.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU/GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: PAH: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI NITRAT, CHẤT CHO NITRIC OXIT, CHẤT ỨC CHẾ PHOSPHODIESTERASE (PDE) HOẶC CHẤT ỨC CHẾ PDE KHÔNG ĐẶC HIỆU. CTEPH: 1) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI NITRAT, CHẤT CHO NITRIC OXIT, CHẤT ỨC CHẾ PHOSPHODIESTERASE (PDE) HOẶC CHẤT ỨC CHẾ PDE KHÔNG ĐẶC HIỆU, AND 2) KHÔNG PHẢI LÀ ỨNG VIÊN PHẪU THUẬT HOẶC CTEPH KHÔNG THỂ HOẠT ĐỘNG HOẶC BỆNH TẬT LIÊN TỤC HOẶC TÁI PHẪU SAU KHI ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT. GIA HẠN: PAH, CTEPH: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI NITRAT, CHẤT CHO NITRIC OXIT, CHẤT ỨC CHẾ PHOSPHODIESTERASE (PDE) HOẶC CHẤT ỨC CHẾ PDE KHÔNG ĐẶC HIỆU.

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

RIPRETINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- QINLOCK

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

RISANKIZUMAB-RZAA

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- SKYRIZI

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	BAN ĐẦU: BỆNH VẢY NẾN MẢNG BÓNG (PSO): BỆNH VẢY NẾN MẢNG BAO PHỦ 3 PHẦN TRĂM TRỞ LÊN DIỆN TÍCH BỀ MẶT CƠ THỂ HOẶC TỔN THƯƠNG VẢY NẾN ẢNH HƯỞNG ĐẾN TAY, CHÂN, MẶT, DA ĐẦU HOẶC VÙNG SINH DỤC.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: PSO: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ DA LIỄU. VIÊM KHỚP VẢY NẾN (PSA): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẤP KHỚP HOẶC BÁC SĨ DA LIỄU. BỆNH CROHN (CD), VIÊM LOÉT ĐẠI TRẰNG (UC): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ TIÊU HÓA.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: PSO: 1) THỬ NGHIỆM ÍT NHẤT 3 THÁNG MỘT THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH UỐNG (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) HOẶC LIỆU PHÁP PUVA (Quang hóa trị liệu), 2) CHỐNG CHỈ ĐỊNH HOẶC KHÔNG DUNG NẠP CẢ THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH VÀ PUVA, HOẶC 3) BỆNH NHÂN ĐANG CHUYỂN TỪ THUỐC SINH HỌC KHÁC, THUỐC ỨC CHẾ PDE-4 HOẶC THUỐC ỨC CHẾ JAK CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. BAN ĐẦU/GIA HẠN: TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU (VÍ DỤ: CHẤT ỨC CHẾ JAK, CHẤT ỨC CHẾ PDE-4) CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. GIA HẠN: PSO, PSA: TIẾP TỤC ĐƯỢC HƯỞNG LỢI ÍCH TỪ THUỐC.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

RITUXIMAB AND HYALURONIDASE HUMAN-SQ

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- RITUXAN HYCELA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	U LYMPHO NANG (FL), U LYMPHO TẾ BÀO B LỚN LAN TỎA (DLBCL), BỆNH BẠCH CẦU LYMPHO MẠN TÍNH (CLL): 1) ĐÃ HOẶC SẼ ĐƯỢC TRUYỀN TÍNH MẠCH ÍT NHẤT MỘT LIỀU ĐẦY ĐỦ SẢN PHẨM RITUXIMAB TRƯỚC KHI BẮT ĐẦU ĐIỀU TRỊ BẰNG RITUXIMAB VÀ HYALURONIDASE, VÀ 2) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI THUỐC SINH HỌC TOÀN THÂN HOẶC PHÂN TỬ NHỎ NHẪM MỤC TIÊU KHÁC (VÍ DỤ: THUỐC ỨC CHẾ JAK, THUỐC ỨC CHẾ PDE-4) CHO CÙNG CHỈ ĐỊNH.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

RITUXIMAB-ABBS

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- TRUXIMA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: VIÊM KHỚP DẠNG THẤP (RA): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẤP KHỚP. U LYMPHO KHÔNG HODGKIN (NHL), BỆNH BẠCH CẦU LYMPHOCYTIC MÃN TÍNH (CLL): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ UNG THƯ.
Thời Gian Bảo Hiểm	RA: BAN ĐẦU: 6 THÁNG, GIA HẠN: 12 THÁNG NHL, GPA, MPA, PV: 12 THÁNG CLL: 6 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU (VÍ DỤ: CHẤT ỨC CHẾ JAK, CHẤT ỨC CHẾ PDE-4) CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. RA: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI HAI THUỐC ĐƯỢC ƯU TIÊN SAU ĐÂY: HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA. GIA HẠN: RA: 1) TIẾP TỤC HƯỞNG LỢI ÍCH TỪ THUỐC VÀ 2) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ..
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

ROPEGINTERFERON ALFA-2B-NJFT

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- BESREMI

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

RUCAPARIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- RUBRACA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT DI CĂN, KHÔNG ĐÁP ỨNG TỐT VỚI LIỆU PHÁP NỘI TIẾT TỐ: 1) ĐÃ PHẪU THUẬT CẮT BỎ TINH HOÀN HAI BÊN, 2) NỒNG ĐỘ TESTOSTERONE TRIỆT SẢN (TỨC LÀ DƯỚI 50 NG/DL), HOẶC 3) SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI THUỐC TƯƠNG TỰ GIẢI PHÓNG HORMON GONADOTROPIN (GNRH)
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

RUXOLITINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- JAKAFI

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	XƠ TỬY: BAN ĐẦU: 6 THÁNG, GIA HẠN: 12 THÁNG ĐA HỒNG CẦU, GVHD: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: BỆNH GHÉP MÃN TÍNH VỚI VẬT CHỦ (CGVHD): KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI REZUROCK, NIKTIMVO HOẶC IMBRUVICA. GIA HẠN: XƠ TỬY: TIẾP TỤC ĐƯỢC HƯỞNG LỢI ÍCH TỪ THUỐC. CGVHD: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI REZUROCK, NIKTIMVO HOẶC IMBRUVICA.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

SAPROPTERIN

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *javygtor oral tablet, soluble*
- *sapropterin oral tablet, soluble*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 2 THÁNG, GIA HẠN 12 THÁNG.
Tiêu Chí Khác	TĂNG PHENYLALANIN MÁU (HPA): BAN ĐẦU: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI PALYNZIQ. GIA HẠN: 1) TIẾP TỤC ĐƯỢC HƯỞNG LỢI ÍCH TỪ VIỆC ĐIỀU TRỊ VÀ 2) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI PALYNZIQ.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

SECUKINUMAB SQ

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 (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	BAN ĐẦU: BỆNH VẢY NÉN MẢNG BÓNG (PSO): BỆNH VẢY NÉN BAO PHỦ 3 PHẦN TRĂM TRỞ LÊN DIỆN TÍCH BỀ MẶT CƠ THỂ HOẶC TỔN THƯƠNG VẢY NÉN ẢNH HƯỞNG ĐẾN TAY, CHÂN, VÙNG SINH DỤC, DA ĐẦU HOẶC MẶT. VIÊM KHỚP CỘT SỐNG TRỰC KHÔNG THẤY TRÊN X-QUANG (NR-AXSPA): 1) NỒNG ĐỘ PROTEIN PHẢN ỨNG C (CRP) VƯỢT QUÁ GIỚI HẠN TRÊN CỦA MỨC BÌNH THƯỜNG HOẶC 2) VIÊM KHỚP CÙNG CHẬU TRÊN CHỤP CỘNG HƯỞNG TỬ (MRI).
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: PSO, VIÊM TUYẾN MỒ HÔI MỦ (HS): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ DA LIỄU. VIÊM KHỚP VẢY NÉN (PSA): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẤP KHỚP HOẶC BÁC SĨ DA LIỄU. VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP (AS), NR-AXSPA, VIÊM KHỚP LIÊN QUAN ĐẾN VIÊM BAO KHỚP (ERA): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẤP KHỚP.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: HS: 12 THÁNG, TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH KHÁC: 6 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: PSO: 1) THỬ NGHIỆM ÍT NHẤT 3 THÁNG MỘT THUỐC ỨNG CHẾ MIỄN DỊCH UỐNG (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) HOẶC LIỆU PHÁP PUVA (QUANG HÓA TRỊ LIỆU), 2) CHỐNG CHỈ ĐỊNH HOẶC KHÔNG DUNG NẠP CẢ THUỐC ỨNG CHẾ MIỄN DỊCH VÀ PUVA, HOẶC 3) BỆNH NHÂN ĐANG CHUYỂN TỪ THUỐC SINH HỌC KHÁC, THUỐC ỨNG CHẾ PDE-4 HOẶC THUỐC ỨNG CHẾ JAK CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. AS, NR-AXSPA: THỬ NGHIỆM HOẶC

