



2026 年 IEHP DualChoice (HMO D-SNP)

处方集变更

更新于 2026 年 4 月 1 日

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 的处方集可能会在一年当中视新的临床数据，以及市面上的药物数量来进行修订 (增删药物)。所有变更内容均经过一批执业医生与药剂师团队审查及核准。

若 IEHP DualChoice 删除承保的 D 部分药物或对其处方集进行任何变更, 我们会在官网上公布变更内容。我们也会在处方集变更生效日之前至少三十 (30) 个历日通知每位受到影响的会员。然而, 若美国食品药品监督管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 认为我们处方集内的某一款药物不安全或药物的制造商在市场上不再贩售该药物, 则我们会立即从处方集内删除该药物。您须得知, 学名药的作用与品牌药相同, 而且通常成本更低。如果有品牌药的学名药版本, 我们的网络药房将为您提供学名药。

下表概要列出可能对您有所影响的处方集变更。

受影响的药物 品牌药物名称 学名药 剂量/要求/限制	变更生效日期	变更类型	变更原因	替代药物 *	适用范围
sevelamer carbonate 2.4 gram oral powder packet	2026 年 4 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 会员
sevelamer carbonate 0.8 gram oral powder packet	2026 年 4 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 会员

受影响的药物 品牌药物名称 学名药 剂量/要求/限制	变更生效日期	变更类型	变更原因	替代药物*	适用范围
sevelamer carbonate 800 mg tablet	2026年4月1日	增加	--	--	所有 Medicare 会员
sevelamer HCl 400 mg tablet	2026年4月1日	增加	--	--	所有 Medicare 会员
sevelamer HCl 800 mg tablet	2026年4月1日	增加	--	--	所有 Medicare 会员
Hailey Fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	2026年4月1日	增加	--	--	所有 Medicare 会员
calcium acetate(phosphate binders) 667 mg tablet	2026年4月1日	增加	--	--	所有 Medicare 会员
Viorele (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet	2026年4月1日	增加	--	--	所有 Medicare 会员
perampanel 0.5 mg/mL oral suspension	2026年4月1日	增加 增加数量限制 增加阶梯疗法	--	--	所有 Medicare 会员
sodium polystyrene sulfonate 15 gram/60 mL oral suspension	2026年4月1日	增加	--	--	所有 Medicare 会员

受影响的药物 品牌药物名称 学名药 剂量/要求/限制	变更生效日期	变更类型	变更原因	替代药物*	适用范围
Shingrix (PF) 50 mcg/0.5 mL intramuscular syringe	2026年4月1日	增加 增加数量限制	--	--	所有 Medicare 会员
Hyrnuo 10 mg tablet	2026年4月1日	增加 增加数量限制 增加PA (仅新开始时需要)	--	--	所有 Medicare 会员
Vraylar 0.5 mg capsule	2026年4月1日	增加 增加数量限制 增加阶梯疗法	--	--	所有 Medicare 会员
Vraylar 0.75 mg capsule	2026年4月1日	增加 增加数量限制 增加阶梯疗法	--	--	所有 Medicare 会员
Exxua 18.2 mg (32 tabs) tablet, ER 24 hr dose pack	2026年4月1日	增加 增加PA (仅新开始时需要)	--	--	所有 Medicare 会员
calcium acetate(phosphate binders) 667 mg capsule	2026年4月1日	增加	--	--	所有 Medicare 会员

受影响的药物 品牌药物名称 学名药 剂量/要求/限制	变更生效日期	变更类型	变更原因	替代药物*	适用范围
Fycompa 0.5 mg/mL oral suspension	2026年4月1日	品牌删除	学名药已上市	使用通用配方或其他处方集中同类治疗药物。	所有 Medicare 会员
Ensacove 100 mg capsule	2026年3月1日	增加 增加数量限制 增加PA (仅新开始时需要)	--	--	所有 Medicare 会员
Ensacove 25 mg capsule	2026年3月1日	增加 增加数量限制 增加PA (仅新开始时需要)	--	--	所有 Medicare 会员
Koselugo 5 mg sprinkle capsule	2026年3月1日	增加 增加数量限制 增加PA (仅新开始时需要)	--	--	所有 Medicare 会员

