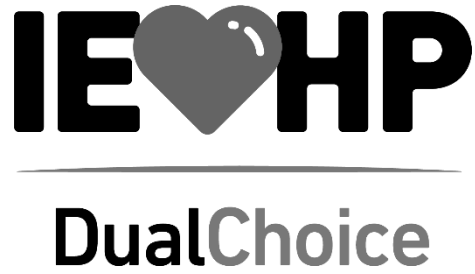


事先授權標準

最後更新日期：2026 年 03 月 26 日

生效日期：2026 年 04 月 01 日



2026年事先授權

(事先授權清單)

請細閱 本文件包含我們在培訓冊所保藥物事先授權的相關資訊

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

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 是一項簽有 Medicare 合約的 HMO 計畫。參保 IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 需視合約續約情況而定。

您可以免費索取本文件的其他格式，例如大字版、盲文版和/或音訊版。請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 會員服務處聯絡。服務時間為上午 8 點至晚上 8 點（太平洋標準時間），每週 7 天，包括節假日。TTY 使用者應撥打 1-800-718-4347。電話服務免費。

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

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

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

ABALOPARATIDE

受影响产品

- TYMLOS

事先授权 (Prior Authorization, PA) 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	24 个月
其他标准	骨质疏松症：未接受过总计 24 个月任何甲状旁腺激素疗法的治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

ABATACEPT IV

受影响产品

- ORENCIA (WITH MALTOSE)

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	首次：类风湿性关节炎（RHEUMATOID ARTHRITIS, RA）、多关节幼年特发性关节炎（POLYARTICULAR JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS, PJIA）：由风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。银屑病关节炎（PSORIATIC ARTHRITIS, PSA）：由皮肤科或风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	RA、PJIA、PSA：首次：6个月，续期：12个月。急性移植物抗宿主病（ACUTE GRAFT VERSUS HOST DISEASE, AGVHD）：1个月。
其他标准	首次：全部适应症：不得与另一种用于同一适应症的全身性生物制剂或靶向小分子药物（例如，JAK 抑制剂、PDE-4 抑制剂）同时使用。RA：试过用一种常规合成疾病调节抗风湿药物（Disease-Modifying Antirheumatic Drugs, DMARD）治疗 3 个月或对其有禁忌症 - 如果患者尝试过 METHOTREXATE，则需要试用每周大于或等于 20 MG 的剂量或最大耐受剂量。续期：RA、PJIA、PSA：1）继续受益于药物治疗，并且 2）不得与另一种用于同一适应症的全身性生物制剂或靶向小分子药物同时使用。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

ABATACEPT SQ

受影响产品

- ORENCIA
- ORENCIA CLICKJECT

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	首次：类风湿性关节炎（RA）、多关节幼年特发性关节炎（PJIA）：由风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。银屑病关节炎（PSA）：由皮肤科或风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：6个月。续期：12个月。
其他标准	首次：RA：试过用一种传统合成型 DMARD（疾病调节抗风湿药物）治疗3个月或对其有禁忌症 - 如果患者尝试过 METHOTREXATE，则需要试用每周至少 20 MG 的剂量或最大耐受剂量。首次/续期：所有适应症：不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子药物（例如 JAK 抑制剂、PDE-4 抑制剂）治疗相同适应症。续期：RA、PJIA、PSA：继续受益于药物治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

ABEMACICLIB

受影响产品

- VERZENIO

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

ABIRATERONE

受影响产品

- *abiraterone*
- *abirtega*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	转移性高危去势敏感性前列腺癌（MCSPC）、转移性去势抵抗性前列腺癌（MCRPC）：1）接受过双侧睾丸切除术，2）睾酮处于去势水平（即低于 50NG/DL），或 3）同时使用促性腺激素释放激素（GNRH）类似物
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

ABIRATERONE SUBMICRONIZED

受影响产品

- *abiraterone, submicronized*
- YONSA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	转移性去势抵抗性前列腺癌（MCRPC）：1）接受过双侧睾丸切除术，2）睾酮处于去势水平（即低于 50 NG/DL），或 3）同时使用促性腺激素释放激素（GNRH）类似物。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

ACALABRUTINIB

受影响产品

- CALQUENCE

- CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

ADAGRASIB

受影响产品

- KRAZATI

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

ADALIMUMAB

受影响产品

- HUMIRA PEN
- HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START
- HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	首次：斑块状银屑病（PSO）：银屑病覆盖百分之 3 或更多的体表面积，或银屑病伤口影响手部、足部、面部、头皮或生殖器区域。
年龄限制	
处方师限制	首次：类风湿性关节炎（RA）、多关节幼年特发性关节炎（PJIA）、强直性脊柱炎（AS）：由风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。银屑病关节炎（PSA）：由皮肤科或风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。PSO、化脓性扁桃体炎（HS）：由皮肤科医生开立处方或与其咨询后建议。克罗恩病（CD）、溃疡性结肠炎（UC）：由胃肠科医生开立处方或与其咨询后建议。葡萄膜炎：由眼科医生开立处方或与其咨询建议。
承保期限	首次：RA、PSO、PJIA、AS、PSA、CD、UC、葡萄膜炎：6 个月，HS：12 个月。续期：12 个月。
其他标准	首次：类风湿性关节炎（RA）：试过用一种传统合成型 DMARD（疾病调节抗风湿药物）治疗 3 个月或对其有禁忌症 - 如果患者尝试过 METHOTREXATE，则需要试用每周至少 20 MG 的剂量或最大耐受剂量。强直性脊柱炎（AS）：试用过非甾体抗炎药（Non-steroidal anti-inflammatory drug, NSAID）或对其有禁忌症。PSO：1）至少试用过一种口服免疫抑制剂（CYCLOSPORINE、METHOTREXATE、TACROLIMUS）或 PUVA（光疗）3 个月，2）对免疫抑制剂和 PUVA 均有禁忌症或不耐受，或 3）患者正在从不同的生物制剂、PDE-4 抑制剂或 JAK 抑制剂转换以治疗相同适应症。葡萄膜炎：没有局限性前葡萄膜炎。首次/续期：所有适应症：不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子药物（例如 JAK 抑制剂、PDE-4 抑

PA 标准	标准详细信息
	制剂) 治疗相同适应症。续期: RA、多关节型幼年特发性关节炎 (PJIA)、PSA、AS、PSO、HS、葡萄膜炎: 继续受益于药物治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

ADALIMUMAB-AATY

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	首次：斑块状银屑病（PSO）：银屑病覆盖百分之 3 或更多的体表面积，或银屑病伤口影响手部、足部、面部、头皮或生殖器区域。
年龄限制	
处方师限制	首次：类风湿性关节炎（RA）、多关节幼年特发性关节炎（PJIA）、强直性脊柱炎（AS）：由风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。银屑病关节炎（PSA）：由皮肤科或风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。PSO、化脓性扁桃体炎（HS）：由皮肤科医生开立处方或与其咨询后建议。克罗恩病（CD）、溃疡性结肠炎（UC）：由胃肠科医生开立处方或与其咨询后建议。葡萄膜炎：由眼科医生开立处方或与其咨询建议。
承保期限	首次：RA、PSO、PJIA、AS、PSA、CD、UC、葡萄膜炎：6 个月，HS：12 个月。续期：12 个月。
其他标准	首次：类风湿性关节炎（RA）：试过用一种传统成型 DMARD（疾病调节抗风湿药物）治疗 3 个月或对其有禁忌症 - 如果患者尝试过 METHOTREXATE，则需要试用每周至少 20 MG 的剂量或最大耐受剂量。AS：试用过非甾体抗炎药（Non-steroidal anti-inflammatory drug, NSAID）或对其有禁忌症。PSO：1）至少试用过一种口服免疫抑制剂（CYCLOSPORINE、METHOTREXATE、TACROLIMUS）或 PUVA（光疗）3 个月，2）对免疫抑制剂和 PUVA 均有禁忌症或不耐受，或 3）患者正在从不同的生物制剂、PDE-4 抑制剂或 JAK 抑制剂转换以治疗相同适应症。葡萄膜炎：没有局限性前葡萄膜炎。首次/续期：所有适应症：不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子药物（例如 JAK 抑制剂、PDE-4 抑制剂）治疗相同适应症。续期：RA、多关节型幼年特发性关节炎（PJIA）、PSA、AS、PSO、HS、葡萄膜炎：继续受益于药物治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。

PA 标准	标准详细信息
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

ADALIMUMAB-ADBIM

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	首次：斑块状银屑病（PSO）：银屑病覆盖百分之 3 或更多的体表面积，或银屑病伤口影响手部、足部、面部、头皮或生殖器区域。
年龄限制	
处方师限制	首次：类风湿性关节炎（RA）、多关节幼年特发性关节炎（PJIA）、强直性脊柱炎（AS）：由风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。银屑病关节炎（PSA）：由皮肤科或风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。PSO、化脓性扁桃体炎（HS）：由皮肤科医生开立处方或与其咨询后建议。克罗恩病（CD）、溃疡性结肠炎（UC）：由胃肠科医生开立处方或与其咨询后建议。葡萄膜炎：由眼科医生开立处方或与其咨询建议。
承保期限	首次：RA、PSO、PJIA、AS、PSA、CD、UC、葡萄膜炎：6 个月，HS：12 个月。续期：12 个月。
其他标准	首次：类风湿性关节炎（RA）：试过用一种传统合成型 DMARD（疾病调节抗风湿药物）治疗 3 个月或对其有禁忌症 - 如果患者尝试过 METHOTREXATE，则需要试用每周至少 20 MG 的剂量或最大耐受剂量。AS：试用过非甾体抗炎药（Non-steroidal anti-inflammatory drug, NSAID）或对其有禁忌症。PSO：1）至少试用过一种口服免疫抑制剂（CYCLOSPORINE、METHOTREXATE、TACROLIMUS）或 PUVA（光疗）3 个月，2）对免疫抑制剂和 PUVA 均有禁忌症或不耐受，或 3）患者正在从不同的生物制剂、PDE-4 抑制剂或 JAK 抑制剂转换以治疗相同适应症。葡萄膜炎：没有局限性前葡萄膜炎。首次/续期：所有适应症：不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子药物（例如 JAK 抑制剂、PDE-4 抑制剂）治疗相同适应症。续期：RA、多关节型幼年特发性关节炎（PJIA）、PSA、AS、PSO、HS、葡萄膜炎：继续受益于药物治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。

PA 标准	标准详细信息
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

AFATINIB

受影响产品

- GILOTRIF

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	EGFR 基因突变的转移性非小细胞肺癌（NSCLC）：未同时使用 EGFR 酪氨酸激酶抑制剂进行治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

ALECTINIB

受影响产品

- ALECENSA
- AVMAPKI-FAKZYNJA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

ALPELISIB-PIQRAY

受影响产品

- PIQRAY ORAL TABLET 200 (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY
MG/DAY (200 MG X 1), 250 MG/DAY (150 MG X 2)

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

AMIKACIN LIPOSOMAL INH

受影响产品

- ARIKAYCE

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	鸟分枝杆菌复合群（MAC）肺病：续期：1）在连续的 MAC 痰培养呈阴性后无阳性，并且 2）症状有所改善。此外，对于第一次续期，则需要在接受 ARIKAYCE 治疗 6 个月后，至少有一次 MAC 痰培养呈阴性才能获得批准。对于第二次及随后续期，则需要在接受 ARIKAYCE 治疗 12 个月后，至少有三次 MAC 痰培养呈阴性才能获得批准。
年龄限制	
处方师限制	MAC 肺病：首次：由肺科医生或传染疾病专科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次/续期：6 个月。
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

AMIVANTAMAB-VMJW

受影响产品

- RYBREVANT

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

ANAKINRA

受影响产品

- KINERET

PA 标准	标准详细信息
除外标准	住院成人的 2019 冠状病毒疾病 (CORONAVIRUS DISEASE 2019, COVID-19)。
必要医疗信息	首次: 冷冻素相关周期性综合征 (CAPS): 1) 符合以下其中一项: (A) NLRP3 基因中功能增益突变的基因检测, 或 (B) 具有炎症标志物 (即 C 反应蛋白[CRP]、红细胞沉降率[ESR]、血清淀粉样蛋白 A 蛋白[SAA]或 S100 蛋白升高), 以及 2) 以下其中两项: 荨麻疹样皮疹 (中性粒细胞性皮炎)、冷诱发发作、感觉神经性听力损失、肌肉骨骼症状、慢性无菌性脑膜炎、骨骼异常。白细胞介素-1 受体拮抗剂缺乏症 (DIRA): 1) 符合以下其中一项: (A) IL1RN 基因中功能增益突变的基因检测, 或 (B) 具有炎症标志物 (即 CRP、ESR 升高), 并且 2) 符合以下其中一项: 脓疱性银屑病样皮疹、骨髓炎、无细菌性骨髓炎、脱甲症。
年龄限制	
处方师限制	首次: 类风湿性关节炎 (RA): 由风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	RA: 首次: 6 个月, 续期: 12 个月。CAPS、DIRA: 终生。
其他标准	首次: 所有适应症: 不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子药物 (例如 JAK 抑制剂、PDE-4 抑制剂) 治疗相同适应症。 RA: 试用过以下其中两种首选药物或对其有禁忌症: HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA、XELJANZ、RINVOQ、ORENCIA。续期: RA: 1) 继续受益于药物治疗, 并且 2) 不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子药物治疗相同适应症。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

APALUTAMIDE

受影响产品

- ERLEADA ORAL TABLET 240 MG, 60 MG

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	非转移性去势抵抗性前列腺癌（NMCRPC）、转移性去势敏感性前列腺癌（MCSPC）：1）接受过双侧睾丸切除术，2）睾酮处于去势水平（即低于 50NG/DL），或 3）同时使用促性腺激素释放激素（GNRH）类似物。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

APOMORPHINE - ONAPGO

受影响产品

- ONAPGO

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	帕金森病 (PARKINSONS DISEASE, PD): 首次: 由神经科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次/续期: 12 个月
其他标准	PD: 续期: 治疗期间运动症状有所改善。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

APOMORPHINE - SL

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	帕金森病 (PD)：首次：18 岁或以上。
处方师限制	PD：首次：由神经科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：6 个月。续期：12 个月
其他标准	PD：续期：使用治疗方法后，非发作期的运动波动有所改善。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

APREMILAST

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	首次: 轻度斑块状银屑病 (PSO): 1) 银屑病覆盖低于百分之 3 的体表面积 (BSA), 2) 静态医生整体评估 (SPGA) 评分为 2, 或 3) 银屑病面积和严重程度指数 (PASI) 评分为 2 至 9。中度至重度 PSO: 银屑病覆盖百分之 3 或更多的 BSA, 或银屑病病变影响手部、足部、面部、头皮或生殖器区域。
年龄限制	
处方师限制	首次: 银屑病关节炎 (PSA): 由皮肤科或风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。PSO: 由皮肤科医生开立处方或与其咨询后建议。白塞病: 由风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次: 6 个月。续期: 12 个月。
其他标准	首次: 轻度 PSO: 试用过一种常规全身疗法 (如 METHOTREXATE、ACITRETIN、CYCLOSPORINE) 或一种常规局部疗法 (如局部皮质类固醇) 或对其有禁忌症。中度至重度 PSO: 1) 至少试用过一种口服免疫抑制剂 (CYCLOSPORINE、METHOTREXATE、TACROLIMUS) 或 PUVA (光疗) 3 个月, 2) 对免疫抑制剂和 PUVA 均有禁忌症或不耐受, 或 3) 患者正在从不同的生物制剂、PDE-4 抑制剂或 JAK 抑制剂转换以治疗相同适应症。白塞病: 1) 根据临床症状有口腔溃疡或有复发性口腔溃疡病史, 并且 2) 试用过一种或多种保守疗法 (如秋水仙碱、局部皮质类固醇、口服皮质类固醇) 或对其有禁忌症。首次/续期: 所有适应症: 不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子药物 (例如 JAK 抑制剂、PDE-4 抑制剂) 治疗相同适应症。续期: 所有适应症: 继续受益于药物治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。