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
	CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI THUỐC NSAID. ERA: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI MỘT THUỐC NSAID, SULFASALAZINE HOẶC METHOTREXATE. BAN ĐẦU/GIA HẠN: TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU (VÍ DỤ: CHẤT ỨC CHẾ JAK, CHẤT ỨC CHẾ PDE-4) CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. GIA HẠN: TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH: TIẾP TỤC ĐƯỢC HƯỞNG LỢI ÍCH TỪ THUỐC.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

SELEXIPAG

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG
- UPTRAVI ORAL TABLETS, DOSE PACK

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	TĂNG HUYẾT ÁP ĐỘNG MẠCH PHỔI (PAH): BAN ĐẦU: CHẨN ĐOÁN ĐƯỢC XÁC NHẬN BẰNG CÁCH ĐẶT THÔNG TIM PHẢI VỚI CÁC THÔNG SỐ SAU: 1) ÁP LỰC ĐỘNG MẠCH PHỔI TRUNG BÌNH (PAP) LỚN HƠN 20 MMHG, 2) ÁP SUẤT MÁU MẠCH PHỔI (PCWP) 15 MMHG HOẶC ÍT HƠN, VÀ 3) SỨC CẢN MẠCH PHỔI (PVR) LỚN HƠN 2 ĐƠN VỊ WOOD
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	PAH: BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ TIM MẠCH HOẶC BÁC SĨ PHỔI.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU/GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	PAH: BAN ĐẦU: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI HAI THUỐC SAU ĐÂY TỪ CÁC NHÓM THUỐC KHÁC NHAU: 1) PHIÊN BẢN CÔNG THỨC CỦA CHẤT ĐỐI KHÁNG THỂ THỂ ENTOHELIN DÙNG ĐƯỜNG UỐNG, 2) PHIÊN BẢN CÔNG THỨC CỦA CHẤT ỨC CHẾ PHOSPHODIESTERASE TYPE-5 DÙNG ĐƯỜNG UỐNG CHO PAH, 3) PHIÊN BẢN CÔNG THỨC CỦA CHẤT KÍCH THÍCH CGMP DÙNG ĐƯỜNG UỐNG.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

SELINEXOR

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (10 MG X 4), 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), 80 MG/WEEK (80 MG X 1), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

SELPERCATINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG
- RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 40 MG, 80 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

SELUMETINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG
- KOSELUGO ORAL CAPSULE, SPRINKLE 5 MG, 7.5 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

SEVABERTINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- HYRNUO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

SILDENAFIL TABLET

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	TĂNG HUYẾT ÁP ĐỘNG MẠCH PHỔI (PAH): BAN ĐẦU: TUỔI TỪ 18 TUỔI TRỞ LÊN: CHẨN ĐOÁN ĐƯỢC XÁC NHẬN BẰNG CÁCH ĐẶT THÔNG TIM PHẢI VỚI CÁC THÔNG SỐ SAU: 1) ÁP LỰC ĐỘNG MẠCH PHỔI TRUNG BÌNH (PAP) LỚN HƠN 20 MMHG, 2) ÁP SUẤT MÁU MẠCH PHỔI (PCWP) 15 MMHG HOẶC ÍT HƠN, VÀ 3) SỨC CẢN MẠCH PHỔI (PVR) LỚN HƠN 2 ĐƠN VỊ WOOD TUỔI TỪ 1 ĐẾN 17 TUỔI: CHẨN ĐOÁN ĐƯỢC XÁC NHẬN BẰNG VIỆC ĐẶT THÔNG TIN TIM PHẢI VỚI CÁC THÔNG SỐ SAU: 1) PAP TRUNG BÌNH LỚN HƠN 20 MMHG, 2) PCWP 15 MMHG HOẶC ÍT HƠN, VÀ 3) PVR 3 ĐƠN VỊ WOOD HOẶC LỚN HƠN.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	PAH: BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ TIM MẠCH HOẶC BÁC SĨ PHỔI.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU/GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	PAH: BAN ĐẦU/GIA HẠN: 1) KHÔNG ĐƯỢC SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI HOẶC LIÊN TỤC CÁC THUỐC ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN CƯƠNG DƯỠNG ĐƯỜNG UỐNG (VÍ DỤ: CIALIS, VIAGRA) HOẶC BẤT KỲ NITRAT HỮU CƠ NÀO DƯỚI BẤT KỲ DẠNG NÀO VÀ 2) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC CHẤT KÍCH THÍCH GUANYLATE CYCLASE.
Chỉ Định	Tất cả các chỉ định được chấp nhận về mặt y khoa.
Sử Dụng Thuốc Không	

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

SIPONIMOD

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG, 1 MG, 2 MG
- MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT)
- MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT)

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

SIROLIMUS PROTEIN-BOUND

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- FYARRO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

SODIUM OXYBATE-XYREM

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *sodium oxybate*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: CƠN SỤP CƠ TRONG CHỨNG NGỦ RŨ, NGỦ QUÁ MỨC VÀO BAN NGÀY (EDS) TRONG CHỨNG NGỦ RŨ: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẦN KINH, BÁC SĨ TÂM THẦN HOẶC CHUYÊN GIA VỀ GIẤC NGỦ
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: EDS TRONG CHỨNG NGỦ RŨ: 1) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI THUỐC AN THẦN GÂY NGỦ, VÀ 2) CHỈ DÀNH CHO NGƯỜI TỪ 18 TUỔI TRỞ LÊN: THỬ NGHIỆM, THẤT BẠI HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI BẤT KỲ PHIÊN BẢN NÀO TRONG DANH MỤC THUỐC CỦA MODAFINIL, ARMODAFINIL HOẶC SUNOSI VÀ MỘT LOẠI THUỐC KÍCH THÍCH CHUNG ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH CHO CHỨNG RỐI LOẠN VẬN ĐỘNG QUÁ MỨC Ở BỆNH NHÂN NGỦ RŨ. CƠN SỤP CƠ TRONG CHỨNG NGỦ RŨ: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI THUỐC AN THẦN. GIA HẠN: CƠN SỤP CƠ TRONG CHỨNG NGỦ RŨ, NEDS TRONG CHỨNG NGỦ RŨ: 1) CẢI THIỆN BỀN VỮNG CÁC TRIỆU CHỨNG SO VỚI BAN ĐẦU VÀ 2) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI THUỐC AN THẦN.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không	

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

SOFOSBUVIR/VELPATASVIR

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG, 200-50 MG
- EPCLUSA ORAL TABLET

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	NỒNG ĐỘ RNA HCV TRONG VÒNG 6 THÁNG QUA.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	TIÊU CHÍ SẼ ĐƯỢC ÁP DỤNG PHÙ HỢP VỚI HƯỚNG DẪN HIỆN HÀNH CỦA AASLD/IDSA.
Tiêu Chí Khác	1) TIÊU CHÍ SẼ ĐƯỢC ÁP DỤNG PHÙ HỢP VỚI HƯỚNG DẪN HIỆN HÀNH CỦA AASLD/IDSA, VÀ 2) KHÔNG ĐANG DÙNG ĐỒNG THỜI BẤT KỲ THUỐC NÀO SAU ĐÂY: AMIODARONE, CARBAMAZEPINE, PHENYTOIN, PHENOBARBITAL, OXCARBAZEPINE, RIFAMPIN, RIFABUTIN, RIFAPENTINE, Phác đồ điều trị HIV có chứa EFAVIRENZ, ROSUVASTATIN AT DOSES ABOVE 10MG, TIPRANAVIR/RITONAVIR, TOPOTECAN, SOVALDI (NHƯ MỘT THUỐC ĐƠN LẺ), HARVONI, ZEPATIER, MAVYRET, HOẶC VOSEVI, VÀ 3) BỆNH NHÂN BỊ XƠ GAN MẮT BÙ CẦN PHẢI DỪNG RIBAVIRIN ĐỒNG THỜI TRỪ KHI RIBAVIRIN KHÔNG ĐỦ ĐIỀU KIỆN.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