受影响的药物 品牌药物名称 学名药 剂量/要求/限制	变更生效日期	变更类型	变更原因	替代药物*	适用范围
Koselugo 7.5 mg sprinkle capsule	2026年3月1日	增加 增加数量限制 增加PA (仅新开始时需要)	--	--	所有 Medicare 会员
Prezcobix 675 mg-150 mg tablet	2026年3月1日	增加	--	--	所有 Medicare 会员
Selarsdi 45 mg/0.5 mL subcutaneous solution	2026年3月1日	增加 增加PA	--	--	所有 Medicare 会员
Subvenite 10 mg/mL oral suspension	2026年3月1日	增加 增加PA (仅新开始时需要)	--	--	所有 Medicare 会员
metoprolol tartrate 37.5 mg tablet	2026年3月1日	增加	--	--	所有 Medicare 会员
metoprolol tartrate 75 mg tablet	2026年3月1日	增加	--	--	所有 Medicare 会员
ustekinumab-aauz 45 mg/0.5 mL subcutaneous syringe	2026年3月1日	增加 增加PA	--	--	所有 Medicare 会员

受影响的药物 品牌药物名称 学名药 剂量/要求/限制	变更生效日期	变更类型	变更原因	替代药物*	适用范围
ustekinumab-aaaz 90 mg/mL subcutaneous syringe	2026年3月1日	增加 增加PA	--	--	所有 Medicare 会员
ustekinumab 45 mg/0.5 mL subcutaneous solution	2026年3月1日	品牌删除	生物类似 药已上市	使用生物类 似药制剂或 其他处方集 中同类治疗 药物。	所有 Medicare 会员
Stelara 45 mg/0.5 mL subcutaneous solution	2026年3月1日	品牌删除	生物类似 药已上市	使用生物类 似药制剂或 其他处方集 中同类治疗 药物。	所有 Medicare 会员
Stelara 45 mg/0.5 mL subcutaneous syringe	2026年3月1日	品牌删除	生物类似 药已上市	使用生物类 似药制剂或 其他处方集 中同类治疗 药物。	所有 Medicare 会员
Stelara 90 mg/mL subcutaneous syringe	2026年3月1日	品牌删除	生物类似 药已上市	使用生物类 似药制剂或 其他处方集 中同类治疗 药物。	所有 Medicare 会员

受影响的药物 品牌药物名称 学名药 剂量/要求/限制	变更生效日期	变更类型	变更原因	替代药物*	适用范围
ustekinumab 45 mg/0.5 mL subcutaneous syringe	2026年3月1日	品牌删除	生物类似药已上市	使用生物类似药制剂或其他处方集中同类治疗药物。	所有 Medicare 会员
ustekinumab 90 mg/mL subcutaneous syringe	2026年3月1日	品牌删除	生物类似药已上市	使用生物类似药制剂或其他处方集中同类治疗药物。	所有 Medicare 会员
Brukina 160 mg tablet	2026年2月1日	增加 增加数量限制 增加PA (仅新开始时需要)	--	--	所有 Medicare 会员
Cimzia Starter Kit 400 mg/2 mL (200 mg/mL x2) subcutaneous syringe kit	2026年2月1日	增加 增加PA	--	--	所有 Medicare 会员
conjugated estrogens 0.3 mg tablet	2026年2月1日	增加	--	--	所有 Medicare 会员
conjugated estrogens 0.45 mg tablet	2026年2月1日	增加	--	--	所有 Medicare 会员

受影响的药物 品牌药物名称 学名药 剂量/要求/限制	变更生效日期	变更类型	变更原因	替代药物*	适用范围
conjugated estrogens 0.625 mg tablet	2026年2月1日	增加	--	--	所有 Medicare 会员
conjugated estrogens 0.9 mg tablet	2026年2月1日	增加	--	--	所有 Medicare 会员
conjugated estrogens 1.25 mg tablet	2026年2月1日	增加	--	--	所有 Medicare 会员
Exxua 18.2 mg tablet,extended release	2026年2月1日	增加 增加数量限制 增加PA (仅新开始时需要)	--	--	所有 Medicare 会员
Exxua 36.3 mg tablet,extended release	2026年2月1日	增加 增加数量限制 增加PA (仅新开始时需要)	--	--	所有 Medicare 会员
Exxua 54.5 mg tablet,extended release	2026年2月1日	增加 增加数量限制 增加PA(仅新开始时需要)	--	--	所有 Medicare 会员

受影响的药物 品牌药物名称 学名药 剂量/要求/限制	变更生效日期	变更类型	变更原因	替代药物*	适用范围
Exxua 72.6 mg tablet,extended release	2026年2月1日	增加 增加数量限制 增加PA (仅新开始时需要)	--	--	所有 Medicare 会员
fidaxomicin 200 mg tablet	2026年2月1日	增加 增加数量限制	--	--	所有 Medicare 会员
Inluriyo 200 mg tablet	2026年2月1日	增加 增加数量限制 增加PA (仅新开始时需要)	--	--	所有 Medicare 会员
lomustine 10 mg capsule	2026年2月1日	增加	--	--	所有 Medicare 会员
lomustine 100 mg capsule	2026年2月1日	增加	--	--	所有 Medicare 会员
lomustine 40 mg capsule	2026年2月1日	增加	--	--	所有 Medicare 会员
Luizza 1 mg-20 mcg tablet	2026年2月1日	增加	--	--	所有 Medicare 会员