PA 标准	标准详细信息
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

ARIMOCLOMOL

受影响产品

- MIPLYFFA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	尼曼-匹克病 C 型 (NPC)：首次：由神经科医生或遗传学家开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：6 个月。续期：12 个月。
其他标准	NPC：续期：改善或减缓疾病进展。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

ASCIMINIB

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	已治疗过或有 T315I 突变的费城染色体阳性慢性粒细胞白血病（Ph+CML）：根据美国国家综合癌症网络（National Comprehensive Cancer Network, NCCN）基于 BCR-abl1 基因突变情况的治疗建议指南表，在开始治疗前进行基因突变分析和使用 SCEMBLIX 具适当性。
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

ASFOTASE ALFA

受影响产品

- STRENSIQ

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	低磷酸盐血症（HPP）：首次：由内分泌科医生、遗传学家或代谢专科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：6个月。续期：12个月。
其他标准	首次：围产期/婴儿期发病的 HPP：1) HPP 发病时年龄为 6 个月或更小，并且 2) 经基因检测或以下其中两项确认组织非特异性碱性磷酸酶（TNSALP）（ALPL）基因突变呈阳性：（A）血清碱性磷酸酶（ALP）水平低于患者年龄的正常范围，（B）血清吡哆醛-5'-磷酸（PLP）水平升高且前一周内未补充维生素 B6，（C）尿液磷酸乙醇胺（PEA）水平高于正常范围患者年龄，（D）HPP 的射线影像证据，（E）以下其中至少两项：（I）佝偻病胸部畸形，（II）颅缝早闭，（III）骨骼生长迟缓导致运动发育迟缓，（IV）维生素 B6 依赖性癫痫病史，（V）肾钙质沉着症或血清钙升高病史，（VI）非创伤性产后骨折或骨折愈合迟缓病史或出现非创伤性产后骨折或骨折愈合迟缓。青少年型 HPP：1) HPP 发病时年龄不超过 18 岁，并且 2) 经基因检测确认 TNSALP ALPL 基因突变呈阳性或以下其中两项：（A）血清 ALP 水平低于患者年龄的正常范围，（B）血清 PLP 水平升高且前一周内未补充维生素 B6，（C）尿液 PEA 水平高于患者年龄的正常范围，（D）HPP 的射线影像证据，（E）以下其中至少两项：（I）佝偻病畸形，（II）5 岁前乳牙过早脱落，（III）骨骼生长迟缓导致运动发育迟缓，（IV）非创伤性骨折或骨折愈合迟缓病史或出现非创伤性骨折或骨折愈合迟缓。所有适应症：1) 目前没有在接受双磷酸盐治疗，2) 钙或磷酸盐水平未低于正常范围，3) 未患可治疗的佝偻病。续期：所有适应症：1) HPP 的骨骼特征有所改善，并且 2) 目前没有在接受双磷酸盐治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。

PA 标准	标准详细信息
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

ATOGEPANT

受影响产品

- QULIPTA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	首次：6 个月。续期：12 个月。
其他标准	偏头痛预防：首次/续期：不得与其他用于预防偏头痛的降钙素基因相关肽 (CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE, CGRP) 抑制剂同时使用。续期：治疗期间偏头痛或头痛频率、严重程度或持续时间降低。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

AVACOPAN

受影响产品

- TAVNEOS

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	抗中性粒细胞胞浆自身抗体（ANCA）相关血管炎：首次：ANCA 血清阳性（抗 PR3 或抗 MPO）。
年龄限制	
处方师限制	ANCA 相关血管炎：首次：由风湿科医生或肾脏科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次/续期：6 个月。
其他标准	ANCA 相关血管炎：续期：继续受益于治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

AVAPRITINIB

受影响产品

- AYVAKIT

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	无

AVUTOMETINIB-DEFACTINIB

受影响产品

- AVMAPKI
- FAKZYNJA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

AXATILIMAB-CSFR

受影响产品

- NIKTIMVO

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	慢性移植物抗宿主病（CGVHD）：1）至少两种全身疗法失败，其中一种必须是试用过 JAKAFI 或对其有禁忌症，并且 2）不得同时使用 JAKAFI、REZUROCK 或 IMBRUVICA。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

AXITINIB

受影响产品

- INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

AZACITIDINE

受影响产品

- ONUREG

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

AZTREONAM INHALED

受影响产品

- CAYSTON

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	7 岁或以上
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

BEDAQUILINE

受影响产品

- SIRTURO

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	24 周
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

BELIMUMAB

受影响产品

- BENLYSTA SUBCUTANEOUS

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	首次：系统性红斑狼疮（SLE）：由风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。狼疮性肾炎（LN）：首次：由风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：6个月。续期：12个月
其他标准	首次：SLE：目前正在服用皮质类固醇、抗疟药、非甾体抗炎药或免疫抑制剂。续期：SLE：患者临床症状已有所改善。LN：基线实验室值（即 EGFR 或蛋白尿）和/或临床参数显示肾脏反应有所改善。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

BELUMOSUDIL

受影响产品

- REZUROCK

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	慢性移植物抗宿主病（CGVHD）：1）至少两种全身疗法失败，其中一种必须是试用过 JAKAFI 或对其有禁忌症，并且 2）不得同时使用 JAKAFI、NIKTIMVO 或 IMBRUVICA。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

BELZUTIFAN

受影响产品

- WELIREG

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

BENDAMUSTINE

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

BENRALIZUMAB

受影响产品

- FASENRA
- FASENRA PEN

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	首次：哮喘：过去 12 个月内血液嗜酸性粒细胞水平至少为 150 CELLS/MCL。
年龄限制	
处方师限制	首次：哮喘：由过敏或肺医学专科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次/续期：12 个月。
其他标准	首次：哮喘：1) 同时使用中剂量、高剂量或最大耐受剂量的吸入皮质类固醇 (ICS) 和一种其他维持药物进行治疗，并且 2) 在过去 12 个月内，出现一次哮喘恶化需要全身皮质类固醇冲击疗法，持续至少 3 天，或在过去 12 个月内，出现至少一次严重恶化需要住院或急诊就诊，或在过去 4 周内出现以下至少三项情况证明尽管目前接受治疗但症状控制不佳：(A) 日间哮喘症状超过每周两次，(B) 由于哮喘造成夜间醒来，(C) 每周使用 SABA 缓解症状超过两次，(D) 由于哮喘引起的任何活动限制。首次/续期：所有适应症：不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子药物 (例如 JAK 抑制剂、PDE-4 抑制剂) 治疗相同适应症。续期：哮喘：1) 已继续使用 ICS 和一种其他维持药物，并且 2) 经由临床反应证明：(A) 相较于基线，哮喘恶化次数有所减少，(B) 抢救药物的使用减少，(C) 相较于治疗前基线，预测 FEV1 百分比有所增加，或 (D) 哮喘相关症状的严重程度或频率降低。嗜酸性肉芽肿性多血管炎 (EGPA)：相较于基线，EGPA 症状有所减轻或能够减少/消除皮质类固醇的使用。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无

PA 标准	标准详细信息
必须先行治疗	是

BETAINE

受影响产品

- *betaine*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

BEVACIZUMAB-BVZR

受影响产品

- ZIRABEV

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	本药物也需要经过付款裁决，并可能由 MEDICARE B 部分或 D 部分承保。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

BEXAROTENE

受影响产品

- *bexarotene*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

BINIMETINIB

受影响产品

- MEKTOVI

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

BORTEZOMIB

受影响产品

- *bortezomib injection*
- BORUZU

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	本药物也需要经过付款裁决，并可能由 MEDICARE B 部分或 D 部分承保。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

BOSENTAN

受影响产品

- *bosentan oral tablet*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	肺动脉高压 (PAH)：首次：通过右心导管检查确诊，参数如下： 1) 平均肺动脉压 (PAP) 大于 20 MMHG，2) 肺毛细血管楔压 (PCWP) 为 15 MMHG 或更低，并且 3) 肺血管阻力 (PVR) 大于 2 WOOD 单位。
年龄限制	
处方师限制	PAH：首次：由心脏科医生或肺科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次/续期：12 个月。
其他标准	PAH：首次：1) 肝酶 (ALT、AST) 升高未超过正常上限 (ULN) 的 3 倍，或胆红素升高未超过 ULN 的 2 倍或以上，并且 2) 不得同时使用 CYCLOSPORINE A 或 GLYBURIDE。续期：不得同时使用 CYCLOSPORINE A 或 GLYBURIDE。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

BOSUTINIB

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	之前已治疗过费城染色体阳性慢性粒细胞白血病（Ph+ CML）：根据美国国家综合癌症网络（NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK, NCCN）基于 BCR-ABL1 基因突变情况的治疗建议指南表，在开始治疗前进行基因突变分析具适当性。
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

BRIGATINIB

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

C1 ESTERASE INHIBITOR-HAEGARDA

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	遗传性血管性水肿（HAE）：首次：通过以下其中一项互补检测确诊 1) 第三型 HAE 或 2) 第一型或第二型 HAE：C1-INH 蛋白水平、C4 蛋白水平、C1-INH 功能水平、C1Q。
年龄限制	
处方师限制	HAE：首次：由血液科医生、免疫科医生、过敏科医生或肺科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次/续期：12 个月。
其他标准	HAE：首次：续期：未同时使用其他预防 HAE 发作的替代药物进行治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

CABOZANTINIB CAPSULE

受影响产品

- 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)

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

CABOZANTINIB TABLET

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

CANNABIDIOL

受影响产品

- EPIDIOLEX

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	首次：德拉夫综合征（DS）、勒诺克斯-伽斯托综合征（LGS）、结节性硬化综合征（TSC）：由神经科医生开立处方与其咨询后建议。
承保期限	首次/续期：12 个月。
其他标准	首次：LGS：试用过以下其中两种抗癫痫药物或对其有禁忌症：RUFINAMIDE、FELBAMATE、CLOBAZAM、TOPIRAMATE、LAMOTRIGINE、CLONAZEPAM。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

CAPIVASERTIB

受影响产品

- TRUQAP

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

CAPMATINIB

受影响产品

- TABRECTA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

CARGLUMIC ACID

受影响产品

- *carglumic acid*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	首次：由于缺乏 N 乙酰谷氨酸合酶（NAGS）而引起的急性或慢性高氨血症（HA）：通过生化或基因检测确认 NAGS 基因突变。由于丙酸血症（PA）而引起的急性 HA：1）确认甲基柠檬酸升高而甲基丙二酸正常，或 2）基因检测确认 PCCA 或 PCCB 基因发生突变。由于甲基丙二酸血症（MMA）而引起的急性 HA：1）确认甲基丙二酸、甲基柠檬酸升高，或 2）基因检测确认 MMUT、MMA、MMAB 或 MMADHC 基因发生突变。
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	由于 NAGS/PA/MMA 而引起的急性 HA：7 天。由于 NAGS 而引起的慢性 HA：首次：6 个月，续期：12 个月。
其他标准	续期：由于 NAGS 而引起的慢性 HA：患者临床症状已显示有所改善。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

CERITINIB

受影响产品

- ZYKADIA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

CERTOLIZUMAB PEGOL

受影响产品

- 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)

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	首次：斑块状银屑病（PSO）：银屑病覆盖百分之3或更多的体表面积，或银屑病伤口影响手部、足部、面部、头皮或生殖器区域。非放射性中轴型脊柱关节炎（NR-AXSPA）：1）C反应蛋白（CRP）水平高于正常上限，或2）磁共振成像（MRI）显示骶髂关节炎。
年龄限制	
处方师限制	首次：类风湿性关节炎（RA）、强直性脊柱炎（AS）、NR-AXSPA 多关节幼年特发性关节炎（PJIA）：由风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。银屑病关节炎（PSA）：由皮肤科或风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。克罗恩病（CD）：由胃肠科医生开立处方或与其咨询后建议。PSO：由皮肤科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：6个月。续期：12个月。
其他标准	首次：RA：试用过以下其中两种首选药物或对其有禁忌症：HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA、XELJANZ、RINVOQ、ORENCIA。PSA：试用过以下其中两种首选药物或对其有禁忌症：COSENTYX、HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA、SELARSDI/YESINTEK、XELJANZ、RINVOQ、SKYRIZI、TREMIFYA、ORENCIA、OTEZLA。AS：试用过以下其中两种首选药物或对其有禁忌症：COSENTYX、HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA、XELJANZ、RINVOQ。CD：试用过以下其中一种首选药物或对其有禁忌症：SELARSDI/YESINTEK、HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA、RINVOQ、SKYRIZI、TREMIFYA。PSO：试用过以下其中两种首选药物或对其有禁忌症：COSENTYX、HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA、SELARSDI/YESINTEK、SKYRIZI、TREMIFYA、OTEZLA。NR-AXSPA：试用过非甾体抗炎药（Non-steroidal anti-inflammatory drug, NSAID）或对其有禁忌症。PJIA：试用过以下其中两种首选药物或对其有禁忌症：HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA、XELJANZ IR、ORENCIA、

PA 标准	标准详细信息
	RINVOQ。针对 RA、PSA、PSO、AS、CD、PJIA 的首次：如果患者正在怀孕、哺乳或尝试怀孕，则不需试用阶段药物或对其有禁忌症。首次/续期：所有适应症：不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子药物（例如 JAK 抑制剂、PDE-4 抑制剂）治疗相同适应症。针对 RA、PSA、AS、PSO、NR-AXSPA、PJIA 的续期：继续受益于药物治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

CETUXIMAB

受影响产品

- ERBITUX

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	本药物也需要经过付款裁决，并可能由 MEDICARE B 部分或 D 部分承保。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

CLADRIBINE

受影响产品

- 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)

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	48 周。
其他标准	复发型多发性硬化症（MS）：未接受过总计两年的 MAVENCLAD 治疗（即每年两个疗程，每个疗程两个周期）。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

CLOBAZAM-SYMPAZAN

受影响产品

- SYMPAZAN

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	首次：勒诺克斯-伽斯托综合征（LGS）：由神经科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次/续期：12 个月
其他标准	LGS：首次：对 CLOBAZAM 有禁忌症或无法吞咽 CLOBAZAM 片剂或悬液剂。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