SOFOSBUVIR/VELPATASVIR/VOXILAPREVIR

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- VOSEVI

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	NỒNG ĐỘ RNA HCV TRONG VÒNG 6 THÁNG QUA
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	TIÊU CHÍ SẼ ĐƯỢC ÁP DỤNG PHÙ HỢP VỚI HƯỚNG DẪN HIỆN HÀNH CỦA AASLD/IDSA.
Tiêu Chí Khác	1) TIÊU CHÍ SẼ ĐƯỢC ÁP DỤNG PHÙ HỢP VỚI HƯỚNG DẪN HIỆN HÀNH CỦA AASLD/IDSA, VÀ 2) KHÔNG ĐANG DÙNG ĐỒNG THỜI BẤT KỲ THUỐC NÀO SAU ĐÂY: AMIODARONE, CARBAMAZEPINE, PHENYTOIN, PHENOBARBITAL, OXCARBAZEPINE, RIFAMPIN, RIFABUTIN, RIFAPENTINE, CYCLOSPORINE, PITAVASTATIN, PRAVASTATIN (LIỀU TRÊN 40MG), ROSUVASTATIN, METHOTREXATE, MITOXANTRONE, IMATINIB, IRINOTECAN, LAPATINIB, SULFASALAZINE, TOPOTECAN, OR HIV REGIMEN THAT CONTAINS EFAVIRENZ, ATAZANAVIR, LOPINAVIR, TIPRANAVIR/RITONAVIR, SOVALDI (DƯỚI DẠNG THUỐC ĐƠN), EPCLUSA, HARVONI, ZEPATIER, HOẶC MÁVYRET, VÀ 3) KHÔNG BỊ SUY GAN VỪA HOẶC NẶNG (CHILD-PUGH B HOẶC C).
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

SOMATROPIN - NORDITROPIN

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- NORDITROPIN FLEXPPO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	BAN ĐẦU/GIA HẠN: TĂNG CƯỜNG THỂ THAO, CHỐNG LÃO HÓA.
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	<p>BAN ĐẦU: THIẾU HORMONE TĂNG TRƯỞNG Ở TRẺ EM (GHD), THÂN THON THẤP BỆNH LÝ (ISS), NHỎ VỚI TUỔI THAI (SGA), HỘI CHỨNG NOONAN: CHIỀU CAO ÍT NHẤT 2 LỆCH CHUẨN DƯỚI CHIỀU CAO TRUNG BÌNH CỦA TRẺ EM CÙNG ĐỘ TUỔI VÀ GIỚI TÍNH. HỘI CHỨNG TURNER (TS): ĐƯỢC XÁC NHẬN BẰNG PHÂN TÍCH NHIỄM SẮC THỂ (CARYOTYPING). HỘI CHỨNG PRADER WILLI (PWS): CHẨN ĐOÁN DI TRUYỀN ĐƯỢC XÁC NHẬN CỦA PWS. GHD NGƯỜI LỚN: 1) MẮC BỆNH BẨM SINH, DI TRUYỀN HOẶC CƠ THỂ (VÍ DỤ U SỌ HẦU, GIẢM SẢN TUYẾN YẾN, TUYẾN YẾN SAU LẠC CHỖ, XẠ TRỊ SỌ TRƯỚC ĐÓ), HOẶC 2) GHD ĐƯỢC XÁC NHẬN BỞI MỘT TRONG CÁC XÉT NGHIỆM KÍCH THÍCH HORMONE TĂNG TRƯỞNG (GH) SAU ĐÂY: (A) XÉT NGHIỆM DUNG NẠP INSULIN (GH ĐỈNH CAO 5 NG/ML HOẶC ÍT HƠN), (B) XÉT NGHIỆM KÍCH THÍCH GLUCAGON (MỘT TRONG CÁC XÉT NGHIỆM SAU: (I) ĐÁP ỨNG ĐỈNH CAO 3 NG/ML HOẶC ÍT HƠN VÀ BMI DƯỚI 25 KG/M², (II) ĐÁP ỨNG ĐỈNH CAO 3 NG/ML HOẶC ÍT HƠN VÀ BMI TỪ 25 - 30 KG/M² VỚI XÁC SUẤT TRƯỚC XÉT NGHIỆM, (III) ĐÁP ỨNG ĐỈNH CAO 1 NG/ML HOẶC ÍT HƠN VÀ BMI TỪ 25 - 30 KG/M² VỚI XÁC SUẤT XÉT NGHIỆM THẤP, HOẶC (IV) ĐÁP ỨNG ĐỈNH CAO 1 NG/ML HOẶC ÍT HƠN VÀ BMI LỚN HƠN 30 KG/M²), HOẶC (C) XÉT NGHIỆM MACIMORELIN (GH ĐỈNH CAO LÀ 2.8 NG/ML HOẶC ÍT HƠN).</p>
Giới Hạn Độ Tuổi	SGA: 2 TUỔI TRỞ LÊN.
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU/GIA HẠN: TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ NỘI TIẾT.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU/GIA HẠN: 12 THÁNG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Khác	<p>BAN ĐẦU: GHD Ở TRẺ EM, ISS, SGA, TS, HỘI CHỨNG NOONAN: ĐẦU XƯƠNG MỎ ĐƯỢC XÁC NHẬN BỞI CHỤP X-QUANG CỔ TAY VÀ BÀN TAY. BAN ĐẦU/GIA HẠN: GHD Ở NGƯỜI LỚN, GHD Ở TRẺ EM, SGA, TS, PWS, HỘI CHỨNG NOONAN: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI INCRELEX. GIA HẠN: ISS: 1) CẢI THIỆN TRONG KHI ĐIỀU TRỊ (TĂNG CHIỀU CAO HOẶC TỐC ĐỘ PHÁT TRIỂN TĂNG), VÀ 2) ĐẦU XƯƠNG MỎ ĐƯỢC XÁC NHẬN BỞI CHỤP X-QUANG CỔ TAY VÀ BÀN TAY. GHD Ở TRẺ EM, SGA, TS, HỘI CHỨNG NOONAN: 1) CẢI THIỆN TRONG KHI ĐIỀU TRỊ (TĂNG CHIỀU CAO HOẶC TỐC ĐỘ PHÁT TRIỂN TĂNG), VÀ 2) ĐẦU XƯƠNG MỎ ĐƯỢC XÁC NHẬN BỞI CHỤP X-QUANG CỔ TAY VÀ BÀN TAY HOẶC CHƯA HOÀN THÀNH QUÁ TRÌNH PHÁT TRIỂN TRƯỚC TUỔI DẬY THÌ. PWS: CẢI THIỆN THÀNH PHẦN CƠ THỂ.</p>
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

SOMATROPIN - SEROSTIM

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- SEROSTIM SUBCUTANEOUS
RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	BAN ĐẦU/GIA HẠN: TĂNG CƯỜNG THỂ THAO, CHỐNG LÃO HÓA.
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	BAN ĐẦU: HIV/SUY GIẢM: MỘT TRONG NHỮNG CÁCH SAU ĐỂ GIẢM CÂN: 1) GIẢM CÂN NGOÀI Ý MUỐN 10% TRONG VÒNG 12 THÁNG HOẶC GIẢM CÂN 5% TRONG VÒNG 6 THÁNG, 2) GIẢM 5% KHỐI LƯỢNG TẾ BÀO CƠ THỂ (BCM) TRONG VÒNG 6 THÁNG, 3) BCM NHỎ HƠN 35% (NAM) TỔNG TRỌNG LƯỢNG CƠ THỂ VÀ CHỈ SỐ KHỐI LƯỢNG CƠ THỂ (BMI) NHỎ HƠN 27 KG/MÉT VUÔNG, 4) BCM NHỎ HƠN 23% (NỮ) TỔNG TRỌNG LƯỢNG CƠ THỂ VÀ BMI NHỎ HƠN 27 KG/MÉT VUÔNG, HOẶC 5) BMI NHỎ HƠN 20 KG/MÉT VUÔNG.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	HIV/SUY GIẢM: BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ TIÊU HÓA, CHUYÊN GIA HỖ TRỢ DINH DƯỠNG HOẶC CHUYÊN GIA BỆNH TRUYỀN NHIỄM.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU/GIA HẠN: 9 THÁNG.
Tiêu Chí Khác	HIV/SUY GIẢM: GIA HẠN: 1) LỢI ÍCH LÂM SÀNG VỀ KHỐI LƯỢNG VÀ TRỌNG LƯỢNG CƠ.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

SONIDEGIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ODOMZO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO ĐÁY TIẾN TRIỂN TẠI CHỖ (BCC): NỒNG ĐỘ CREATINE KINASE (CK) VÀ CREATININE HUYẾT THANH CƠ BẢN
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

SORAFENIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *sorafenib*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

SOTATERCEPT-CSRK

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT
45 MG, 90 MG (45 MG X 2)