受影响的药物 品牌药物名称 学名药 剂量/要求/限制	变更生效日期	变更类型	变更原因	替代药物*	适用范围
Luizza 1.5 mg-30 mcg tablet	2026年2月1日	增加	--	--	所有 Medicare 会员
Otezla XR 75 mg tablet,extended release	2026年2月1日	增加 增加PA	--	--	所有 Medicare 会员
Otezla XR Initiation 10 mg-20 mg-30 mg tablet and 75 mg tablet,ER pack	2026年2月1日	增加 增加PA	--	--	所有 Medicare 会员
Valtva 1 mg-35 mcg tablet	2026年2月1日	增加	--	--	所有 Medicare 会员
Tridacaine II 5 % topical patch	2026年2月1日	增加 增加数量限制 增加PA	--	--	所有 Medicare 会员
DIFICID 200 MG TABLET	2026年2月1日	品牌删除	有学名药 可供选择	使用通用配 方或其他处 方集中同类 治疗药物。	所有 Medicare 会员

受影响的药物 品牌药物名称 学名药 剂量/要求/限制	变更生效日期	变更类型	变更原因	替代药物*	适用范围
Gleostine 10 mg capsule	2026年2月1日	品牌删除	有学名药可供选择	使用通用配方或其他处方集中同类治疗药物。	所有 Medicare 会员
Gleostine 100 mg capsule	2026年2月1日	品牌删除	有学名药可供选择	使用通用配方或其他处方集中同类治疗药物。	所有 Medicare 会员
Gleostine 40 mg capsule	2026年2月1日	品牌删除	有学名药可供选择	使用通用配方或其他处方集中同类治疗药物。	所有 Medicare 会员
Premarin 0.3 mg tablet	2026年2月1日	品牌删除	有学名药可供选择	使用通用配方或其他处方集中同类治疗药物。	所有 Medicare 会员
Premarin 0.45 mg tablet	2026年2月1日	品牌删除	有学名药可供选择	使用通用配方或其他处方集中同类治疗药物。	所有 Medicare 会员

受影响的药物 品牌药物名称 学名药 剂量/要求/限制	变更生效日期	变更类型	变更原因	替代药物*	适用范围
Premarin 0.625 mg tablet	2026年2月1日	品牌删除	有学名药可供选择	使用通用配方或其他处方集中同类治疗药物。	所有 Medicare 会员
Premarin 0.9 mg tablet	2026年2月1日	品牌删除	有学名药可供选择	使用通用配方或其他处方集中同类治疗药物。	所有 Medicare 会员
Premarin 1.25 mg tablet	2026年2月1日	品牌删除	有学名药可供选择	使用通用配方或其他处方集中同类治疗药物。	所有 Medicare 会员

*替代药物是指与未批准药物疗效相当或成本分摊额级别相同的药物。基于药物治疗的效果因人而异，因此只有您的医生才能决定此处所列的替代药物是否适合您使用。请向您的医生咨询此药物是否适合您。本清单并未针对您所选择的药物，全部详尽地列出 IEHP DualChoice 处方集内所有承保的替代药物。

一般而言，IEHP DualChoice 只有在替代药物或级别更低的药物不适用于治疗您所患病症，或会使您产生不良反应的情况/或对您有害时，才能特准您使用未批准药物。

如果您认为您能够使用我们处方集之外的药物或者受限制使用的药物，请与我们联系并提出上诉。若您提出上诉，请

提交由您的医生签发的诊断证明来佐证您的申请。我们一定会在接获您的医生或处方师出示的诊断证明后 72 小时内做出决定。若您本人或您的医生认为长达 72 小时的等候时间可能会严重危害您的健康，您可提出加急（快速）上诉。一旦您的加急（快速）上诉获准，我们就必须在接获您的医生或处方师出示的诊断证明后 24 小时内做出决定。

如果您有任何疑问或需要和我们联络，您可以致电 IEHP DualChoice 会员服务处，电话：**1-877-273-IEHP (4347)**，服务时间为上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），每周 7 天，包括节假日。TTY/TDD 使用者应致电 **1-800-718-4347**。

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 是一项签有 Medicare 合约的 HMO 计划。参保 IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 需视合约续约情况而定。