COBIMETINIB

受影响产品

- COTELLIC

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

CORTICOTROPIN

受影响产品

- CORTROPHIN GEL INJECTION

PA 标准	标准详细信息
除外标准	首次：未批准用于诊断目的。
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	首次：除婴儿痉挛症和多发性硬化症（MS）外，所有获得 FDA 批准的适应症：由风湿科医生、皮肤科医生、过敏/免疫科医生、眼科医生、肺科医生或肾科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	婴儿痉挛症和 MS：28 天。所有其他获得 FDA 批准的适应症：首次/续期：12 个月。
其他标准	首次：除婴儿痉挛症外，所有获得 FDA 批准的适应症：试用过静脉注射（IV）皮质类固醇或对其有禁忌症。续期：除婴儿痉挛症和 MS 外，所有获得 FDA 批准的适应症：治疗期间显示症状缓解和/或化验检测正常化，表明临床益处。B 部分先于 D 部分阶段疗法，仅适用于 MA-PD 计划的受益人。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

CRIZOTINIB CAPSULE

受影响产品

- XALKORI ORAL CAPSULE

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

CRIZOTINIB PELLETS

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必须医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	非小细胞肺癌（NSCLC）、间变性大细胞淋巴瘤（ALCL）、炎性肌成纤维细胞瘤（IMT）：无法吞咽胶囊。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

DABRAFENIB CAPSULES

受影响产品

- TAFINLAR ORAL CAPSULE

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

DABRAFENIB SUSPENSION

受影响产品

- TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	无法吞咽 TAFINLAR 胶囊。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

DACOMITINIB

受影响产品

- VIZIMPRO

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	转移性非小细胞肺癌（NSCLC）：未同时使用 EGFR 酪氨酸激酶抑制剂进行治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

DALFAMPRIDINE

受影响产品

- *dalfampridine*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	多发性硬化症 (MS): 首次: 由神经科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次/续期: 12 个月
其他标准	多发性硬化症 (MS): 首次: 存在行走障碍症状, 例如轻度至中度双侧下肢无力或单侧无力, 伴有下肢或躯干共济失调。续期: 行走能力有所改善。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

DAROLUTAMIDE

受影响产品

- NUBEQA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	非转移性去势抵抗性前列腺癌（NMCRPC）、转移性去势敏感性前列腺癌（MCSPC）：1）接受过双侧睾丸切除术，2）睾酮处于去势水平（即低于 50NG/DL），或 3）同时使用促性腺激素释放激素（GNRH）类似物。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

DASATINIB

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	之前已治疗过费城染色体阳性慢性粒细胞白血病（Ph+ CML）：根据美国国家综合癌症网络（National Comprehensive Cancer Network, NCCN）基于 BCR-ABL1 基因突变情况的治疗建议指南表，在治疗前进行基因突变分析和使用 DASATINIB 具适当性。
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

DATOPOTAMAB DERUXTECAN-DLNK

受影响产品

- DATROWAY

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

DECITABINE/CEDAZURIDINE

受影响产品

- INQOVI

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

DEFERASIROX

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	首次：因输血导致的慢性铁过载：血清铁蛋白水平持续高于 1000 mcg/L。非输血依赖型地中海贫血 (NTDT) 导致的慢性铁过载：1) 血清铁蛋白水平持续高于 300 mcg/L（过去三个月内至少有两次实验室检测值），以及 2) 肝铁浓度 (LIC) 为 5 mg Fe/g 肝干重或更高。续期：因输血导致的慢性铁过载：血清铁蛋白水平持续高于 500 mcg/L。NTDT：1) 血清铁蛋白水平持续高于 300 mcg/L（过去三个月内至少有两次实验室检测值）或者 2) 肝铁浓度 (LIC) 为 3 mg Fe/g 肝干重或更高。
年龄限制	
处方师限制	首次：输血导致的慢性铁过载或非输血依赖型地中海贫血 (NTDT)：由血液科医生或血液科 / 肿瘤科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：6 个月。续期：12 个月。
其他标准	首次：因输血或非输血依赖型地中海贫血(NTDT) 导致的慢性铁过载：地拉罗司分散颗粒剂：曾试用过通用型地拉罗司口服片剂或口服混悬片剂，或对其有禁忌症。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

DENOSUMAB-BMWO-OSENVELT

受影响产品

- OSENVELT

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

DENOSUMAB-XGEVA

受影响产品

- XGEVA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

DEUTETRABENAZINE

受影响产品

- 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)

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	亨廷顿病：由神经科医生或运动障碍专科医生开立处方或与其咨询后建议。迟发性运动障碍：由神经科医生、精神科医生或运动障碍专科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	12 个月
其他标准	迟发性运动障碍：使用会导致迟发性运动障碍的药物的病史。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

DICLOFENAC TOPICAL SOLUTION

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	6 个月
其他标准	膝关节骨性关节炎：试用过处方集版本的 DICLOFENAC SODIUM 1.5% TOPICAL DROPS 或对其有禁忌症。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

DICLOFENAC-FLECTOR

受影响产品

- *diclofenac epolamine*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有医学上认可的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

DIMETHYL FUMARATE

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

DIROXIMEL FUMARATE

受影响产品

- VUMERITY

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

DORDAVIPRONE

受影响产品

- MODEYSO

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

DOSTARLIMAB-GXLY

受影响产品

- JEMPERLI

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	无

DRONABINOL CAPSULE

受影响产品

- *dronabinol*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	6 个月
其他标准	与癌症化疗相关的恶心和呕吐：试用过一种抗恶心疗法或对其有禁忌症。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

DROXIDOPA

受影响产品

- *droxidopa*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	神经源性正张性低血压（NOH）：首次：1）患者坐着时和从仰卧姿站立后 3 分钟内的基线血压读数。2）从坐姿站立后三分钟内，收缩压下降至少 20 MMHG 或舒张压下降至少 10 MMHG。
年龄限制	
处方师限制	NOH：首次：由心脏科医生或肺科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：3 个月，续期：12 个月。
其他标准	NOH：续期：继续受益于药物治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

DUPILUMAB

受影响产品

- DUPIXENT PEN
- DUPIXENT SYRINGE

PA 标准	标准详细信息
除外标准	PA 标准：待 CMS 批准
必要医疗信息	PA 标准：待 CMS 批准
年龄限制	PA 标准：待 CMS 批准
处方师限制	PA 标准：待 CMS 批准
承保期限	PA 标准：待 CMS 批准
其他标准	PA 标准：待 CMS 批准
适应症	PA 标准：待 CMS 批准
药品仿单标示外使用	PA 标准：待 CMS 批准
B 部分先决条件	PA 标准：待 CMS 批准
必须先行治疗	PA 标准：待 CMS 批准

DUVELISIB

受影响产品

- COPIKTRA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

EFLORNITHINE

受影响产品

- IWILFIN

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	24 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

ELACESTRANT

受影响产品

- ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

ELAGOLIX

受影响产品

- ORILISSA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	与子宫内膜异位症相关的中度至重度疼痛：首次：在过去 10 年内通过手术或直接观察（如盆腔超声波）或组织病理学的确认（如腹腔镜检查或开腹手术）确诊。
年龄限制	与子宫内膜异位症相关的中度到重度疼痛：首次：18 岁或以上。
处方师限制	与子宫内膜异位症相关的中度至重度疼痛：首次：由妇产科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：6 个月，续期：12 个月
其他标准	与子宫内膜异位症相关的中度至重度疼痛：首次：1) 不得同时使用另一种促性腺激素释放激素（Gonadotropin-releasing hormone, GNRH）调节剂，并且 2) 试用过非甾体抗炎药（non-steroidal anti-inflammatory drug, NSAID）和含孕激素的制剂或对其有禁忌症。续期：1) 治疗期间与子宫内膜异位症相关的疼痛有所改善，并且 2) 不得同时使用另一种 GNRH 调节剂
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

ELAPEGADEMASE-LVLR

受影响产品

- REVCOVI

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	腺苷脱氨酶严重联合免疫缺陷（ADA-SCID）：首次：ADA-SCID 表现为：1）基因测试确认，或 2）化验检查结果暗示（例如，脱氧腺苷酸[DAXP]水平升高、淋巴细胞减少）和标志性体征/症状（例如，反复感染、发育不良、持续性腹泻）。
年龄限制	
处方师限制	ADA-SCID：首次：由免疫科医生、血液科医生/肿瘤科医生，或遗传代谢性疾病专科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：6 个月。续期：12 个月。
其他标准	ADA-SCID：续期：1）相较于基线，免疫功能有所改善或维持，并且 2）未接受过成功的 HCT 或基因治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

ELEXACAFTOR-TEZACAFTOR-IVACAFTOR

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	囊性纤维化（CF）：首次：可接受经过确认的 CFTR 基因突变以进行囊性纤维化治疗。
年龄限制	
处方师限制	CF：首次：由肺科医生或囊性纤维化专家开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：6 个月。续期：终生。
其他标准	CF：续期：临床状况有所改善。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

ELRANATAMAB-BCMM

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	首次：6 个月。续期：12 个月。
其他标准	复发或难治性多发性骨髓瘤：续期：1) 已接受至少 24 周的 ELREXFIO 治疗，并且 2) 对治疗有反应（部分反应或更好），并且维持此反应至少 2 个月。本药物也需要经过付款裁决，并可能由 MEDICARE B 部分或 D 部分承保。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

ELTROMBOPAG - ALVAIZ

受影响产品

- ALVAIZ

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	持续或慢性免疫性血小板减少症 (ITP)：首次：1) 血小板计数低于 $30 \times 10^9/L$ ，或 2) 血小板计数低于 $50 \times 10^9/L$ ，且之前发生过出血事件。
年龄限制	
处方师限制	首次：ITP：由血液科医生或免疫科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	ITP：首次：6 个月，续期：12 个月。丙型肝炎、重型再生障碍性贫血：12 个月。
其他标准	首次：ITP：1) 试用过一种皮质类固醇或免疫球蛋白或对其有禁忌症，或对脾切除术的反应不足，并且 2) 不得同时使用其他血小板生成素受体激动剂 (TPO-RAS)。续期：ITP：1) 相较于基线，血小板计数有所改善或出血事件减少，并且 2) 不得同时使用其他 TPO-RAS。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

ELTROMBOPAG - PROMACTA

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	持续性或慢性免疫性血小板减少症 (IMMUNE THROMBOCYTOPENIA, ITP): 首次: 1) 血小板计数低于 $30 \times 10^9/L$, 且在过去 3 个月内至少有 2 次独立的实验室检测结果, 或 2) 血小板计数低于 $50 \times 10^9/L$, 且在过去 3 个月内至少有 2 次独立的实验室检测结果, 存在既往出血事件。
年龄限制	
处方师限制	首次: ITP: 由血液科医生或免疫科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	ITP: 首次: 6 个月; 续期: 12 个月。丙型肝炎、危重再生障碍性贫血: 12 个月。
其他标准	首次: ITP: 1) 曾试用一种皮质类固醇或免疫球蛋白或对其存在禁忌证, 或对脾切除术的反应不足, 以及 2) 不得与其他血小板生成素受体激动剂 (Thrombopoietin Receptor Agonist, TPO-RA) 联合使用。所有适应症: 艾曲泊帕口服混悬液颗粒剂: 曾试用处方集版本的艾曲泊帕片剂, 或患者无法耐受片剂剂型。续期: ITP: 1) 血小板计数较基线改善或出血事件减少, 以及 2) 不得与其他 TPO-RA 联合使用。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

ENASIDENIB

受影响产品

- IDHIFA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

ENCORAFENIB

受影响产品

- BRAFTOVI

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

ENSARTINIB

受影响产品

- ENSACOVE ORAL CAPSULE
100MG, 25 MG

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

ENTRECTINIB CAPSULES

受影响产品

- ROZLYTREK ORAL CAPSULE
100 MG, 200 MG

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

ENTRECTINIB PELLETS

受影响产品

- ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	转移性非小细胞肺癌（NSCLC）、实体瘤：1）试用过或 ROZLYTREK 胶囊制成口服悬液剂或对其有禁忌症，并且 2）难以或无法吞咽胶囊。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

ENZALUTAMIDE

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	非转移性去势敏感性前列腺癌（NMCSPC）：转移风险高（即 PSA 倍增时间为 9 个月或更短）。转移性去势抵抗性前列腺癌（MCRPC）。非转移性 CRPC（NMCRPC）、转移性 CSPC（MCSPC）、NMCSPC：1）接受过双侧睾丸切除术，2）睾酮处于去势水平（即低于 50NG/DL），或 3）同时使用促性腺激素释放激素（GNRH）类似物。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

EPCORITAMAB-BYSP

受影响产品

- EPKINLY

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	本药物也需要经过付款裁决，并可能由 MEDICARE B 部分或 D 部分承保。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

EPOETIN ALFA-EPBX

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	首次：慢性肾病 (Chronic Kidney Disease, CKD)、齐多夫定 (Zidovudine) 相关贫血或癌症化疗相关贫血：血红蛋白水平低于 10 g/dL。择期、非心脏、非血管手术：血红蛋白水平不超过 13 g/dL。续方：1) 成人非透析依赖型慢性肾病 (CKD)：(A) 血红蛋白水平低于 10 g/dL，或 (B) 血红蛋白水平已达到 10 g/dL 且正在减少或已经减少剂量 / 中断给药以减少输血需求。2) 慢性肾病 (CKD) 小儿患者：(A) 血红蛋白水平低于 10 g/dL，或 (B) 血红蛋白水平已接近或超过 12 g/dL 且正在减少或已经减少剂量 / 中断给药以减少输血需求。3) 齐多夫定相关贫血：血红蛋白水平介于 10 g/dL 至 12 g/dL 之间。4) 癌症化疗相关贫血：(A) 血红蛋白水平低于 10 g/dL，或 (B) 血红蛋白水平未超过避免红细胞 (Red Blood Cell, RBC) 输注所需的水平。
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	化疗/慢性肾病（非透析）/齐多夫定相关贫血：首次/续期：12 个月。手术：1 个月。
其他标准	续期：慢性肾病 (Chronic Kidney Disease, CKD)：未接受透析治疗。根据具体情况，本药物可能被纳入末期肾病透析相关服务并予以承保，或者在特定情况下由 Medicare D 部分承保。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

ERDAFITINIB

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

ERENUMAB-AOOE

受影响产品

- AIMOVIG AUTOINJECTOR

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	首次：6 个月。续期：12 个月。
其他标准	偏头痛：首次/续期：不得与其他降钙素基因相关肽 (Calcitonin Gene-Related Peptide, CGRP) 抑制剂联合用于偏头痛预防。续期：治疗后偏头痛或头痛频率、严重程度或持续时间降低/减少。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

ERLOTINIB

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	EGFR 基因突变的转移性非小细胞肺癌（NSCLC）：未同时使用 EGFR 酪氨酸激酶抑制剂进行治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

ESKETAMINE

受影响产品

- SPRAVATO

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	首次：难治性抑郁症（TRD）、重度抑郁症（MDD）：由精神科医生或其他经 REMS 认证的医疗服务提供者开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：TRD：3 个月。MDD：4 周。续期：TRD、MDD：12 个月。
其他标准	首次：TRD、MDD：1) 非精神病性、单极性抑郁症；2) 目前无物质滥用。续期：TRD、MDD：相较于基线，显示临床益处（抑郁症有所改善）。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