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	TĂNG HUYẾT ÁP ĐỘNG MẠCH PHỔI (PAH): BAN ĐẦU: CHẨN ĐOÁN ĐƯỢC XÁC NHẬN BẰNG CÁCH ĐẶT THÔNG TIM PHẢI VỚI CÁC THÔNG SỐ SAU: 1) ÁP LỰC ĐỘNG MẠCH PHỔI TRUNG BÌNH (PAP) LỚN HƠN 20 MMHG, 2) ÁP SUẤT MÁU MẠCH PHỔI (PCWP) 15 MMHG HOẶC ÍT HƠN, VÀ 3) SỨC CẢN MẠCH PHỔI (PVR) LỚN HƠN 2 ĐƠN VỊ WOOD
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	PAH: BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ TIM MẠCH HOẶC BÁC SĨ PHỔI.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU/GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	PAH: BAN ĐẦU: 1) TRÊN BỐI CẢNH LIỆU PHÁP PAH (ÍT NHẤT TRONG 3 THÁNG) VỚI ÍT NHẤT HAI TRONG SỐ CÁC THUỐC SAU ĐÂY TỪ CÁC NHÓM THUỐC KHÁC NHAU: A) CHẤT ĐỐI KHÁNG THỤ THỂ ENDOTHELIN ĐƯỜNG UỐNG, B) CHẤT ỨC CHẾ PHOSPHODIESTERASE TYPE-5 DÙNG ĐƯỜNG UỐNG CHO PAH, C) CHẤT KÍCH THÍCH CGMP ĐƯỜNG UỐNG, D) IV/SQ PROSTACYCLIN, HOẶC 2) TRÊN MỘT TÁC NHÂN TỪ MỘT TRONG CÁC NHÓM THUỐC TRÊN VÀ CÓ CHỐNG CHỈ ĐỊNH HOẶC KHÔNG DUNG NẠP VỚI TẤT CẢ CÁC NHÓM THUỐC KHÁC.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không	

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

SOTORASIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 240 MG, 320 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

STIRIPENTOL

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG
- DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG, 500 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	HỘI CHỨNG DRAVET: BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẦN KINH.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU/GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

SUNITINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *sunitinib malate*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	U MÔ ĐỆM ĐƯỜNG TIÊU HÓA (GIST): THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI IMATINIB.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

TADALAFIL - ADCIRCA, ALYQ

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *alyq*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	TĂNG HUYẾT ÁP ĐỘNG MẠCH PHỔI (PAH): BAN ĐẦU: CHẨN ĐOÁN ĐƯỢC XÁC NHẬN BẰNG CÁCH ĐẶT THÔNG TIM PHẢI VỚI CÁC THÔNG SỐ SAU: 1) ÁP LỰC ĐỘNG MẠCH PHỔI TRUNG BÌNH (PAP) LỚN HƠN 20 MMHG, 2) ÁP SUẤT MÁU MẠCH PHỔI (PCWP) 15 MMHG HOẶC ÍT HƠN, VÀ 3) SỨC CẢN MẠCH PHỔI (PVR) LỚN HƠN 2 ĐƠN VỊ WOOD
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	PAH: BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ TIM MẠCH HOẶC BÁC SĨ PHỔI.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU/GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	PAH: BAN ĐẦU/GIA HẠN: 1) KHÔNG ĐƯỢC SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI HOẶC LIÊN TỤC CÁC THUỐC ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN CƯƠNG DƯƠNG ĐƯỜNG UỐNG (VÍ DỤ: CIALIS, VIAGRA) HOẶC BẤT KỲ NITRAT HỮU CƠ NÀO DƯỚI BẤT KỲ DẠNG NÀO VÀ 2) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC CHẤT KÍCH THÍCH GUANYLATE CYCLASE.
Chỉ Định	Tất cả các chỉ định được chấp nhận về mặt y khoa.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

TADALAFIL-CIALIS

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	RỐI LOẠN CƯƠNG DƯƠNG KHÔNG ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN PHI ĐẠI TUYẾN TIỀN LIỆT LẠNH TÍNH (BPH).
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BPH: 1) THỬ NGHIỆM MỘT THUỐC CHẶN ALPHA (VÍ DỤ: DOXAZOSIN, TERAZOSIN, TAMSULOSIN, ALFUZOSIN), VÀ 2) THỬ NGHIỆM MỘT CHẤT ỨC CHẾ 5-ALPHA-REDUCTASE (VÍ DỤ: FINASTERIDE, DUTASTERIDE). CHỈ ÁP DỤNG CHO HÀM LƯỢNG 2.5MG VÀ 5MG
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

TALAZOPARIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- TALZENNA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	UNG THƯ VÚ TIẾN TRIỂN HOẶC DI CĂN: 1) ĐÃ ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG HÓA TRỊ TRONG TÂN BỒ TRỢ, BỒ TRỢ, HOẶC DI CĂN, VÀ 2) NẾU UNG THƯ VÚ CÓ THỂ HIỆN HORMONE (HR) DƯƠNG TÍNH, ĐÃ ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG LIỆU PHÁP NỘI TIẾT TRƯỚC ĐÓ HOẶC ĐƯỢC CHO LÀ KHÔNG PHÙ HỢP CHO LIỆU PHÁP NỘI TIẾT. UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT DI CĂN, KHÔNG ĐÁP ỨNG TỐT VỚI LIỆU PHÁP NỘI TIẾT TỔ: 1) ĐÃ PHẪU THUẬT CẮT BỎ TINH HOÀN HAI BÊN, 2) NỒNG ĐỘ TESTOSTERONE TRIỆT SẴN (TỨC LÀ DƯỚI 50 NG/DL), HOẶC 3) SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI THUỐC TƯƠNG TỰ GIẢI PHÓNG HORMON GONADOTROPIN (GNRH)
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

TALETRECTINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- IBTROZI

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

TALQUETAMAB-TGVS

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- TALVEY

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

TARLATAMAB-DLLE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- IMDELLTRA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

TAZEMETOSTAT

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- TAZVERIK

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

TEBENTAFUSP-TEBN

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- KIMMTRAK

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

TECLISTAMAB-CQYV

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- TECVAYLI

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

TELISOTUZUMAB VEDOTIN-TLLV

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- EMRELIS

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

TELOTRISTAT

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- XERMELO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	HỘI CHỨNG CARCINOID TIÊU CHẢY: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ UNG THƯ HOẶC BÁC SĨ TIÊU HÓA
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

TEPOTINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- TEPMETKO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

TERIPARATIDE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *teriparatide subcutaneous pen injector*
20 mcg/dose (560mcg/2.24ml)

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	24 THÁNG
Tiêu Chí Khác	LOÃNG XƯƠNG: CHƯA ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TÍCH LŨY TRONG TỔNG CỘNG 24 THÁNG BẰNG BẤT KỲ LIỆU PHÁP HORMONE TUYẾN GIÁP NÀO, TRỪ KHI VẪN Ở MỨC HOẶC ĐÃ TRỞ LẠI MỨC NGUY CƠ GÃY XƯƠNG CAO
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

TESTOSTERONE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *testosterone transdermal gel in metered-dose pump* 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %), 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)
- *testosterone transdermal gel in packet* 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bất Buộc	SUY SINH DỤC NAM: BAN ĐẦU: ĐƯỢC XÁC NHẬN BỞI: 1) ÍT NHẤT HAI LẦN XÉT NGHIỆM NỒNG ĐỘ TESTOSTERONE TRONG HUYẾT THANH DƯỚI 300 NG/DL TRONG NHỮNG LẦN RIÊNG BIỆT, HOẶC 2) NỒNG ĐỘ TESTOSTERONE TRONG HUYẾT THANH TỰ DO DƯỚI 5 NG/DL.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU/GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	SUY SINH DỤC NAM: BAN ĐẦU: 1) 40 TUỔI TRỞ LÊN: KHÁNG NGUYÊN ĐẶC HIỆU TUYẾN TIỀN LIỆT (PSA) ĐÃ ĐƯỢC ĐÁNH GIÁ ĐỂ SÀNG LỌC UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT. GIA HẠN: 1) 40 TUỔI TRỞ LÊN: PSA ĐÃ ĐƯỢC ĐÁNH GIÁ ĐỂ SÀNG LỌC UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT, VÀ 2) CẢI THIỆN CÁC TRIỆU CHỨNG SO VỚI MỨC ĐẦU VÀ KHẢ NĂNG CHỊU ĐỰNG ĐIỀU TRỊ.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

TESTOSTERONE CYPIONATE - DEPO

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *testosterone cypionate*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	SUY SINH DỤC NAM: BAN ĐẦU: ĐƯỢC XÁC NHẬN BỞI: 1) ÍT NHẤT HAI LẦN XÉT NGHIỆM NỒNG ĐỘ TESTOSTERONE TRONG HUYẾT THANH DƯỚI 300 NG/DL TRONG NHỮNG LẦN RIÊNG BIỆT, HOẶC 2) NỒNG ĐỘ TESTOSTERONE TRONG HUYẾT THANH TỰ DO DƯỚI 5 NG/DL.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU/GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	SUY SINH DỤC NAM: BAN ĐẦU: 1) 40 TUỔI TRỞ LÊN: KHÁNG NGUYỄN ĐẶC HIỆU TUYẾN TIỀN LIỆT (PSA) ĐÃ ĐƯỢC ĐÁNH GIÁ ĐỂ SÀNG LỌC UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT. GIA HẠN: 1) 40 TUỔI TRỞ LÊN: PSA ĐÃ ĐƯỢC ĐÁNH GIÁ ĐỂ SÀNG LỌC UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT, VÀ 2) CẢI THIỆN CÁC TRIỆU CHỨNG SO VỚI MỨC ĐẦU VÀ KHẢ NĂNG CHỊU ĐỰNG ĐIỀU TRỊ.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

TESTOSTERONE ENANTHATE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *testosterone enanthate*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	SUY SINH DỤC NAM: BAN ĐẦU: ĐƯỢC XÁC NHẬN BỞI: 1) ÍT NHẤT HAI LẦN XÉT NGHIỆM NỒNG ĐỘ TESTOSTERONE TRONG HUYẾT THANH DƯỚI 300 NG/DL TRONG NHỮNG LẦN RIÊNG BIỆT, HOẶC 2) NỒNG ĐỘ TESTOSTERONE TRONG HUYẾT THANH TỰ DO DƯỚI 5 NG/DL.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU/GIA HẠN: DẬY THÌ MUỘN Ở NAM GIỚI: 6 THÁNG, SUY SINH DỤC NAM: 12 THÁNG CHỈ ĐỊNH KHÁC: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: SUY SINH DỤC NAM: 1) 40 TUỔI TRỞ LÊN: KHÁNG NGUYỄN ĐẶC HIỆU TUYẾN TIỀN LIỆT (PSA) ĐÃ ĐƯỢC ĐÁNH GIÁ ĐỂ SÀNG LỌC UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT. GIA HẠN: SUY SINH DỤC NAM: 1) 40 TUỔI TRỞ LÊN: PSA ĐÃ ĐƯỢC ĐÁNH GIÁ ĐỂ SÀNG LỌC UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT, VÀ 2) CẢI THIỆN CÁC TRIỆU CHỨNG SO VỚI MỨC ĐẦU VÀ KHẢ NĂNG CHỊU ĐỰNG ĐIỀU TRỊ. DẬY THÌ MUỘN Ở NAM GIỚI: CHƯA NHẬN ĐƯỢC HƠN HAI LỊCH TRÌNH LIỆU PHÁP THAY THẾ TESTOSTERONE KÉO DÀI 6 THÁNG
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

TETRABENAZINE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- tetrabenazine*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BỆNH HUNTINGTON: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẦN KINH HOẶC CHUYÊN GIA RỐI LOẠN VẬN ĐỘNG
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

THALIDOMIDE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

TISLELIZUMAB-JSGR

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- TEVIMBRA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

TISOTUMAB VEDOTIN-TFTV

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- TIVDAK

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

TIVOZANIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- FOTIVDA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

TOCILIZUMAB-AAZG SQ

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- TYENNE
- TYENNE AUTOINJECTOR

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: VIÊM KHỚP DẠNG THẤP (RA), VIÊM KHỚP TỰ PHÁT Ở THIỂU NIÊN (PJIA): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẤP KHỚP. VIÊM KHỚP VÔ CĂN Ở TRẺ VỊ THÀNH NIÊN CÓ HỆ THỐNG (SJIA): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẤP KHỚP, BÁC SĨ DA LIỄU HOẶC BÁC SĨ MIỄN DỊCH.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: RA, PJIA, SJIA, GCA: 6 THÁNG CRS: 1 THÁNG GIA HẠN: RA, PJIA, SJIA, GCA: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: RA: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI HAI THUỐC ĐƯỢC ƯU TIÊN SAU ĐÂY: HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA. VIÊM ĐỘNG MẠCH TẾ BÀO KHÔNG LỖ (GCA): 1) ĐÃ HOÀN THÀNH, BẮT ĐẦU HOẶC SẴN BẮT ĐẦU QUÁ TRÌNH GIẢM DẦN GLUCOCORTICOID VÀ 2) ĐANG THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI THUỐC ĐƯỢC ƯU TIÊN: RINVOQ. PJIA: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI HAI THUỐC ĐƯỢC ƯU TIÊN SAU ĐÂY: HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA, XELJANZ IR, ORENCIA, RINVOQ. BAN ĐẦU/GIA HẠN: TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU (VÍ DỤ: CHẤT ỨC CHẾ JAK, CHẤT ỨC CHẾ PDE-4) CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. GIA HẠN: RA, PJIA, SJIA: TIẾP TỤC ĐƯỢC HƯỞNG LỢI ÍCH TỪ THUỐC.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

TOCILIZUMAB-AAZG-IV

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- TYENNE

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	BỆNH DO VIRUS CORONA 2019 (COVID-19) Ở NGƯỜI LỚN NĂM VIỆN.
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: VIÊM KHỚP DẠNG THẤP (RA), VIÊM KHỚP TỰ PHÁT Ở THIẾU NIÊN (PJIA): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẤP KHỚP. VIÊM KHỚP VÔ CĂN Ở TRẺ VỊ THÀNH NIÊN CÓ HỆ THỐNG (SJIA): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẤP KHỚP, BÁC SĨ DA LIỄU HOẶC BÁC SĨ MIỄN DỊCH.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: RA, PJIA, SJIA, GCA: 6 THÁNG CRS: 1 THÁNG GIA HẠN: RA, PJIA, SJIA, GCA: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU (VÍ DỤ: CHẤT ỨC CHẾ JAK, CHẤT ỨC CHẾ PDE-4) CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. RA: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI HAI THUỐC ĐƯỢC ƯU TIÊN SAU ĐÂY: HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA. VIÊM ĐỘNG MẠCH TẾ BÀO KHỔNG LỒ (GCA): 1) ĐÃ HOÀN THÀNH, BẮT ĐẦU HOẶC SẴP BẮT ĐẦU QUÁ TRÌNH GIẢM DẦN GLUCOCORTICOID VÀ 2) ĐANG THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI THUỐC ĐƯỢC ƯU TIÊN: RINVOQ. PJIA: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI HAI THUỐC ĐƯỢC ƯU TIÊN SAU ĐÂY: HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA, XELJANZ IR, ORENCIA, RINVOQ. GIA HẠN: RA, PJIA, SJIA: 1) TIẾP TỤC HƯỞNG LỢI ÍCH TỪ THUỐC VÀ 2) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ.. GCA:

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
	KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ NHẪM MỤC TIÊU CÙNG MỘT CHỈ ĐỊNH.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

TOFACITINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- XELJANZ
- XELJANZ XR

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: VIÊM KHỚP DẠNG THẤP (RA), VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP (AS), VIÊM ĐA KHỚP TỰ PHÁT Ở THIẾU NIÊN (PCJIA): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẤP KHỚP. VIÊM KHỚP VÂY NỀN (PSA): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ CHUYÊN KHOA THẤP KHỚP HOẶC BÁC SĨ DA LIỄU. VIÊM LOÉT ĐẠI TRÀNG (UC): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ TIÊU HÓA.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: RA: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH TRONG 3 THÁNG ĐIỀU TRỊ BẰNG MỘT THUỐC CHỐNG THẤP KHỚP TỔNG HỢP DMARD (THUỐC CHỐNG THẤP KHỚP ĐIỀU TRỊ BỆNH) - NẾU BỆNH NHÂN ĐÃ THỬ METHOTREXATE, THÌ CẦN THỬ NGHIỆM VỚI LIỀU ÍT NHẤT 20 MG MỖI TUẦN HOẶC LIỀU DUNG NẠP TỐI ĐA. AS: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI THUỐC NSAID. BAN ĐẦU/GIA HẠN: TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU (VÍ DỤ: CHẤT ỨC CHẾ JAK, CHẤT ỨC CHẾ PDE-4) CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. GIA HẠN: RA, PSA, AS, PCJIA: TIẾP TỤC ĐƯỢC HƯỞNG LỢI ÍCH TỪ THUỐC.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