ETANERCEPT

受影响产品

- ENBREL
- ENBREL SURECLICK
- ENBREL MINI

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	首次：斑块状银屑病（PSO）：银屑病覆盖百分之 3 或更多的体表面积，或银屑病伤口影响手部、足部、面部、头皮或生殖器区域。
年龄限制	
处方师限制	首次：类风湿性关节炎（RA）、多关节幼年特发性关节炎（PJIA）、强直性脊柱炎（AS）：由风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。银屑病关节炎（PSA）：由皮肤科或风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。PSO：由皮肤科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：6 个月。续期：12 个月。
其他标准	首次：RA：试过用一种传统合成型 DMARD（疾病调节抗风湿药物）治疗 3 个月或对其有禁忌症 - 如果患者尝试过 METHOTREXATE，则需要试用每周至少 20 MG 的剂量或最大耐受剂量。AS：试用过非甾体抗炎药（Non-steroidal anti-inflammatory drug, NSAID）或对其有禁忌症。PSO：1）至少试用过一种口服免疫抑制剂（CYCLOSPORINE、METHOTREXATE、TACROLIMUS）或 PUVA（光疗）3 个月，2）对免疫抑制剂和 PUVA 均有禁忌症或不耐受，或 3）患者正在从不同的生物制剂、PDE-4 抑制剂或 JAK 抑制剂转换以治疗相同适应症。首次/续期：所有适应症：不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子药物（例如 JAK 抑制剂、PDE-4 抑制剂）治疗相同适应症。续期：所有适应症：继续受益于药物治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

EVEROLIMUS-AFINITOR

受影响产品

- *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*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

EVEROLIMUS-AFINITOR DISPERZ

受影响产品

- *everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

FECAL MICROBIOTA CAPSULE

受影响产品

- VOWST

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	30 天
其他标准	艰难梭菌感染（CDI）：1）之前未接受过 VOWST：完成复发性 CDI（至少 3 次 CDI 发作）的抗生素治疗，或 2）之前接受过 VOWST：（A）治疗失败（定义为首次服用 VOWST 后 8 周内出现 CDI 腹泻且艰难梭菌粪便检测呈阳性），并且（B）之前未接受过超过一个疗程的 VOWST，该疗程至少为 12 天，且不超过 8 周。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

FEDRATINIB

受影响产品

- INREBIC

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	首次：6 个月。续期：12 个月
其他标准	骨髓纤维化：首次：试用过 JAKAFI（RUXOLITINIB）或对其有禁忌症。续期：继续受益于药物治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

FENFLURAMINE

受影响产品

- FINTEPLA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	首次：德拉夫综合征（DS）、勒诺克斯-伽斯托综合征（LGS）：由神经科医生开立处方与其咨询后建议。
承保期限	首次/续期：12 个月
其他标准	首次：LGS：试用过以下其中两种抗癫痫药物或对其有禁忌症： RUFINAMIDE、FELBAMATE、CLOBAZAM、TOPIRAMATE、 LAMOTRIGINE、CLONAZEPAM。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

FENTANYL CITRATE

受影响产品

- *fentanyl citrate buccal lozenge on a handle*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	癌症相关的疼痛：1) 目前正在服用维持剂量的控制释放型阿片类止痛药，并且 2) 试用过至少一种立即释放型口服阿片类止痛药或对其有禁忌症，或者患者难以吞咽药片/胶囊。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

FEZOLINETANT

受影响产品

- VEOZAH

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	更年期血管舒缩症状（VMS）：首次：1）每天经历 7 次或更多的潮热，并且 2）试用过激素疗法（例如雌二醇透皮贴剂、口服结合雌激素）或对其有禁忌症。续期：1）继续需要 VMS 治疗（即持续潮热），并且 2）由于 VEOZAH 治疗，VMS 频率或严重程度有所降低。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

FILGRASTIM-AAFI

受影响产品

- NIVESTYM

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	由血液科医生或肿瘤科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

FINERENONE

受影响产品

- KERENDIA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

FINGOLIMOD

受影响产品

- *fingolimod*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

FOSCARBIDOPA-FOSLEVODOPA

受影响产品

- VYALEV

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	帕金森病 (PD)：首次：由神经科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：12 个月。续期：12 个月。
其他标准	PD：首次：以下其中一项：1) 无法吞咽延长释放型 (ER) 片剂或通过喂食管服用 ER 胶囊，或 2) 无法遵守或耐受通过喂食管口服 CARBIDOPA/LEVODOPA 的治疗方案。续期：在接受治疗期间，运动症状有所改善。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

FRUQUINTINIB

受影响产品

- FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG, 5 MG

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

FUTIBATINIB

受影响产品

- LYTGOBI

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	肝内胆管癌（ICCA）：在开始治疗之前和按照建议的预定间隔完成全面的眼科检查，包括光学相干断层扫描（OCT）。
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

GALCANEZUMAB-GNLM

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	首次：偏头痛预防：6个月。发作性丛集性头痛：3个月。续期（所有适应症）：12个月。
其他标准	偏头痛预防：首次/续期：不得与其他降钙素基因相关肽 (Calcitonin Gene-Related Peptide, CGRP) 抑制剂联合用于偏头痛预防。续期：治疗后偏头痛或头痛频率、严重程度或持续时间降低/减少。发作性丛集性头痛：续期：与基线相比，发作性丛集性头痛频率有所改善。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

GANAXOLONE

受影响产品

- ZTALMY

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

GEFITINIB

受影响产品

- *gefitinib*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	EGFR 基因突变的转移性非小细胞肺癌（NSCLC）：未同时使用 EGFR 酪氨酸激酶抑制剂进行治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

GEPHIRONE

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	重度抑郁症：首次：曾试用首选药物（TRINTELLIX 和一种非专利抗抑郁药）或对其存在禁忌证。首次/续期：不得与另一种 5-HT1A 受体激动剂（例如丁螺环酮）联合使用。续期：治疗后抑郁症状得到缓解或达到缓解。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

GILTERITINIB

受影响产品

- XOSPATA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

GLASDEGIB

受影响产品

- DAURISMO ORAL TABLET 100 MG,
25 MG

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

GLATIRAMER

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

GLP1-DULAGLUTIDE

受影响产品

- TRULICITY

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有医学上认可的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

GLP1-SEMAGLUTIDE

受影响产品

- OZEMPIC
- RYBELSUS

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有医学上认可的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

GLP1-TIRZEPATIDE

受影响产品

- MOUNJARO

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月。
其他标准	
适应症	所有医学上认可的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

GOSERELIN

受影响产品

- ZOLADEX

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	子宫内膜异位症：在过去 10 年内通过手术或直接观察（如盆腔超声波）或组织病理学的确认（如腹腔镜检查或开腹手术）确诊。
年龄限制	
处方师限制	子宫内膜异位症：由妇产科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	B2-C 期前列腺癌：4 个月。子宫内膜异位症：一生中 6 个月。所有其他：12 个月。
其他标准	子宫内膜异位症：1) 不得同时使用另一种 GNRH 调节剂，2) 试用过非甾体抗炎药（non-steroidal anti-inflammatory drug, NSAID）和含孕激素的制剂，并且 3) 一生中未接受过总计 6 个月的治疗。本药物也需要经过付款裁决，并可能由 MEDICARE B 部分或 D 部分承保。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

GUSELKUMAB

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	首次：斑块状银屑病（PSO）：银屑病覆盖百分之 3 或更多的体表面积，或银屑病伤口影响手部、足部、面部、头皮或生殖器区域。
年龄限制	
处方师限制	首次：PSO：由皮肤科医生开立处方或与其咨询后建议。银屑病关节炎（PSA）：由风湿科或皮肤科医生开立处方或与其咨询后建议。溃疡性结肠炎（UC）、克罗恩病（CD）：由胃肠科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：6 个月。续期：12 个月
其他标准	首次：PSO：1）至少试用过一种口服免疫抑制剂（CYCLOSPORINE、METHOTREXATE、TACROLIMUS）或 PUVA（光疗）3 个月，2）对免疫抑制剂和 PUVA 均有禁忌症或不耐受，或 3）患者正在从不同的生物制剂、PDE-4 抑制剂或 JAK 抑制剂转换以治疗相同适应症。首次/续期：所有适应症：不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子药物（例如 JAK 抑制剂、PDE-4 抑制剂）治疗相同适应症。续期：PSO、PSA：继续受益于药物治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

HIGH CONCENTRATION ORAL OPIOID SOLUTIONS

受影响产品

- *morphine concentrate oral solution*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	耐受阿片类药物：12 个月。安宁疗护、缓和护理或临终护理：终生。
其他标准	1) 耐受阿片类药物（即曾使用过每天 60 MG 的口服 MORPHINE、每小时 25 MCG 的经皮 FENTANYL、每天 30 MG 的口服 OXYCODONE、每天 8 MG 的口服 HYDROMORPHONE、每天 25 MG 的口服 HYDROMORPHONE、每天 60 MG 的口服 OXYMORPHONE 或同等镇痛剂量的另一种阿片类药物）并且难以吞咽阿片类药物片剂、胶囊或大量液体，或 2) 已接受安宁疗护、缓和护理或临终护理。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY - GROUP 1

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	适合使用高风险药物：65 岁或以上。0 至 64 岁年龄段无需 PA。
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	处方师确认/知悉该药物对于 65 岁及以上的患者而言视为高风险。安宁疗护患者将会获得批准而无需满足额外标准。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY - GROUP 2

受影响产品

- *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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	适合使用高风险药物：65 岁或以上。0 至 64 岁年龄段无需 PA。
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	处方师确认/知悉该药物对于 65 岁及以上的患者而言视为高风险。安宁疗护患者将会获得批准而无需满足额外标准。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY BUTALBITAL-CONTAINING AGENTS

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	适合使用高风险药物：65 岁或以上。0 至 64 岁年龄段无需 PA。
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	处方师确认/知悉该药物对于 65 岁及以上的患者而言视为高风险。安宁疗护患者会获得批准而无需满足额外标准。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY

DIPHENOXYLATE-ATROPINE

受影响产品

- *diphenoxylate-atropine oral tablet*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	适合使用高风险药物：65 岁或以上。0 至 64 岁年龄段无需 PA。
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	处方师确认/知悉该药物对于 65 岁及以上的患者而言视为高风险。安宁疗护患者将会获得批准而无需满足额外标准。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	无

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY

DIPYRIDAMOLE

受影响产品

- *dipyridamole oral*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	适合使用高风险药物：65 岁或以上。0 至 64 岁年龄段无需 PA。
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	处方师确认/知悉该药物对于 65 岁及以上的患者而言视为高风险。安宁疗护患者将会获得批准而无需满足额外标准。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY

ESTRADIOL-NORETHINDRONE

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	适合使用高风险药物：65 岁或以上。0 至 64 岁年龄段无需 PA。
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	外阴/阴道萎缩、骨质疏松症和更年期血管运动症状：处方师确认/知悉该药物对于 65 岁及以上的患者而言视为高风险。雌激素低下症治疗和安宁疗护患者将会获得批准而无需满足额外标准。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY

ESTROGEN-MEDROXYPROGESTERONE

受影响产品

- PREMPHASE
- PREMPRO

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	适合使用高风险药物：65 岁或以上。0 至 64 岁年龄段无需 PA。
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	处方师确认/知悉该药物对于 65 岁及以上的患者而言视为高风险。安宁疗护患者将会获得批准而无需满足额外标准。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY

GLYBURIDE FORMULATIONS

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	适合使用高风险药物：65 岁或以上。0 至 64 岁年龄段无需 PA
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	2 型糖尿病（DM）：1）试用过 GLIMEPIRIDE 或 GLIPIZIDE 或对其有禁忌症，或 2）处方师确认/知悉该药物对于 65 岁及以上的患者而言视为高风险。安宁疗护患者会获得批准而无需满足额外标准。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY

INDOMETHACIN

受影响产品

- *indomethacin oral capsule*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	适合使用高风险药物：65 岁或以上。0 至 64 岁年龄段无需 PA。
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	处方师确认/知悉该药物对于 65 岁及以上的患者而言视为高风险。安宁疗护患者将会获得批准而无需满足额外标准。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY

KETOROLAC

受影响产品

- *ketorolac oral*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	适合使用高风险药物：65 岁或以上。0 至 64 岁年龄段无需 PA。
处方师限制	
承保期限	30 天
其他标准	处方师确认/知悉该药物对于 65 岁及以上的患者而言视为高风险。安宁疗护患者将会获得批准而无需满足额外标准。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY

MEGESTROL

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	适合使用高风险药物：65 岁或以上。0 至 64 岁年龄段无需 PA。
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	处方师确认/知悉该药物对于 65 岁及以上的患者而言视为高风险。安宁疗护患者将会获得批准而无需满足额外标准。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY

PAROXETINE

受影响产品

- *paroxetine hcl*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	适合使用高风险药物：65 岁或以上。0 至 64 岁年龄段无需 PA。
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	处方师确认/知悉该药物对于 65 岁及以上的患者而言视为高风险。安宁疗护患者将会获得批准而无需满足额外标准。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY

PHENOBARBITAL

受影响产品

- *phenobarbital*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	合理使用高风险药物：已满 65 岁者。0-64 岁人士无需事先授权 (Prior Authorization, PA)。
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	癫痫/惊厥：首次开立苯巴比妥 (Phenobarbital) 处方的患者：1) 对至少一种抗惊厥药无反应，或者 2) 处方师确认/意识到该药物对 65 岁及以上患者而言具有高风险。临终关怀患者：无需满足额外标准，即可获得批准。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY

PROMETHAZINE

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	适合使用高风险药物：65 岁或以上。0 至 64 岁年龄段无需 PA。
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	瘙痒症/荨麻疹/季节性/常年性过敏：1) 试用过 LEVOCETIRIZINE 等非镇静抗组胺药或对其有禁忌症，或 2) 处方师确认/知悉该药物对于 65 岁及以上的患者而言视为高风险。恶心和呕吐：处方师确认/知悉该药物对于 65 岁及以上的患者而言视为高风险。安宁疗护患者需要医生证明所申请的药物用于治疗与临终疾病或相关病症无关的诊断，并且会获得批准而无需试用处方集替代药物也无需处方师确认。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

HIGH RISK DRUGS IN THE ELDERLY

SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	适合使用高风险药物：65 岁或以上。0 至 64 岁年龄段无需 PA。
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	处方师确认/知悉该药物对于 65 岁及以上的患者而言视为高风险药物。安宁疗护患者将会获得批准而无需满足额外标准。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

IBRUTINIB

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	慢性移植物抗宿主病（CGVHD）：不得同时使用 JAKAFI、NIKTIMVO 或 REZUROCK。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

ICATIBANT

受影响产品

- *icatibant*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	遗传性血管性水肿（HAE）：首次：通过以下其中一项互补检测确诊 1) 第三型 HAE 或 2) 第一型或第二型 HAE：C1-INH 蛋白水平、C4 蛋白水平、C1-INH 功能水平、C1Q。
年龄限制	
处方师限制	HAE：首次：由过敏科医生、免疫科医生、血液科医生或肺科医生开立处方或与其咨询。
承保期限	首次/续期：12 个月
其他标准	HAE：首次/续期：不得同时使用其他药物治疗急性 HAE 发作。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