TOLVAPTAN

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- JYNARQUE ORAL TABLET
- *tolvaptan*
- *tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablet*
- *tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablets, sequential*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	THẬN ĐA NANG DI TRUYỀN GEN TRỘI NHIỄM SẮC THỂ THƯỜNG (ADPKD): BAN ĐẦU: BỆNH THẬN ĐA NANG ĐƯỢC XÁC NHẬN QUA CT, MRI HOẶC SIÊU ÂM.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người kê Toa	ADPKD: BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẬN.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	ADPKD: BAN ĐẦU: KHÔNG BỊ SUY THẬN GIAI ĐOẠN CUỐI (TỨC LÀ KHÔNG ĐANG CHẠY THẬN NHÂN TẠO). GIA HẠN: CHƯA TIẾN TRIỂN ĐẾN GIAI ĐOẠN SUY THOẢ
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

TOPICAL TRETINOIN

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ALTRENO

- *tretinoin topical cream*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	CHỈ ĐỊNH THÂM MỸ NHƯ NẾP NHĂN, LÃO HÓA DO ÁNH SÁNG, NÁM DA.
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	MỤN TRÚNG CÁ: THUỐC TRETINOIN DÙNG BỊ TẠI CHỖ YÊU CẦU PHẢI THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI SẢN PHẨM TRETINOIN GỐC.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

TORIPALIMAB-TPZI

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- LOQTORZI

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	UNG THU' VÒM HỌNG (NPC): ĐIỀU TRỊ HÀNG ĐẦU: 24 THÁNG, ĐÃ ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TRƯỚC ĐÓ: TRỌN ĐỜI.
Tiêu Chí Khác	THUỐC NÀY CŨNG YÊU CẦU XÁC ĐỊNH THANH TOÁN VÀ CÓ THỂ ĐƯỢC BẢO HIỂM THEO MEDICARE PHẦN B HOẶC D.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

TOVORAFENIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION
- OJEMDA ORAL TABLET

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

TRAMETINIB SOLUTION

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- MEKINIST ORAL RECON SOLN

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	U HẮC TỔ KHÔNG THỂ CẮT BỎ HOẶC DI CĂN, U HẮC TỔ, UNG THƯ PHỔI KHÔNG PHẢI TẾ BÀO NHỎ DI CĂN (NSCLC), UNG THƯ TUYẾN GIÁP KHÔNG BIỆT HÓA TIỀN TRIỂN TẠI CHỖ HOẶC DI CĂN (ATC), KHỐI U RẮN KHÔNG THỂ CẮT BỎ HOẶC DI CĂN, U THẦN KINH ĐỆM CẤP ĐỘ THẤP (LGG): KHÔNG THỂ NUỐT MEKINIST DẠNG VIÊN NÉN.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

TRAMETINIB TABLET

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

TRASTUZUMAB-DKST

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- OGIVRI

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	THUỐC NÀY CŨNG YÊU CẦU XÁC ĐỊNH THANH TOÁN VÀ CÓ THỂ ĐƯỢC BẢO HIỂM THEO MEDICARE PHẦN B HOẶC D.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

TRASTUZUMAB-HYALURONIDASE-OYSK

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- HERCEPTIN HYLECTA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	UNG THƯ VÚ BỔ TRỢ, UNG THƯ VÚ DI CĂN: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI MỘT TRONG CÁC THUỐC ĐƯỢC ƯU TIÊN SAU ĐÂY: HERZUMA, OGVRI, ONTRUZANT, TRAZIMERA.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

TRAZODONE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- RALDESY

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	RỐI LOẠN TRẦM CẢM NẶNG (MDD): CHỐNG CHỈ ĐỊNH HOẶC KHÔNG THỂ NUỐT TRAZODONE DẠNG VIÊN NÉN.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

TREMELIMUMAB-ACTL

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- IMJUDO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	UHCC: 30 NGÀY. UNG THƯ PHỔI KHÔNG PHẢI TẾ BÀO NHỎ DI CĂN (NSCLC): 5 THÁNG
Tiêu Chí Khác	UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN KHÔNG THỂ CẮT BỎ (UHCC): CHƯA ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG IMJUDO TRƯỚC ĐÓ. NSCLC: CHƯA NHẬN ĐƯỢC TỔNG CỘNG 5 LIỀU IMJUDO.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

TRIENTINE CAPSULE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *trientine oral capsule 250 mg*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	BỆNH WILSONS: BAN ĐẦU: ĐIỂM LEIPZIG 4 HOẶC HƠN.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BỆNH WILSONS: BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ GAN HOẶC TIÊU HÓA.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 12 THÁNG, GIA HẠN: TRỌN ĐỜI.
Tiêu Chí Khác	BỆNH WILSONS: BAN ĐẦU: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI PHIÊN BẢN CÔNG THỨC CỦA PENICILLAMINE DẠNG VIÊN NÉN. GIA HẠN: TIẾP TỤC ĐƯỢC HƯỞNG LỢI ÍCH TỪ THUỐC.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

TRIFLURIDINE/TIPIRACIL

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

TRIPTORELIN-TRELSTAR

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- TRELSTAR INTRAMUSCULAR
SUSPENSION FOR
RECONSTITUTION

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

TUCATINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

UBROGEPANT

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- UBRELVY

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	ĐIỀU TRỊ ĐAU NỬA ĐẦU CẤP TÍNH: BAN ĐẦU: 1) THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI MỘT TRIPTAN (VÍ DỤ: SUMATRIPTAN, RIZATRIPTAN), VÀ 2) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC CHẤT ỨC CHẾ CGRP KHÁC ĐỂ ĐIỀU TRỊ ĐAU NỬA ĐẦU CẤP TÍNH. GIA HẠN: 1) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC CHẤT ỨC CHẾ CGRP KHÁC ĐỂ ĐIỀU TRỊ ĐAU NỬA ĐẦU CẤP TÍNH VÀ 2) MỘT TRONG CÁC THUỐC SAU ĐÂY: (A) SỰ CẢI THIẾN TỪ MỨC ĐẦU TRONG BẢNG CÂU HỎI VỀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CẤP TÍNH ĐƯỢC XÁC NHẬN BỞI BỆNH NHÂN BÁO CÁO, HOẶC (B) LIỆU PHÁP CÓ HIỆU QUẢ NHẤT QUÁN TRONG PHẦN LỚN CÁC CƠN ĐAU NỬA ĐẦU.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

UPADACITINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- RINVOQ
- RINVOQ LQ

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	BAN ĐẦU: VIÊM KHỚP CỘT SỐNG TRỰC KHÔNG THẤY TRÊN X-QUANG (NR-AXSPA): 1) NỒNG ĐỘ PROTEIN PHẢN ỨNG C VƯỢT QUÁ GIỚI HẠN TRÊN CỦA MỨC BÌNH THƯỜNG HOẶC 2) VIÊM KHỚP CÙNG CHẬU TRÊN CHỤP CỘNG HƯỞNG TỬ (MRI).
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: VIÊM KHỚP DẠNG THẤP (RA), VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP (AS), NR-AXSPA, VIÊM KHỚP TỤ PHÁT Ở THIẾU NIÊN (PJIA): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẤP KHỚP. VIÊM KHỚP VÂY NÉN (PSA): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ CHUYÊN KHOA THẤP KHỚP HOẶC BÁC SĨ DA LIỄU. AD: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ DA LIỄU, BÁC SĨ DỊ ỨNG HOẶC BÁC SĨ MIỄN DỊCH. VIÊM LOÉT ĐẠI TRÀNG (UC), BỆNH CROHNS (CD): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ TIÊU HÓA.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: RA: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH TRONG 3 THÁNG ĐIỀU TRỊ BẰNG MỘT THUỐC CHỐNG THẤP KHỚP TỔNG HỢP DMARD (THUỐC CHỐNG THẤP KHỚP ĐIỀU TRỊ BỆNH) - NẾU BỆNH NHÂN ĐÃ THỬ METHOTREXATE, THÌ CẦN THỬ NGHIỆM VỚI LIỀU ÍT NHẤT 20 MG MỖI TUẦN HOẶC LIỀU DUNG NẠP TỐI ĐA. AD: 1) NGỨA DAI DẶNG HOẶC NỨT NẺ/RỈ DỊCH/CHẢY MÁU Ở VÙNG DA BỊ ẢNH HƯỞNG, VÀ 2) THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI CORTICOSTEROID BÔI NGOÀI DA, CHẤT ỨC CHẾ CALCINEURIN BÔI NGOÀI DA, CHẤT