IDELALISIB

受影响产品

- ZYDELIG

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

IMATINIB

受影响产品

- *imatinib oral tablet 100 mg, 400 mg*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	胃肠道间质瘤的辅助性治疗：36 个月。所有其他诊断：12 个月。
其他标准	费城染色体阳性慢性粒细胞白血病：患者之前未接受过其他酪氨酸激酶抑制剂的治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	无

IMATINIB SOLUTION

受影响产品

- IMKELDI

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	胃肠道间质瘤的辅助性治疗：36个月。所有其他诊断：12个月。
其他标准	费城染色体阳性慢性粒细胞白血病：患者之前未接受过其他酪氨酸激酶抑制剂的治疗。所有适应症：无法吞咽普通形式的 IMATINIB 片剂。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

IMETELSTAT

受影响产品

- RYTELO

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

IMLUNESTRANT

受影响产品

- INLURIYO

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

INAVOLISIB

受影响产品

- ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG, 9 MG

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

INFLIXIMAB

受影响产品

- *infliximab*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	首次：斑块状银屑病（PSO）：银屑病覆盖百分之 3 或更多的体表面积，或银屑病病变影响手部、足部、生殖器区域、头皮或面部。
年龄限制	
处方师限制	首次：类风湿性关节炎（RA）、强直性脊柱炎（AS）：由风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。银屑病关节炎（PSA）：由皮肤科或风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。PSO：由皮肤科医生开立处方或与其咨询后建议。克罗恩病（CD）、溃疡性结肠炎（UC）：由胃肠科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：6 个月。续期：12 个月。
其他标准	首次：RA：试用过以下其中两种首选药物或对其有禁忌症：HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA、XELJANZ、RINVOQ、ORENCIA。PSA：试用过以下其中两种首选药物或对其有禁忌症：COSENTYX、HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA、SELARSDI/YESINTEK、XELJANZ、RINVOQ、SKYRIZI、TREMIFYA、ORENCIA、OTEZLA。PSO：试用过以下其中两种首选药物或对其有禁忌症：COSENTYX、HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA、SELARSDI/YESINTEK、SKYRIZI、TREMIFYA、OTEZLA。AS：试用过以下其中两种首选药物或对其有禁忌症：COSENTYX、HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA、XELJANZ、RINVOQ。中度至重度 CD：在符合年龄的情况下，试用过以下其中两种首选药物或对其有禁忌症：SELARSDI/YESINTEK、HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA、RINVOQ、SKYRIZI、TREMIFYA。UC：在符合年龄的情况下，试用过以下其中两种首选药物或对其有禁忌症：SELARSDI/YESINTEK、XELJANZ、HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA、RINVOQ、SKYRIZI、TREMIFYA。首次/续期：RA、PSA、PSA、中度至重度 CD、UC：不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子药物（例如 JAK

PA 标准	标准详细信息
	抑制剂、PDE-4 抑制剂) 治疗相同适应症。续期: RA、PSA、AS、PSO: 继续受益于药物治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

INSULIN SUPPLIES PAYMENT DETERMINATION

受影响产品

- 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 PNTP 29GX1/2"
- 1ST TIER UNIFINE PNTP 31GX3/16
- 1ST TIER UNIFINE PNTP 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 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 FLIPLK 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 PENTIP 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 ND L 32G 8MM
- PRO COMFORT PEN ND L 32G X 1/4"
- PRO COMFORT PEN ND L 4MM 32G
- PRO COMFORT PEN ND L 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 ND L 31G 5MM
- PURE CMFT SFTY PEN ND L 31G 6MM
- PURE CMFT SFTY PEN ND L 32G 4MM
- PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS
- PURE COMFORT PEN ND L 32G 4MM
- PURE COMFORT PEN ND L 32G 5MM
- PURE COMFORT PEN ND L 32G 6MM
- PURE COMFORT PEN ND L 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 ND L 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 ND L 31G 6MM
- SURE CMFT SFTY PEN ND L 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 ND L 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 SAFE0.3 ML 30G 12.7MM
- ULTIGUARD SAFE0.5 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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	终生
其他标准	仅当同时使用胰岛素时才受 D 部分承保。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

INTERFERON FOR MS-AVONEX

受影响产品

- AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT
- AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

INTERFERON FOR MS-BETASERON

受影响产品

- BETASERON SUBCUTANEOUS KIT

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

INTERFERON FOR MS-PLEGRIDY

受影响产品

- 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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

INTERFERON GAMMA-1B

受影响产品

- ACTIMMUNE

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	首次：慢性肉芽肿病（CGD）：由血液科医生、传染疾病专科医生或免疫科医生开立处方或与其咨询后建议。严重恶性骨石化症（SMO）：由内分泌科医生或血液科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：6个月。续期：12个月
其他标准	续期：CGD、SMO：1) 相较于基线，已表现临床益处，并且 2) 未接受过造血细胞移植。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

IPILIMUMAB

受影响产品

- YERVOY

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	首次：未切除/转移性黑色素瘤（Metastatic Melanoma, MET MEL）：4 个月，肾细胞癌（Renal Cell Carcinoma, RCC）/结肠直肠癌（Colorectal Cancer, CRC）/肝细胞癌（Hepatocellular Carcinoma, HCC）：3 个月，所有其他：12 个月。首次/续期：皮肤黑色素瘤（Cutaneous Melanoma, CUTAN MEL）：6 个月
其他标准	续期：辅助性皮肤黑色素瘤：无疾病复发的证据（定义为出现一个或多个新的黑色素瘤病灶：局部、区域或远处转移）。本药物也需要经过付款裁决，并可能由 MEDICARE B 部分或 D 部分承保。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

ISAVUCONAZONIUM

受影响产品

- CRESEMBA ORAL

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	侵袭性曲霉病、侵袭性毛霉菌病：由传染疾病专科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	6 个月
其他标准	侵袭性曲霉病：试用过 VORICONAZOLE 或对其有禁忌症。出院后继续治疗不需要额外标准。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

IVACAFTOR

受影响产品

- KALYDECO

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	囊性纤维化（CF）：首次：由肺科医生或囊性纤维化专家开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：12 个月。续期：终生
其他标准	CF：首次：1) 囊性纤维化跨膜传导调节因子（CFTR）基因中的 F508DEL 突变不是同型合子，并且 2) 不得同时使用其他 CFTR 调节剂。续期：1) 临床状况有所改善，并且 2) 不得同时使用其他 CFTR 调节剂。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

IVOSIDENIB

受影响产品

- TIBSOVO

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

IXAZOMIB

受影响产品

- NINLARO

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

LAMOTRIGINE

受影响产品

- SUBVENITE ORAL SUSPENSION

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	所有适应症：禁忌症或无法吞咽 LAMOTRIGINE 片。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

LANREOTIDE

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	肢端肥大症：首次：治疗由内分泌科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	肢端肥大症：首次/续期：12 个月。胃肠胰神经内分泌肿瘤（Gastroenteropancreatic neuroendocrine tumors, GEP-NETS），类癌综合征：12 个月。
其他标准	肢端肥大症：续期：1) 根据年龄和性别降低、正常化或维持 IGF-1 水平，并且 2) 临床症状改善或持续缓解。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

LAPATINIB

受影响产品

- *lapatinib*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

LAROTRECTINIB

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	VITRAKVI ORAL SOLUTION: 1) 试用过 VITRAKVI 胶囊, 或 2) 无法服用胶囊配方。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	有

LAZERTINIB

受影响产品

- LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG, 80 MG

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	过去 6 个月内的丙型肝炎病毒核糖核酸 (Hepatitis C Virus Ribonucleic acid, HCV RNA) 水平。
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	采用标准将符合现行的美国肝病研究学会 (American Association for the Study of Liver Disease, AASLD) / 美国传染病学会 (Infectious Disease Society of America, IDSA) 指南。
其他标准	1) 采用标准将符合现行的 AASLD/IDSA 指南, 并且 2) 未同时服用以下任何一种药物: CARBAMAZEPINE、PHENYTOIN、PHENOBARBITAL、OXCARBAZEPINE、RIFAMPIN、RIFABUTIN、RIFAPENTINE、ROSUVASTATIN、TIPRANA VIR/RITONA VIR、SOFOSBUVIR (作为单一药剂)、EPCLUSA、ZEPATIER、MAVYRET 或 VOSEVI。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

LENALIDOMIDE

受影响产品

- *lenalidomide*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

LENVATINIB

受影响产品

- LENVIMA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

LETERMIVIR

受影响产品

- PREVYMIS ORAL TABLET

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	造血干细胞移植（HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANT, HSCT）：无晚期巨细胞病毒（CYTOMEGALOVIRUS, CMV）风险：4个月，有晚期 CMV 风险：7个月。肾移植：7个月。
其他标准	造血干细胞移植（HSCT）：1）治疗将在移植后第 0 天至第 28 天之间开始，并且 2）如果没有晚期巨细胞病毒（CMV）感染和疾病的风险，则在移植后 100 天之后将不再接受药物治疗；或者如果有晚期 CMV 感染和疾病的风险，则在移植后 200 天之后将不再接受药物治疗。肾移植：1）移植后第 0 天至第 7 天开始治疗，并且 2）移植后 200 天之后将不再接受药物治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

LEUPROLIDE

受影响产品

- *leuprolide subcutaneous kit*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	前列腺癌：12 个月。
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

LEUPROLIDE DEPOT

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	无

LEUPROLIDE MESYLATE

受影响产品

- CAMCEVI (6 MONTH)

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

LEUPROLIDE-ELIGARD

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月。
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

LEUPROLIDE-LUPRON DEPOT

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	首次：子宫内膜异位症：在过去 10 年内通过手术或直接观察（如盆腔超声波）或组织病理学的确认（如腹腔镜检查或开腹手术）确诊。
年龄限制	
处方师限制	首次：子宫内膜异位症：由妇产科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	前列腺癌：12 个月。子宫肌瘤：3 个月。子宫内膜异位症：首次/续期：6 个月。
其他标准	首次：子宫内膜异位症：1) 不得同时使用另一种 GNRH 调节剂，2) 试用过非甾体抗炎药（non-steroidal anti-inflammatory drug, NSAID）和含孕激素的制剂，并且 3) 一生中未接受过总计 12 个月的治疗。续期：子宫内膜异位症：1) 治疗期间与子宫内膜异位症相关的疼痛有所改善，2) 正在接受同时添加疗法（即合并雌激素-孕激素或仅孕激素避孕制剂），3) 不得同时使用另一种 GNRH 调节剂，并且 4) 一生中未接受过总计 12 个月的治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

LEUPROLIDE-LUPRON DEPOT-PED

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	中枢性早熟 (CPP)：首次：诊断时促黄体激素 (LH) 水平高于 0.2 至 0.3 MIU/ML。
年龄限制	
处方师限制	CPP：首次：由内分泌科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次/续期：12 个月。
其他标准	CPP：首次：女性：1) 患上 CPP 时年龄小于 8 岁，并且 2) 乳房发育和阴毛生长处于 TANNER 阶段 2 期或以上。男性：1) 患上 CPP 时年龄小于 9 岁，并且 2) 生殖器发育和阴毛生长处于 TANNER 阶段 2 期或以上。续期：1) 初次诊断时的 TANNER 分期在前一年内三次单独的医疗就诊中已经稳定或退化，并且 2) 尚未达到与当前青春期年龄相应的实际年龄。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

L-GLUTAMINE

受影响产品

- *glutamine (sickle cell)*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	镰状细胞病（SCD）：首次：由血液科医生开立处方或与其咨询后建议
承保期限	首次：12 个月。续期：终生。
其他标准	SCD：首次：18 岁或以上：1) 过去一年内至少发生过 2 次镰状细胞危象，2) 镰状细胞相关症状干扰日常生活活动，或 3) 有急性胸部综合征病史或患有复发性急性胸部综合征。年龄 5 至 17 岁：无需额外标准即可批准。续期：维持或 SCD 急性并发症减少。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

LIDOCAINE OINTMENT

受影响产品

- *lidocaine topical ointment*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	根据具体情况，该药物可能与末期肾病透析相关服务捆绑并予以承保，或受 MEDICARE D 承保。
适应症	所有医学上认可的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

LIDOCAINE PATCH

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	1) 与带状疱疹后遗神经痛相关的疼痛, 2) 由于糖尿病而引起的神经病变, 3) 慢性背痛, 或 4) 膝关节或髋关节骨性关节炎。
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有医学上认可的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

LIDOCAINE PRILOCAINE

受影响产品

- *lidocaine-prilocaine topical cream*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	根据具体情况，该药物可能与末期肾病透析相关服务捆绑并予以承保，或受 MEDICARE D 承保。可能需要提交信息，说明该药物的使用情况及使用环境，以便做出裁决。
适应症	所有医学上认可的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

LINVOSELTAMAB-GCPT

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

LONCASTUXIMAB TESIRINE-LPYL

受影响产品

- ZYNLONTA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	无

LORLATINIB

受影响产品

- LORBRENA ORAL TABLET 100 MG,
25 MG

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

LOTILANER

受影响产品

- XDEMVY

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	蠕形螨性睑缘炎：18 岁或以上
处方师限制	
承保期限	6 周
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

LUMACAFTOR-IVACAFTOR

受影响产品

- ORKAMBI ORAL TABLET

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	囊性纤维化（CF）：首次：由肺科医生或 CF 专家开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：6 个月续期：终生。
其他标准	CF：首次：不得同时使用另一种囊性纤维化跨膜传导调节因子（CFTR）调节剂。续期：1）临床状况有所改善，并且 2）不得同时使用其他 CFTR 调节剂。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

MACITENTAN

受影响产品

- OPSUMIT

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	肺动脉高压（PAH）：首次：通过右心导管检查确诊，参数如下： 1) 平均肺动脉压（PAP）大于 20 MMHG，2) 肺毛细血管楔压（PCWP）为 15 MMHG 或更低，并且 3) 肺血管阻力（PVR）大于 2 WOOD 单位。
年龄限制	
处方师限制	PAH：首次：由心脏科医生或肺科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次/续期：12 个月。
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	无

MARGETUXIMAB-CMKB

受影响产品

- MARGENZA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

MARIBAVIR

受影响产品

- LIVTENCITY

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

MECASERMIN

受影响产品

- INCRELEX

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	发育不良：首次：由内分泌科医生或肾科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次/续期：12 个月。
其他标准	发育不良：首次：手腕和手部的射线影像确认骨骺开放。首次/续期：不得同时使用其他生长激素药物。续期：治疗期间有所改善（身高增加或身高增长速度增加）。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	无