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
	<p>ỨNG CHẾ PDE4 BÔI NGOÀI DA HOẶC CHẤT ỨNG CHẾ JAK BÔI NGOÀI DA. AS, NR-AXSPA: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI THUỐC CHỐNG VIÊM KHÔNG STEROID (NSAID). VIÊM ĐỘNG MẠCH TẾ BÀO KHỔNG LỒ (GCA): ĐÃ HOÀN THÀNH, BẮT ĐẦU HOẶC SẴN BẮT ĐẦU QUÁ TRÌNH GIẢM DẦN GLUCOCORTICOID. BAN ĐẦU/GIA HẠN: TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU (VÍ DỤ: CHẤT ỨNG CHẾ JAK, CHẤT ỨNG CHẾ PDE-4) CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. GIA HẠN: RA, PSA, AS, NR-AXSPA, PJIA: TIẾP TỤC ĐƯỢC HƯỞNG LỢI ÍCH TỪ THUỐC. AD: CẢI THIỆN TRONG KHI ĐIỀU TRỊ.</p>
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

USTEKINUMAB-AAUZ SQ

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *ustekinumab-aauz*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	BAN ĐẦU: BỆNH VẢY NÉN MẢNG BÓNG (PSO): BỆNH VẢY NÉN BAO PHỦ 3 PHẦN TRĂM TRỞ LÊN DIỆN TÍCH BỀ MẶT CƠ THỂ HOẶC TỔN THƯƠNG VẢY NÉN ẢNH HƯỞNG ĐẾN TAY, CHÂN, VÙNG SINH DỤC, DA ĐẦU HOẶC MẶT.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: VIÊM KHỚP VẢY NÉN (PSA): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ DA LIỄU HOẶC BÁC SĨ THẤP KHỚP. PSO: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ DA LIỄU. BỆNH CROHN (CD), VIÊM LOÉT ĐẠI TRÀNG (UC): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ TIÊU HÓA.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: PSO: 1) ÍT NHẤT ĐÃ DỪNG THỬ 3 THÁNG MỘT LOẠI THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH ĐƯỜNG UÔNG (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) HOẶC PUVA (QUANG TRỊ LIỆU), 2) CHỐNG CHỈ ĐỊNH HOẶC KHÔNG DUNG NẠP CẢ THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH VÀ PUVA, HOẶC 3) BỆNH NHÂN ĐANG CHUYỂN TỪ MỘT LOẠI THUỐC SINH HỌC, THUỐC ỨC CHẾ PDE-4 HOẶC THUỐC ỨC CHẾ JAK KHÁC CHO CÙNG MỘT CHỈ ĐỊNH. LẦN ĐẦU/GIA HẠN: TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU (VÍ DỤ: CHẤT ỨC CHẾ JAK, CHẤT ỨC CHẾ PDE-4) CHO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
	CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. GIA HẠN: PSA, PSO: TIẾP TỤC ĐƯỢC HƯỞNG LỢI ÍCH TỪ THUỐC.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

USTEKINUMAB-AEKN IV

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- SELARSDI

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	BAN ĐẦU: BỆNH VẢY NẾN MẢNG BÓNG (PSO): BỆNH VẢY NẾN BAO PHỦ 3 PHẦN TRĂM TRỞ LÊN DIỆN TÍCH BỀ MẶT CƠ THỂ HOẶC TỔN THƯƠNG VẢY NẾN ẢNH HƯỞNG ĐẾN TAY, CHÂN, VÙNG SINH DỤC, DA ĐẦU HOẶC MẶT.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: VIÊM KHỚP VẢY NẾN (PSA): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ DA LIỄU HOẶC BÁC SĨ THẤP KHỚP. PSO: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ DA LIỄU. BỆNH CROHN (CD), VIÊM LOÉT ĐẠI TRẰNG (UC): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ TIÊU HÓA.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: PSO: 1) THỬ NGHIỆM ÍT NHẤT 3 THÁNG MỘT THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH UỐNG (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) HOẶC LIỆU PHÁP PUVA (Quang hóa trị liệu), 2) CHỐNG CHỈ ĐỊNH HOẶC KHÔNG DUNG NẠP CẢ THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH VÀ PUVA, HOẶC 3) BỆNH NHÂN ĐANG CHUYỂN TỪ THUỐC SINH HỌC KHÁC, THUỐC ỨC CHẾ PDE-4 HOẶC THUỐC ỨC CHẾ JAK CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. BAN ĐẦU/GIA HẠN: TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU (VÍ DỤ: CHẤT ỨC CHẾ JAK, CHẤT ỨC CHẾ PDE-4) CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. GIA HẠN: PSA, PSO: TIẾP TỤC ĐƯỢC HƯỞNG LỢI ÍCH TỪ THUỐC.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

USTEKINUMAB-AEKN SQ

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- SELARSDI

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	BAN ĐẦU: BỆNH VẢY NẾN MẢNG BÓNG (PSO): BỆNH VẢY NẾN BAO PHỦ 3 PHẦN TRĂM TRỞ LÊN DIỆN TÍCH BỀ MẶT CƠ THỂ HOẶC TỔN THƯƠNG VẢY NẾN ẢNH HƯỞNG ĐẾN TAY, CHÂN, VÙNG SINH DỤC, DA ĐẦU HOẶC MẶT.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: VIÊM KHỚP VẢY NẾN (PSA): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ DA LIỄU HOẶC BÁC SĨ THẤP KHỚP. PSO: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ DA LIỄU. BỆNH CROHN (CD), VIÊM LOÉT ĐẠI TRẰNG (UC): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ TIÊU HÓA.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: PSO: 1) THỬ NGHIỆM ÍT NHẤT 3 THÁNG MỘT THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH UỐNG (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) HOẶC LIỆU PHÁP PUVA (Quang hóa trị liệu), 2) CHỐNG CHỈ ĐỊNH HOẶC KHÔNG DUNG NẠP CẢ THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH VÀ PUVA, HOẶC 3) BỆNH NHÂN ĐANG CHUYỂN TỪ THUỐC SINH HỌC KHÁC, THUỐC ỨC CHẾ PDE-4 HOẶC THUỐC ỨC CHẾ JAK CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. BAN ĐẦU/GIA HẠN: TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU (VÍ DỤ: CHẤT ỨC CHẾ JAK, CHẤT ỨC CHẾ PDE-4) CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. GIA HẠN: PSA, PSO: TIẾP TỤC ĐƯỢC HƯỞNG LỢI ÍCH TỪ THUỐC.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

USTEKINUMAB-KFCE IV

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- YESINTEK

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	BAN ĐẦU: BỆNH VẢY NẾN MẢNG BÓNG (PSO): BỆNH VẢY NẾN BAO PHỦ 3 PHẦN TRĂM TRỞ LÊN DIỆN TÍCH BỀ MẶT CƠ THỂ HOẶC TỔN THƯƠNG VẢY NẾN ẢNH HƯỞNG ĐẾN TAY, CHÂN, VÙNG SINH DỤC, DA ĐẦU HOẶC MẶT.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: VIÊM KHỚP VẢY NẾN (PSA): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ DA LIỄU HOẶC BÁC SĨ THẤP KHỚP. PSO: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ DA LIỄU. BỆNH CROHN (CD), VIÊM LOÉT ĐẠI TRÀNG (UC): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ TIÊU HÓA.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: PSO: 1) THỬ NGHIỆM ÍT NHẤT 3 THÁNG MỘT THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH UỐNG (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) HOẶC LIỆU PHÁP PUVA (Quang hóa trị liệu), 2) CHỐNG CHỈ ĐỊNH HOẶC KHÔNG DUNG NẠP CẢ THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH VÀ PUVA, HOẶC 3) BỆNH NHÂN ĐANG CHUYỂN TỪ THUỐC SINH HỌC KHÁC, THUỐC ỨC CHẾ PDE-4 HOẶC THUỐC ỨC CHẾ JAK CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. BAN ĐẦU/GIA HẠN: TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU (VÍ DỤ: CHẤT ỨC CHẾ JAK, CHẤT ỨC CHẾ PDE-4) CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. GIA HẠN: PSA, PSO: TIẾP TỤC ĐƯỢC HƯỞNG LỢI ÍCH TỪ THUỐC.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