MECHLORETHAMINE

受影响产品

- VALCHLOR

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

MEPOLIZUMAB

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	首次：哮喘：过去 12 个月内血液嗜酸性粒细胞水平至少为 150 CELLS/MCL。
年龄限制	
处方师限制	首次：哮喘：由肺或过敏医学专科医生开立处方或与其咨询或建议。慢性鼻窦炎伴鼻息肉（Chronic Rhinosinusitis with Nasal Polyposis, CRSWNP）：由耳鼻喉科医生、过敏科医生或免疫科医生开立处方或与其咨询后建议。嗜酸性粒细胞性慢性阻塞性肺疾病：由肺科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：CRSWNP：6 个月。其他：12 个月。续期：所有适应症：12 个月。
其他标准	首次：所有适应症：不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子药物（例如 JAK 抑制剂、PDE-4 抑制剂）治疗相同适应症。哮喘：1）同时使用中剂量、高剂量或最大耐受剂量的吸入皮质类固醇（ICS）和至少一种其他维持药物进行治疗，并且 2）出现以下其中一种情况：A）在过去 12 个月内，出现一次哮喘恶化需要全身皮质类固醇冲击疗法，持续至少 3 天，或在过去 12 个月内，出现至少一次严重恶化需要住院或急诊就诊，或 B）在过去 4 周内经由以下至少三项情况证明尽管目前接受治疗但症状控制不佳：日间哮喘症状超过每周两次、由于哮喘造成夜间醒来、每周使用 SABA 缓解症状超过两次、由于哮喘引起的任何活动限制。慢性鼻窦炎伴鼻息肉（CRSWNP）：1）试用过一种外用鼻腔皮质类固醇 56 天，2）通过直接检查、内窥镜检查或鼻窦 CT 扫描证实鼻息肉，并且 3）疾病未得到适当控制。嗜酸性粒细胞性 COPD：需与长效毒蕈拮抗剂（Long-Acting Muscarinic Antagonist, LAMA）/长效 β 受体激动剂（Long-Acting Beta Agonist, LABA）/ ICS 联合使用。续期：哮喘：1）已继续使用 ICS 和至少一种其他维持药物，2）经由临床反应证明：（A）相较于基线，哮喘恶化次数有所减少，（B）抢救药物的

PA 标准	标准详细信息
	<p>使用减少，（C）哮喘相关症状的严重程度或频率降低，或（D）相较于治疗前基线，预测 FEV1 百分比有所增加，并且 3）不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子治疗相同适应症。</p> <p>CRSWNP：1）与基线相比有临床益处，并且 2）不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子治疗相同适应症。嗜酸性肉芽肿性多血管炎（EGPA）：1）相较于基线，EGPA 症状有所减轻或能够减少/消除皮质类固醇的使用，并且 2）不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子治疗相同适应症。嗜酸性粒细胞性 COPD：1）需与 LAMA/ LABA/ ICS 联合使用，2）不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子治疗相同适应症，且 3）经由临床反应证明：（A）COPD 急性加重次数较基线减少，（B）COPD 相关症状的严重程度或频率降低，或（C）相较于治疗前基线，FEV1 百分比至少增加 5%。</p>
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

MIDOSTAURIN

受影响产品

- RYDAPT

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	急性髓细胞白血病：6个月。晚期系统性肥大细胞增多症：12个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

MIFEPRISTONE

受影响产品

- *mifepristone oral tablet 300 mg*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	库欣综合征（CS）：首次：通过以下方法确诊：1）24 小时尿游离皮质醇（至少经 2 次检测确认）；2）整晚 1 毫克地塞米松测试；或 3）深夜唾液皮质醇（至少经 2 次检测确认）。
年龄限制	
处方师限制	CS：首次：由内分泌科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次/续期：12 个月
其他标准	CS：首次：皮质醇增多症不是由慢性糖皮质激素导致。续期：1）葡萄糖耐量持续改善或稳定（例如，A1C 降低、空腹血糖改善），2）继续具有治疗耐受性，并且 3）仍然不适合接受手术治疗或手术曾失败。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	无

MILTEFOSINE

受影响产品

- IMPAVIDO

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	无

MIRDAMETINIB

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

MIRVETUXIMAB SORAVTANSINE-GYNX

受影响产品

- ELAHERE

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌：在开始治疗之前以及按照建议的预定间隔将完成眼科检查，包括视力和裂隙灯检查。
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	无

MOMELOTINIB

受影响产品

- OJJAARA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

MOSUNETUZUMAB-AXGB

受影响产品

- LUNSUMIO
- LUNSUMIO VELO

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	复发或难治性滤泡性淋巴瘤：首次：6个月。续期：7个月
其他标准	复发或难治性滤泡性淋巴瘤：续期：1) 对治疗已达到部分反应，并且2) 之前接受的治疗尚未超过17个周期。本药物也需要经过付款裁决，并可能由MEDICARE B部分或D部分承保。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局FDA批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B部分先决条件	无
必须先行治疗	否

NARCOLEPSY AGENTS

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有医学上认可的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

NAXITAMAB-GQGK

受影响产品

- DANYELZA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

NERATINIB

受影响产品

- NERLYNX

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	早期（I-III 期）乳腺癌：须在完成最后一次曲妥珠单抗给药后 2 年内申请用药。除美国食品药品监督管理局 (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION, FDA) 批准仿单标示中载明的标准外，所有其他所有获得 FDA 批准的适应症无需满足额外标准，即可获得承保。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

NILOTINIB - TASIGNA

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	之前已治疗过费城染色体阳性慢性粒细胞白血病（Ph+ CML）：根据美国国家综合癌症网络（National Comprehensive Cancer Network, NCCN）基于 BCR-ABL1 基因突变情况的治疗建议指南表，在治疗前进行基因突变分析和使用药物具适当性。
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

NILOTINIB DANZITEN

受影响产品

- DANZITEN

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	之前已治疗过费城染色体阳性慢性粒细胞白血病（Ph+ CML）：根据美国国家综合癌症网络（National Comprehensive Cancer Network, NCCN）基于 BCR-ABL1 基因突变情况的治疗建议指南表，1）在开始治疗前进行基因突变分析，并且 2）疗法具适当性。
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

NINTEDANIB

受影响产品

- OFEV

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	首次：特发性肺纤维化（IPF）：经由单独的高分辨率计算机断层扫描（HRCT）或通过合并外科肺活检和 HRCT 证明为常见间质性肺炎（UIP）模式。系统性硬化症相关间质性肺病（SSC-ILD）：1）胸部 HRCT 上纤维化至少为 10%，并且 2）基线 FVC 至少为预测值的 40%。伴进行性表型的慢性纤维化间质性肺病（PF-ILD）：胸部 HRCT 上纤维化至少 10%。
年龄限制	
处方师限制	首次：IPF：由肺科医生开立处方或与其咨询后建议。SSC-ILD、PF-ILD：首次：由肺科医生或风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：SSC-ILD：6 个月。IPF、PF-ILD：12 个月。续期（所有适应症）：12 个月
其他标准	首次：IPF：1）没有其他已知的间质性肺病病因（如结缔组织病、药物中毒、石棉或铍接触、超敏性肺炎），并且 2）试用过首选药物 ESBRIET（PIRFENIDONE）或对其有禁忌症。SSC-ILD：没有其他已知的间质性肺病原因（例如心衰竭/液体超负荷、药物引起的肺毒性、反复吸入）。PF-ILD：尽管使用临床实践中用于治疗 ILD 的药物治疗，但肺功能和呼吸道症状或胸部影像学表现仍然恶化/进展（不归因于感染、心衰竭等合并症）。续期：IPF、SSC-ILD、PF-ILD：具临床意义的改善或维持年下降率。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

NIRAPARIB

受影响产品

- ZEJULA ORAL CAPSULE
- ZEJULA ORAL TABLET

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	复发性上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌：1) ZEJULA 将作为单一疗法使用，并且 2) ZEJULA 在最近一次含铂治疗方案后 8 周内开始使用。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

NIRAPARIB-ABIRATERONE

受影响产品

- AKEEGA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	转移性去势抵抗性前列腺癌（MCRPC），转移性去势敏感性前列腺癌（MCSPC）：1）接受过双侧睾丸切除术，2）睾酮处于去势水平（即低于 50 NG/DL），或 3）同时使用促性腺激素释放激素（GNRH）类似物。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

NIROGACESTAT

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

NITISINONE

受影响产品

- *nitisinone*
- ORFADIN ORAL SUSPENSION

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	遗传性酪氨酸血症 1 型 (HT-1)：首次：通过尿液或血浆琥珀酰丙酮水平升高或延胡索酰乙酰乙酸水解酶基因突变确诊。续期：在使用 NITISINONE 治疗期间，相较于基线，尿液或血浆中的琥珀酰丙酮水平有所下降。
年龄限制	
处方师限制	HT-1：首次：由遗传代谢疾病专科处方师开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：6 个月，续期：12 个月。
其他标准	HT-1：首次：ORFADIN 悬液剂：试用过首选 NITISINONE 片剂或胶囊或对其有禁忌症。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

NIVOLUMAB

受影响产品

- OPDIVO

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	不可切除或转移性黑色素瘤：不得同时使用靶向治疗药物（即 Braf 抑制剂、MEK 抑制剂和 NTRK 抑制剂）。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

NIVOLUMAB-HYALURONIDASE-NVHY

受影响产品

- OPDIVO QVANTIG

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

NIVOLUMAB-RELATLIMAB-RMBW

受影响产品

- OPDUALAG

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

NOGAPENDEKIN ALFA

受影响产品

- ANKTIVA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	40 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

OFATUMUMAB-SQ

受影响产品

- KESIMPTA PEN

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

OLAPARIB

受影响产品

- LYNPARZA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	复发性上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌：药物将作为单一疗法。转移性去势抵抗性前列腺癌：1) 接受过双侧睾丸切除术，2) 睾酮处于去势水平（即低于 50 NG/DL），或 3) 同时使用促性腺激素释放激素（GNRH）类似物。除 FDA 批准标示中的标准外，所有其他 FDA 批准的适应症均在承保范围内，无需额外标准。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

OLUTASIDENIB

受影响产品

- REZLIDHIA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

OMACETAXINE

受影响产品

- SYNRIBO

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

OMALIZUMAB

受影响产品

- XOLAIR

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	首次：哮喘：对常年空气过敏原的皮肤点刺或血液测试（例如 ELISA、FEIA）呈阳性，且基线免疫球蛋白（immunoglobulin, IGE）血清水平至少为 30 IU/ML。食物过敏：1） IGE 血清水平至少为 30 IU/ML，并且 2）对至少一种食物的皮肤点刺试验呈阳性，或经医学监督的至少一种食物激发试验结果呈阳性。
年龄限制	
处方师限制	首次/续期：慢性自发性荨麻疹（CSU）：由过敏科医生、皮肤科医生或免疫科医生开立处方或与其咨询后建议。首次：慢性鼻窦炎伴鼻息肉（CRSWNP）：由耳鼻喉科医生、过敏科医生或免疫科医生开立处方或与其咨询后建议。哮喘：由过敏或肺医学专科医生开立处方或与其咨询后建议。食物过敏：由过敏科医生或免疫科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次/续期：哮喘 12 个月/12 个月、CSU 6 个月/12 个月、CRSWNP 6 个月/12 个月、食物过敏 12 个月/24 个月
其他标准	首次：CSU：1）试用过并维持使用第二代 H1 抗组胺药物或对其有禁忌症，并且 2）至少 6 周内每周大部分时间仍会出现荨麻疹或血管性水肿。CRSWNP：1）试用一种局部鼻用皮质类固醇 56 天，2）试用过一种首选药物或对其有禁忌症：NUCALA、DUPIXENT，并且 3）不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子（例如 JAK 抑制剂、PDE-4 抑制剂）治疗自体免疫适应症。哮喘：1）同时使用中剂量、高剂量或最大耐受剂量的吸入皮质类固醇（ICS）和至少一种其他维持药物进行治疗，2）出现以下其中一种情况：A）在过去 12 个月内，出现一次哮喘恶化需要全身皮质类固醇冲击疗法，持续至少 3 天，或在过去 12 个月内，出现至少一次严重恶化需要住院或急诊就诊，或 B）在过去 4 周内经由以下至少三项情况证明尽管目前接受治疗但症状控制不佳：日间哮喘症状超过每周两次、由于哮喘造成夜间醒来、每周使用 SABA 缓解症状超过两次、由于哮喘引起的任何活动限制，并且 3）当用于治疗哮喘时，未同时使用

PA 标准	标准详细信息
	<p>DUPIXENT、TEZSPIRE 或抗 IL5 生物制剂。食物过敏：1) 同时使用肾上腺素自动注射器/注射剂的有效处方，并且 2) 不得同时使用花生特异性免疫疗法。续期：CSU：维持使用第二代 H1 抗组胺药物或对其有禁忌症。CRSWNP：1) 与基线相比有临床益处，2) 不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子（例如 JAK 抑制剂、PDE-4 抑制剂）治疗自体免疫适应症。哮喘：1) 不得同时使用 DUPIXENT、TEZSPIRE 或抗 IL5 生物制剂，2) 已继续使用 ICS 和至少一种其他维持药物，3) 经由临床反应至少有以下一种证明：（A）相较于基线，哮喘恶化次数有所减少，（B）抢救药物的使用减少，（C）哮喘相关症状的严重程度或频率降低，或（D）相较于治疗前基线，预测 FEV1 百分比有所增加。食物过敏：1) 持续性免疫球蛋白（immunoglobulin, IGE）介导的食物过敏，2) 同时使用肾上腺素自动注射器/注射剂的有效处方，并且 3) 不得同时使用花生特异性免疫疗法。</p>
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

OSIMERTINIB

受影响产品

- TAGRISSO

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

OXANDROLONE

受影响产品

- *oxandrolone*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	6 个月
其他标准	蛋白质分解代谢、骨痛：1) 已监测肝血管扩张症、肝细胞肿瘤和血脂变化，2) 没有已知或怀疑的：男性患者的前列腺癌或乳腺癌，女性患者的乳腺癌伴高钙血症、肾病（肾炎的肾病期）或高钙血症，并且 3) 没有严重的肝功能障碍。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

PACRITINIB

受影响产品

- VONJO

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	首次：6 个月。续期：12 个月
其他标准	骨髓纤维化：续期：继续受益于药物治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

PALBOCICLIB

受影响产品

- IBRANCE

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

PARATHYROID HORMONE

受影响产品

- NATPARA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	继发于甲状旁腺功能减退症的低钙血症：由内分泌科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	12 个月
其他标准	继发于甲状旁腺功能减退症的低钙血症：1) 试用过 CALCITRIOL 或对其有禁忌症，2) 甲状旁腺功能减退症不是由于钙敏感受体 (CSR) 突变引起，并且 3) 甲状旁腺功能减退症未被视为术后急性甲状旁腺功能减退症。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

PASIREOTIDE DIASPARTATE

受影响产品

- SIGNIFOR

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	库欣综合征（CD）：首次：由内分泌科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次/续期：12 个月。
其他标准	CD：续期：1) 库欣综合征持续改善，2) 维持对 SIGNIFOR 的耐受性。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

PAZOPANIB

受影响产品

- *pazopanib oral tablet 200 mg, 400 mg*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	晚期软组织肉瘤（STS）：不用于脂肪细胞 STS 或胃肠道间质瘤（GIST）
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

PEGFILGRASTIM - APGF

受影响产品

- NYVEPRIA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	由血液科医生或肿瘤科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

PEGFILGRASTIM - CBQV

受影响产品

- UDENYCA ONBODY

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	由血液科医生或肿瘤科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	12 个月
其他标准	非骨髓性恶性肿瘤：UDENYCA：试用过首选药物 NYVEPRIA 或对其有禁忌症。UDENYCA ONBODY：1) 试用过首选药物 NYVEPRIA 或对其有禁忌症，或 2) 存在获取障碍（例如出行障碍、无法返回诊所注射）。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	否
必须先行治疗	是