USTEKINUMAB-KFCE SQ

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- YESINTEK

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	BAN ĐẦU: BỆNH VẢY NẾN MẢNG BÓNG (PSO): BỆNH VẢY NẾN BAO PHỦ 3 PHẦN TRĂM TRỞ LÊN DIỆN TÍCH BỀ MẶT CƠ THỂ HOẶC TỔN THƯƠNG VẢY NẾN ẢNH HƯỞNG ĐẾN TAY, CHÂN, VÙNG SINH DỤC, DA ĐẦU HOẶC MẶT.
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: VIÊM KHỚP VẢY NẾN (PSA): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ DA LIỄU HOẶC BÁC SĨ THẤP KHỚP. PSO: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ DA LIỄU. BỆNH CROHN (CD), VIÊM LOÉT ĐẠI TRẰNG (UC): ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ TIÊU HÓA.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: PSO: 1) THỬ NGHIỆM ÍT NHẤT 3 THÁNG MỘT THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH UỐNG (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) HOẶC LIỆU PHÁP PUVA (Quang hóa trị liệu), 2) CHỐNG CHỈ ĐỊNH HOẶC KHÔNG DUNG NẠP CẢ THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH VÀ PUVA, HOẶC 3) BỆNH NHÂN ĐANG CHUYỂN TỪ THUỐC SINH HỌC KHÁC, THUỐC ỨC CHẾ PDE-4 HOẶC THUỐC ỨC CHẾ JAK CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. BAN ĐẦU/GIA HẠN: TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CÁC PHÂN TỬ NHỎ SINH HỌC HỆ THỐNG KHÁC HOẶC CÁC PHÂN TỬ NHỎ CÓ MỤC TIÊU (VÍ DỤ: CHẤT ỨC CHẾ JAK, CHẤT ỨC CHẾ PDE-4) CHO CHỈ ĐỊNH TƯƠNG TỰ. GIA HẠN: PSA, PSO: TIẾP TỤC ĐƯỢC HƯỞNG LỢI ÍCH TỪ THUỐC.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

VALBENAZINE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- INGREZZA
- INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)
- INGREZZA SPRINKLE

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	RỐI LOẠN VẬN ĐỘNG MUỘN (TD) ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẦN KINH, BÁC SĨ TÂM THẦN HOẶC BÁC SĨ CHUYÊN GIA RỐI LOẠN VẬN ĐỘNG. BỆNH MÁU MÁU LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH HUNTINGTON: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC SAU KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẦN KINH HOẶC BÁC SĨ CHUYÊN GIA RỐI LOẠN VẬN ĐỘNG.
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	TD: TIỀN SỬ DÙNG CÁC THUỐC GÂY RỐI LOẠN VẬN ĐỘNG MUỘN.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

VANDETANIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	HIỆN ĐANG ỔN ĐỊNH TRÊN CAPRELSA KHÔNG YÊU CẦU TIÊU CHÍ BỔ SUNG.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

VANZACAFITOR-TEZACAFITOR- DEUTIVACAFITOR

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG, 4-20-50 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	CF: BAN ĐẦU: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ PHỔI HOẶC CHUYÊN GIA XƠ NANG.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: 6 THÁNG GIA HẠN: TRỌN ĐỜI.
Tiêu Chí Khác	CF: BAN ĐẦU: KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI BỘ ĐIỀU CHẾ CFTR KHÁC. GIA HẠN: 1) CẢI THIỆN TÌNH TRẠNG LÂM SÀNG VÀ 2) KHÔNG SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI CHẤT ĐIỀU CHẾ CFTR KHÁC.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

VEMURAFENIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ZELBORAF

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	U HẮC TỔ: ZELBORAF SẼ ĐƯỢC SỬ DỤNG ĐỘC LẬP HOẶC KẾT HỢP VỚI COTELLIC
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

VENETOCLAX

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 50 MG
- VENCLEXTA STARTING PACK

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

VERICIGUAT

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- VERQUVO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU/GIA HẠN: 12 THÁNG.
Tiêu Chí Khác	SUY TIM (HF): ĐIỀU KIỆN BAN ĐẦU: 1) ĐÃ THỬ NGHIỆM, CHỐNG CHỈ ĐỊNH HOẶC KHÔNG DUNG NẠP VỚI MỘT THUỐC ỨNG CHẾ SGLT-2 ƯU TIÊN, VÀ 2) ĐÃ THỬ NGHIỆM, CHỐNG CHỈ ĐỊNH HOẶC KHÔNG DUNG NẠP VỚI MỘT THUỐC THUỐC THUỐC TIỂU CHUẨN SAU ĐÂY: (A) THUỐC ỨNG CHẾ ACE, ARB HOẶC ARNI, (B) THUỐC CHẸN BETA (BISOPROLOL, CARVEDILOL, METOPROLOL SUCCINATE), HOẶC (C) THUỐC ĐỐI KHÁNG ALDOSTERONE (SPIRONOLACTONE, EPLERENONE). BAN ĐẦU/GIA HẠN: KHÔNG ĐƯỢC SỬ DỤNG ĐỒNG THỜI VỚI RIOCIGUAT HOẶC CÁC THUỐC ỨNG CHẾ PDE-5.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

VIGABATRIN

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *vigabatin*
- *vigadrone*
- *vigpoder*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	BAN ĐẦU: CO GIẬT CỤC BỘ PHỨC HỢP KHÓ CHỮA (CPS), CO GIẬT Ở TRẺ SƠ SINH: ĐƯỢC KÊ TOA BỞI HOẶC KHI THAM KHẢO Ý KIẾN CỦA BÁC SĨ THẦN KINH.
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU/GIA HẠN: 12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: CPS: THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI HAI THUỐC CHỐNG ĐỘNG KINH.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

VIMSELTINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ROMVIMZA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

VISMODEGIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ERIVEDGE

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

VONOPRAZAN

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- VOQUEZNA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	BAN ĐẦU: H PYLORI: 30 NGÀY. EE: 8 TUẦN. NERD: 4 TUẦN. GIA HẠN: EE: 24 TUẦN.
Tiêu Chí Khác	BAN ĐẦU: VIÊM THỰC QUẢN BÀO MÒN (EE): THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI HAI THUỐC ỨC CHẾ BƠM PROTON Ở LIỀU TỐI ĐA TRONG 8 TUẦN MỖI THUỐC. BỆNH TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY - THỰC QUẢN KHÔNG BÀO MÒN (NERD): 1) KHÔNG CÓ TRƯỚC ĐÂY ĐIỀU TRỊ THẤT BẠI VỚI VOQUEZNA TRONG 12 THÁNG QUA VÀ 2) THỬ NGHIỆM HOẶC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VỚI MỘT THUỐC ỨC CHẾ BƠM PROTON Ở LIỀU TỐI ĐA TRONG 8 TUẦN. GIA HẠN: EE: DUY TRÌ PHẢN ỨNG LÂM SÀNG TRÊN VOQUEZNA
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

VORASIDENIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- VORANIGO

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

VORICONAZOLE SUSPENSION

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- *voriconazole oral suspension for reconstitution*

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	NHIỄM TRÙNG CANDIDA: 3 THÁNG. TIẾP TỤC LIỆU PHÁP, TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH KHÁC: 6 THÁNG
Tiêu Chí Khác	NHIỄM TRÙNG CANDIDA: CHỐNG CHỈ ĐỊNH HOẶC KHÔNG THỂ NUỐT FLUCONAZOLE DẠNG VIÊN NÉN. TẤT CẢ CÁC CHỈ ĐỊNH TRỪ BỆNH NẤM CANDIDA THỰC QUẢN: KHÔNG THỂ NUỐT VIÊN NÉN. TIẾP TỤC LIỆU PHÁP SAU KHI XUẤT VIỆN KHÔNG YÊU CẦU ĐIỀU KIỆN BỔ SUNG.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

ZANIDATAMAB-HR11

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ZIIHERA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

ZANUBRUTINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- BRUKINSA

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	U LYMPHO TẾ BÀO MÀNG: KHÔNG DUNG NẠP VỚI CALQUENCE. BỆNH BẠCH CẦU LYMPHOCYTIC MÃN TÍNH, U LYMPHOCYTIC NHỎ: KHÔNG DÙNG VỚI CALQUENCE HOẶC IMBRUVICA. BỆNH UNG THƯ MÁU MACROGLOBULINEMIA WALDENSTROM: KHÔNG CẦN THỰC HIỆN BƯỚC NÀO.
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Có

ZENOCUTUZUMAB-ZBCO

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- BIZENGRİ

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

ZIFTOMENIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- KOMZIFTI

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

ZOLBETUXIMAB-CLZB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- VYLOY

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

ZONGERTINIB

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- HERNEXEOS

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	12 THÁNG
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không

ZURANOLONE

Sản Phẩm Bị Ảnh Hưởng

- ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG, 30 MG

Tiêu Chí Cho Phép Trước (PA)	Chi Tiết Tiêu Chí
Tiêu Chí Loại Trừ	
Thông Tin Y Tế Bắt Buộc	
Giới Hạn Độ Tuổi	
Giới Hạn Người Kê Toa	
Thời Gian Bảo Hiểm	14 NGÀY
Tiêu Chí Khác	
Chỉ Định	Tất cả các Chỉ Định được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận.
Sử Dụng Thuốc Không Theo Hướng Dẫn	
Điều Kiện Tiên Quyết Phần B	Không
Yêu Cầu Liệu Pháp Tiên Quyết	Không