PEGINTERFERON ALFA-2A

受影响产品

- PEGASYS

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	乙型肝炎：由胃肠科医生、传染疾病专科医生或专门治疗肝炎的医生（例如肝科医生）开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	乙型肝炎（Hepatitis B, HEP B）/丙型肝炎（Hepatitis C, HEP C）： 48 周。
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

PEGVISOMANT

受影响产品

- SOMAVERT

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

PEMBROLIZUMAB

受影响产品

- KEYTRUDA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	不可切除或转移性黑色素瘤：不得同时使用靶向治疗药物（即 Braf 抑制剂、MEK 抑制剂和 NTRK 抑制剂）。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

PEMBROLIZUMAB-BERAHYALURONIDASE ALFA-PMPH

受影响产品

- KEYTRUDA QLEX

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

PEMIGATINIB

受影响产品

- PEMAZYRE

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	胆管癌、髓系/淋巴系肿瘤增生：在开始治疗之前和按照建议的预定间隔将完成全面的眼科检查，包括光学相干断层扫描（OCT）。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

PENICILLAMINE TABLET

受影响产品

- *penicillamine oral tablet*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	首次：胱氨酸尿症：患有肾结石症并符合以下其中一项：1) 结石分析显示存在胱氨酸，2) 尿液分析中存在特征性的六角形胱氨酸晶体，或 3) 胱氨酸尿症家族史和氰化物-硝普钠筛查呈阳性。
年龄限制	
处方师限制	首次：威尔逊氏症：由肝科医生或胃肠科医生开立处方或与其咨询后建议。胱氨酸尿症：由肾科医生开立处方或与其咨询后建议。类风湿性关节炎（RA）：由风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：12 个月，续期：终生。
其他标准	首次：威尔逊氏症：1) 莱比锡评分（LEIPZIG SCORE）为 4 或更高。RA：1) 无肾功能不全病史或其他证据，并且 2) 试过用一种 DMARD（疾病调节抗风湿药物）治疗 3 个月或对其有禁忌症 - 如果患者尝试过 METHOTREXATE，则需要试用每周大于或等于 20 MG 的剂量或最大耐受剂量。续期：RA：1) 无肾功能不全病史或其他证据，并且 2) 相较于基线，压痛关节数或肿胀关节数有所改善或持续改善。威尔逊氏症、胱氨酸尿症：继续受益于药物治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

PEXIDARTINIB

受影响产品

- TURALIO

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

PIMAVANSERIN

受影响产品

- NUPLAZID

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	帕金森病（PD）中的精神病：首次：18 岁或以上。
处方师限制	PD 中的精神病：首次：由神经科医生、老年病学家或行为健康专科医生（如精神科医生）开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次/续期：12 个月。
其他标准	PD 中的精神病：续期：相较于基线，精神病症状有所改善，并表明继续需要治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

PIRFENIDONE

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	特发性肺纤维化（IPF）：首次：经由单独的高分辨率计算机断层扫描（HRCT）或通过合并外科肺活检和 HRCT 证明为常见间质性肺炎（UIP）模式。
年龄限制	
处方师限制	IPF：首次：由肺科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次/续期：12 个月。
其他标准	IPF：首次：1) 没有其他已知的间质性肺病原因（例如结缔组织病、药物毒性、石棉或铍暴露、过敏性肺炎、系统性硬化症、类风湿性关节炎、辐射、结节病、闭塞性细支气管炎、机化性肺炎、人类免疫缺陷病毒（HIV）感染、病毒性肝炎或癌症）。续期：具临床意义的改善或维持年下降率。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

PIRTOBRUTINIB

受影响产品

- JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

POMALIDOMIDE

受影响产品

- POMALYST

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

PONATINIB

受影响产品

- ICLUSIG

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	慢性粒细胞白血病（CML）：根据美国国家综合癌症网络（National Comprehensive Cancer Network, NCCN）基于 BCR-ABL1 基因突变情况的治疗建议指南表，在开始治疗前进行基因突变分析和使用 ICLUSIG 具适当性。
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

POSACONAZOLE TABLET

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	出院后继续治疗，预防性治疗：6个月。治疗：12周。
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

PRALSETINIB

受影响产品

- GAVRETO

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

PYRIMETHAMINE

受影响产品

- *pyrimethamine*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	弓形虫病：首次：由传染疾病专科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	弓形虫病：首次：8周，续期：6个月。
其他标准	弓形虫病：续期：符合以下其中一项：（1）持续性临床疾病（头痛、神经系统症状或发烧）和持续性放射学疾病（脑成像显示一个或多个肿块病灶），或（2）CD4 计数低于 200 CELLS/MM3，并且如果 HIV 呈阳性，目前正在接受抗逆转录病毒治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

QUININE

受影响产品

- *quinine sulfate*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

QUIZARTINIB

受影响产品

- VANFLYTA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

REGORAFENIB

受影响产品

- STIVARGA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

RELUGOLIX

受影响产品

- ORGOVYX

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

REPOTRECTINIB

受影响产品

- AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG, 40 MG

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

RESMETIROM

受影响产品

- REZDIFFRA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	非酒精性脂肪性肝炎（NASH）：首次：经由过去 12 个月内取得的活检或非侵入性检测确诊，表现为：1) 肝纤维化 2 期或 3 期，或 2) 非酒精性脂肪性肝病（NAFLD）活动评分为 4 分或以上。
年龄限制	
处方师限制	NASH：首次：由肝科医生、胃肠科医生或内分泌科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次/续期：12 个月
其他标准	NASH：续期：患者仍诊断为非肝硬化性 NASH，伴有中度至重度肝纤维化（即符合 F2 至 F3 期纤维化标准）
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

RETIFANLIMAB-DLWR

受影响产品

- ZYNYZ

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

REVUMENIB

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

RIBOCICLIB

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

RIBOCICLIB-LETROZOLE

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

RIFAXIMIN

受影响产品

- XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG, 550 MG

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	旅行者腹泻、肝性脑病（HE）：12 个月。IBS-D：8 周。
其他标准	HE：试用过乳果糖或对其有禁忌症，或同时接受乳果糖治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

RILONACEPT

受影响产品

- ARCALYST

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	<p>冷冻素相关周期性综合征（CAPS）：1）符合以下其中一项： （A）NLRP3 基因中功能增益突变的基因检测，或（B）具有炎症标志物（即 C 反应蛋白[CRP]、红细胞沉降率[ESR]、血清淀粉样蛋白 A 蛋白[SAA]或 S100 蛋白升高），以及 2）以下其中两项：荨麻疹样皮疹（中性粒细胞性皮炎）、冷诱发发作、感觉神经性听力损失、肌肉骨骼症状、慢性无菌性脑膜炎、骨骼异常。白细胞介素-1 受体拮抗剂缺乏症（DIRA）：1）符合以下其中一项：（A）IL1RN 基因中功能增益突变的基因检测，或（B）具有炎症标志物（即 CRP、ESR 升高），并且 2）符合以下其中一项：脓疱性银屑病样皮疹、骨髓炎、无细菌性骨髓炎、脱甲症。复发性心包炎（RP）：出现以下其中两项：符合心包炎特征的胸痛、心包摩擦音、心电图显示弥漫性 ST 段抬高或 PR 段压低、新出现或加剧的心包积液。</p>
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	CAPS、DIRA：终生。RP：12 个月。
其他标准	<p>CAPS：不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子药物（例如 JAK 抑制剂、PDE-4 抑制剂）治疗 CAPS。DIRA：1）不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子治疗 DIRA，并且 2）试用过首选药物：KINERET。RP：1）曾发生过急性心包炎，2）4 至 6 周内无症状，并且 3）不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子治疗 RP。</p>
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无

PA 标准	标准详细信息
必须先行治疗	是

RIMEGEPANT

受影响产品

- NURTEC ODT

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	首次：6 个月。续期：12 个月。
其他标准	急性偏头痛治疗：首次：试用过一种曲坦类药物（例如 SUMATRIPTAN、RIZATRIPTAN）或对其有禁忌症。首次/续期：不得同时使用其他 CGRP 抑制剂治疗急性偏头痛。续期：1) 经过验证的急性治疗患者报告结果问卷调查的结果比基线有所改善；或 2) 治疗对大多数偏头痛发作持续有效。偶发性偏头痛预防：首次/续期：不得同时使用其他 CGRP 抑制剂以预防偏头痛。续期：通过治疗减少偏头痛或头痛的频率、偏头痛的严重程度或偏头痛的持续时间。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

RIOCIGUAT

受影响产品

- ADEMPAS

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	首次：肺动脉高压（PAH）：通过右心导管检查确诊，参数如下：1) 平均肺动脉压（PAP）大于 20 MMHG，2) 肺毛细血管楔压（PCWP）为 15 MMHG 或更低，3) 肺血管阻力（PVR）大于 2 WOOD 单位。持续性/复发性慢性血栓栓塞性肺动脉高压（CTEPH）（世界卫生组织[World Health Organization, WHO]第 4 组）：WHO 功能性 II-IV 级症状。
年龄限制	
处方师限制	首次：PAH、CTEPH：由心脏科医生或肺科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次/续期：12 个月。
其他标准	首次：PAH：不得同时使用硝酸盐、一氧化氮供体、磷酸二酯酶（PDE）抑制剂或非特异性 PDE 抑制剂。CTEPH：1) 不得同时使用硝酸盐、一氧化氮供体、PDE 抑制剂或非特异性 PDE 抑制剂，并且 2) 不适合手术或患有无法手术的 CTEPH 或手术治疗后病情持续或复发。续期：PAH、CTEPH：不得同时使用硝酸盐、一氧化氮供体、PDE 抑制剂或非特异性 PDE 抑制剂。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

RIPRETINIB

受影响产品

- QINLOCK

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

RISANKIZUMAB-RZAA

受影响产品

- SKYRIZI

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	首次：斑块状银屑病（PSO）：斑块状银屑病覆盖百分之 3 或更多的体表面积，或银屑病病变影响手部、足部、面部、头皮或生殖器区域。
年龄限制	
处方师限制	首次：PSO：由皮肤科医生开立处方或与其咨询后建议。银屑病关节炎（PSA）：由风湿科或皮肤科医生开立处方或与其咨询后建议。克罗恩病（CD）、溃疡性结肠炎（UC）：由胃肠科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：6 个月。续期：12 个月
其他标准	首次：PSO：1）至少试用过一种口服免疫抑制剂（CYCLOSPORINE、METHOTREXATE、TACROLIMUS）或 PUVA（光疗）3 个月，2）对免疫抑制剂和 PUVA 均有禁忌症或不耐受，或 3）患者正在从不同的生物制剂、PDE-4 抑制剂或 JAK 抑制剂转换以治疗相同适应症。首次/续期：所有适应症：不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子药物（例如 JAK 抑制剂、PDE-4 抑制剂）治疗相同适应症。续期：PSO、PSA：继续受益于药物治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

RITUXIMAB AND HYALURONIDASE HUMAN-SQ

受影响产品

- RITUXAN HYCELA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	滤泡性淋巴瘤（FL）、弥漫性大 B 细胞淋巴瘤（DLBCL）、慢性淋巴细胞白血病（CLL）：1）在开始使用 RITUXIMAB 和 HYALURONIDASE 之前，已经接受或将通过静脉灌注接受至少一次全剂量的 RITUXIMAB 产品。2）不得与用于相同适应症的其他全身性生物制剂或靶向小分子药物（例如，JAK 抑制剂、PDE-4 抑制剂）同时使用。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

RITUXIMAB-ABBS

受影响产品

- TRUXIMA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	首次：类风湿性关节炎（RA）：由风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。非霍奇金淋巴瘤（NHL）、慢性淋巴细胞白血病（CLL）：由肿瘤科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	RA：首次：6个月，续期：12个月。NHL、GPA、MPA, PV：12个月。CLL：6个月。
其他标准	首次：所有适应症：不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子药物（例如 JAK 抑制剂、PDE-4 抑制剂）治疗相同适应症。 RA：试用过以下其中两种首选药物或对其有禁忌症： HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA、XELJANZ、RINVOQ、ORENCIA。续期：RA：1）继续受益于药物治疗，并且 2）不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子药物治疗相同适应症。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

ROPEGINTERFERON ALFA-2B-NJFT

受影响产品

- BESREMI

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

RUCAPARIB

受影响产品

- RUBRACA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	转移性去势抵抗性前列腺癌：1) 接受过双侧睾丸切除术，2) 睾酮处于去势水平（即低于 50 NG/DL），或 3) 同时使用促性腺激素释放激素（GNRH）类似物。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

RUXOLITINIB

受影响产品

- JAKAFI

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	骨髓纤维化：首次：6个月，续期：12个月。真性红细胞增多症、移植抗宿主病（GRAFT VS HOST DISEASE, GVHD）：12个月
其他标准	首次：慢性移植抗宿主病（CGVHD）：不得同时使用 REZUROCK、NIKTIMVO 或 IMBRUVICA。续期：骨髓纤维化：继续受益于药物治疗。CGVHD：不得同时使用 REZUROCK、NIKTIMVO 或 IMBRUVICA。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

SAPROPTERIN

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	首次：2 个月，续期：12 个月。
其他标准	高苯丙氨酸血症（HPA）：首次：不得同时使用 PALYNZIQ。续期：1) 继续受益于治疗，2) 不得同时使用 PALYNZIQ。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

SECUKINUMAB SQ

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	首次：斑块状银屑病（PSO）：银屑病覆盖百分之3或更多的体表面积，或银屑病病变影响手部、足部、生殖器区域、头皮或面部。非放射性中轴型脊柱关节炎（NR-AXSPA）：1）C反应蛋白（CRP）水平高于正常上限，或2）磁共振成像（MRI）显示骶髂关节炎。
年龄限制	
处方师限制	首次：PSO、化脓性扁桃体炎（HS）：由皮肤科医生开处方或与其咨询后建议。银屑病关节炎（PSA）：由风湿科或皮肤科医生开立处方或与其咨询后建议。强直性脊柱炎（AS）、NR-AXSPA、肌腱炎相关关节炎（ERA）：由风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：HS：12个月，所有其他适应症：6个月续期：12个月。
其他标准	首次：PSO：1）至少试用过一种口服免疫抑制剂（CYCLOSPORINE、METHOTREXATE、TACROLIMUS）或PUVA（光疗）3个月，2）对免疫抑制剂和PUVA均有禁忌症或不耐受，或3）患者正在从不同的生物制剂、PDE-4抑制剂或JAK抑制剂转换以治疗相同适应症。AS、NR-AXSPA：试用过非甾体抗炎药（Non-steroidal anti-inflammatory drug, NSAID）或对其有禁忌症。ERA：试用过一种NSAID、SULFASALAZINE或METHOTREXATE或对其有禁忌症。首次/续期：所有适应症：不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子药物（例如JAK抑制剂、PDE-4抑制剂）治疗相同适应症。续期：所有适应症：继续受益于药物治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局FDA批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B部分先决条件	无

PA 标准	标准详细信息
必须先行治疗	是

SELEXIPAG

受影响产品

- 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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	肺动脉高压 (PAH)：首次：通过右心导管检查确诊，参数如下： 1) 平均肺动脉压 (PAP) 大于 20 MMHG，2) 肺毛细血管楔压 (PCWP) 为 15 MMHG 或更低，并且 3) 肺血管阻力 (PVR) 大于 2 WOOD 单位。
年龄限制	
处方师限制	PAH：首次：由心脏科医生或肺科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次/续期：12 个月
其他标准	PAH：首次：试用过以下其中两种不同药物类别的药物：1) 处方集版本的口服内皮素受体拮抗剂，2) 用于治疗 PAH 的处方集版本的口服磷酸二酯酶 5 型抑制剂，3) 处方集版本的口服 CGMP 刺激剂。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

SELINEXOR

受影响产品

- 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)

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

SELPERCATINIB

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

SELUMETINIB

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

SEVABERTINIB

受影响产品

- HYRNUO

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

SILDENAFIL TABLET

受影响产品

- *sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	肺动脉高压 (PAH)：首次：18 岁或以上：通过右心导管检查确诊，参数如下：1) 平均肺动脉压 (PAP) 大于 20 MMHG，2) 肺毛细血管楔压 (PCWP) 为 15 MMHG 或更低，并且 3) 肺血管阻力 (PVR) 大于 2 WOOD 单位。1 至 17 岁：通过右心导管检查确诊，参数如下：1) 平均 PAP 大于 20 MMHG，2) PCWP 为 15 MMHG 或更低，并且 3) PVR 为 3 WOOD 单位或更高。
年龄限制	
处方师限制	PAH：首次：由心脏科医生或肺科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次/续期：12 个月。
其他标准	PAH：首次/续期：1) 未同时或间断地正在服用口服勃起功能障碍药物（例如：CIALIS、VIAGRA）或任何形式的有机硝酸盐，并且 2) 不得同时使用鸟苷酸环化酶刺激剂。
适应症	所有医学上认可的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

SIPONIMOD

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

SIROLIMUS PROTEIN-BOUND

受影响产品

- FYARRO

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

SODIUM OXYBATE-XYREM

受影响产品

- *sodium oxybate*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	首次：发作性睡病中的猝倒症、发作性睡病中的过度日间嗜睡（EDS）：由神经科医生、精神科医生或睡眠医学专家开立处方或与其咨询后建议
承保期限	首次：6个月。续期：12个月
其他标准	首次：发作性睡病中的 EDS：1) 不得同时使用镇静催眠药，2) 18 岁或以上：试用过处方集版本 MODAFINIL、ARMODAFINIL 或 SUNOSI 和一种普通形式的刺激剂治疗发作性睡病中的 EDS，或使用上述药物后无效或对其有禁忌症。发作性睡病中的猝倒症：不得同时使用镇静催眠药。续期：发作性睡病中的猝倒症，发作性睡病中的 EDS：1) 相较于基线，症状持续改善，并且 2) 不得同时使用镇静催眠药。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

SOFOSBUVIR/VELPATASVIR

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	过去 6 个月内的丙型肝炎病毒核糖核酸（Hepatitis C Virus Ribonucleic acid, HCV RNA）水平。
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	采用标准将符合现行的美国肝病研究学会（American Association for the Study of Liver Disease, AASLD）/美国传染病学会（Infectious Disease Society of America, IDSA）指南。
其他标准	1) 采用标准将符合现行的 AASLD/IDSA 指南，2) 未同时服用以下任何一种药物：AMIODARONE、CARBAMAZEPINE、PHENYTOIN、PHENOBARBITAL、OXCARBAZEPINE、RIFAMPIN、RIFABUTIN、RIFAPENTINE、含 EFAVIRENZ 的 HIV 治疗药物、高于 10 MG 的 ROSUVASTATIN、TIPRANAVIR/RITONAVIR、TOPOTECAN、SOVALDI（作为单一药剂）HARVONI、ZEPATIER、MAVYRET 或 VOSEVI，并且 3) 除非不符合 RIBAVIRIN 资格，否则失代偿性肝硬化的患者须同时服用 RIBAVIRIN。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

SOFOSBUVIR/VELPATASVIR/VOXILAPREVIR

受影响产品

- VOSEVI

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	过去 6 个月内的丙型肝炎病毒核糖核酸（Hepatitis C Virus Ribonucleic acid, HCV RNA）水平。
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	采用标准将符合现行的美国肝病研究学会（American Association for the Study of Liver Disease, AASLD）/美国传染病学会（Infectious Disease Society of America, IDSA）指南。
其他标准	1) 采用标准将符合现行的 AASLD/IDSA 指南，2) 未同时服用以下任何一种药物：AMIODARONE、CARBAMAZEPINE、PHENYTOIN、PHENOBARBITAL、OXCARBAZEPINE、RIFAMPIN、RIFABUTIN、RIFAPENTINE、CYCLOSPORINE、PITAVASTATIN、PRAVASTATIN（剂量高于 40MG）、ROSUVASTATIN、METHOTREXATE、MITOXANTRONE、IMATINIB、IRINOTECAN、LAPATINIB、SULFASALAZINE、TOPOTECAN 或含 EFAVIRENZ 的 HIV 治疗药物、ATAZANAVIR、LOPINAVIR、TIPRANAVIR/RITONAVIR、SOVALDI（作为单一药剂）、EPCLUSA、HARVONI、ZEPATIER 或 MAVYRET，并且 3) 没有中度至重度的肝功能损害（CHILD-PUGH B 或 C）。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

SOMATROPIN - NORDITROPIN

受影响产品

- NORDITROPIN FLEXPRO

PA 标准	标准详细信息
除外标准	首次/续期：增强运动能力、抗衰老目的。
必要医疗信息	首次：儿童生长激素缺乏症（GHD）、特发性矮小症（ISS）、小于胎龄儿（SGA）、努南综合征：身高比同年龄和同性别的儿童平均身高至少低 2 个标准差。特纳综合征（TS）：经由染色体分析（核型分析）确认。普拉德-威利综合征（PWS）：基因诊断已确诊 PWS。成人 GHD：1) 患有先天性、遗传性或器质性疾病（例如颅咽管瘤、垂体发育不全、异位垂体后叶、既往颅脑照射史），或 2) 通过以下其中一项生长激素（GH）刺激检测确认 GHD：（A）胰岛素耐量试验（GH 峰值为 5 ng/ML 或更低），（B）胰高血糖素刺激检测（以下其中一项：（I）峰值反应为 3 ng/ML 或更低，且身体质量指数（Body mass index, BMI）低于 25 KG/M2，（II）峰值反应为 3 ng/ML 或更低，且 BMI 在 25 - 30 KG/M2 之间，且考虑检测前概率，（III）峰值反应为 1 NG/ML 或更低，BMI 介于 25 - 30 KG/M2 之间，且考虑低检测概率，或（IV）峰值反应为 1 NG/ML 或更低，BMI 大于 30 KG/M2），或（C）MACIMORELIN 测试（峰值 GH 为 2.8 NG/ML 或更低）。
年龄限制	SGA：2 岁或以上。
处方师限制	首次/续期：所有适应症：由内分泌科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次/续期：12 个月。
其他标准	首次：儿童 GHD、ISS、SGA、TS、努南综合征：经手腕和手部的射线影像确认骨骺开放。首次/续期：成人 GHD、儿童 GHD、SGA、TS、PWS、努南综合征：不得同时使用 INCRELEX。续期：ISS：1) 治疗期间病情有所好转（身高增加或生长速度加快），并且 2) 经手腕和手部的射线影像确认骨骺开放。儿童 GHD、SGA、TS、努南综合征：1) 治疗期间病情有所好转（身高增加或生长速度加快），并且 2) 经手腕和手部的射线影像确认骨骺开放或青春期前期发育尚未完成。PWS：身体组成有所改善。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。

PA 标准	标准详细信息
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

SOMATROPIN - SEROSTIM

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	首次/续期：不得用于提高运动表现或抗衰老目的。
必要医疗信息	首次：HIV 相关消瘦：减重需满足以下任一条件：1) 12 个月内非故意体重减轻 10%或 6 个月内减轻 5%；2) 6 个月内身体细胞量 (Body Cell Mass, BCM) 减少 5%；3) 男性身体细胞量 (BCM) 占总体重的比例小于 35% 且身体质量指数 (Body Mass Index, BMI) 小于 27 kg/m ² ；4) 女性身体细胞量 (BCM) 占总体重的比例小于 23%且身体质量指数 (BMI) 小于 27 kg/m ² ；或 5) 身体质量指数 (BMI) 小于 20 kg/m ² 。
年龄限制	
处方师限制	HIV 相关消瘦：首次：由胃肠病学家、营养支持专家或感染病专家开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次/续期：9 个月。
其他标准	HIV 相关消瘦：续期：1) 肌肉量和体重方面的临床获益。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

SONIDEGIB

受影响产品

- ODOMZO

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	局部晚期基底细胞癌（BCC）：基线血清肌酸激酶（CK）和血清肌酐水平
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

SORAFENIB

受影响产品

- *sorafenib*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

SOTATERCEPT-CSRK

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	肺动脉高压 (PAH)：首次：通过右心导管检查确诊，参数如下： 1) 平均肺动脉压 (PAP) 大于 20 MMHG，2) 肺毛细血管楔压 (PCWP) 为 15 MMHG 或更低，并且 3) 肺血管阻力 (PVR) 大于 2 WOOD 单位。
年龄限制	
处方师限制	PAH：首次：由心脏科医生或肺科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次/续期：12 个月。
其他标准	PAH：首次：1) 正在接受 PAH 背景治疗 (至少 3 个月)，使用以下其中至少两种不同类别的药物：A) 口服内皮素受体拮抗剂，B) 用于治疗 PAH 的口服磷酸二酯酶 5 型抑制剂，C) 口服 CGMP 刺激剂，D) IV/SQ 前列环素，或 2) 使用上述一种药物类别中的一种药物，并且对所有其他药物类别有禁忌症或不耐受。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

SOTORASIB

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	无

STIRIPENTOL

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	德拉夫综合征：首次：由神经科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次/续期：12 个月。
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

SUNITINIB

受影响产品

- *sunitinib malate*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	胃肠道间质瘤（GIST）：试用过 IMATINIB 或对其有禁忌症。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

TADALAFIL - ADCIRCA, ALYQ

受影响产品

- *alyq*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	肺动脉高压（PAH）：首次：通过右心导管检查确诊，参数如下： 1) 平均肺动脉压（PAP）大于 20 MMHG，2) 肺毛细血管楔压（PCWP）为 15 MMHG 或更低，并且 3) 肺血管阻力（PVR）大于 2 WOOD 单位。
年龄限制	
处方师限制	PAH：首次：由心脏科医生或肺科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次/续期：12 个月。
其他标准	PAH：首次/续期：1) 未同时或间断地正在服用口服勃起功能障碍药物（例如：CIALIS、VIAGRA）或任何形式的有机硝酸盐；2) 不得同时使用鸟苷酸环化酶刺激剂。
适应症	所有医学上认可的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

TADALAFIL-CIALIS

受影响产品

- *tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	勃起功能障碍，但未确诊为良性前列腺增生（BPH）。
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	BPH: 1) 试用过一种 α 受体阻滞剂（例如，DOXAZOSIN、TERAZOSIN、TAMSULOSIN, ALFUZOSIN），并且 2) 试用过一种 5- α 还原酶抑制剂（例如，FINASTERIDE、DUTASTERIDE）。 仅适用于 2.5MG 和 5MG 剂量
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

TALAZOPARIB

受影响产品

- TALZENNA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	晚期或转移性乳腺癌：1) 已接受过新辅助性治疗、辅助性治疗或转移性形式的化学治疗，并且 2) 如果是激素受体 (HR) 阳性乳腺癌，之前已接受过内分泌治疗或被认为不适合接受内分泌治疗。转移性去势抵抗性前列腺癌：1) 接受过双侧睾丸切除术，2) 睾酮处于去势水平 (即低于 50 NG/DL)，或 3) 同时使用促性腺激素释放激素 (GNRH) 类似物。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

TALETRECTINIB

受影响产品

- IBTROZI

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

TALQUETAMAB-TGVS

受影响产品

- TALVEY

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

TARLATAMAB-DLLE

受影响产品

- IMDELLTRA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

TAZEMETOSTAT

受影响产品

- TAZVERIK

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

TEBENTAFUSP-TEBN

受影响产品

- KIMMTRAK

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

TECLISTAMAB-CQYV

受影响产品

- TECVAYLI

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

TELISOTUZUMAB VEDOTIN-TLLV

受影响产品

- EMRELIS

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

TELOTRISTAT

受影响产品

- XERMELO

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	类癌综合征腹泻：由肿瘤科医生或胃肠科医生开立处方或与其咨询后建议
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

TEPOTINIB

受影响产品

- TEPMETKO

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

TERIPARATIDE

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	24 个月
其他标准	骨质疏松症：未接受过总计 24 个月甲状旁腺激素疗法的治疗，除非仍然处于或已恢复到高骨折风险。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

TESTOSTERONE

受影响产品

- *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)*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	男性性腺功能减退症：首次：通过以下条件确认：1) 在单独的测量中，至少两次血清总睾酮水平低于 300 NG/DL，或 2) 游离血清睾酮水平低于 5 NG/DL。
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	首次/续期：12 个月
其他标准	男性性腺功能减退症：首次：1) 40 岁或以上：针对前列腺癌筛查，已进行前列腺特异性抗原 (PSA) 评估。续期：1) 40 岁或以上：针对前列腺癌筛查，已进行 PSA 评估，并且 2) 相较于基线，症状有所改善且对治疗具有耐受性。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

TESTOSTERONE CYPIONATE - DEPO

受影响产品

- *testosterone cypionate*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	男性性腺功能减退症：首次：通过以下条件确认：1) 在单独的测量中，至少两次血清总睾酮水平低于 300 NG/DL，或 2) 游离血清睾酮水平低于 5 NG/DL。
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	首次/续期：12 个月
其他标准	男性性腺功能减退症：首次：1) 40 岁或以上：针对前列腺癌筛查，已进行前列腺特异性抗原 (PSA) 评估。续期：1) 40 岁或以上：针对前列腺癌筛查，已进行 PSA 评估，并且 2) 相较于基线，症状有所改善且对治疗具有耐受性。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

TESTOSTERONE ENANTHATE

受影响产品

- *testosterone enanthate*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	男性性腺功能减退症：首次：通过以下条件确认：1) 在单独的测量中，至少两次血清总睾酮水平低于 300 NG/DL，或 2) 游离血清睾酮水平低于 5 NG/DL。
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	首次/续期：男性青春期延迟：6 个月，男性性腺功能减退症：12 个月。其他适应症：12 个月。
其他标准	首次：男性性腺功能减退症：1) 40 岁或以上：针对前列腺癌筛查，已进行前列腺特异性抗原 (PSA) 评估。续期：男性性腺功能减退症：1) 40 岁或以上：针对前列腺癌筛查，已进行 PSA 评估，并且 2) 相较于基线，症状有所改善且对治疗具有耐受性。男性青春期延迟：未接受过超过两次的 6 个月疗程的睾酮替代疗法
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

TETRABENAZINE

受影响产品

- *tetrabenazine*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	亨廷顿病：由神经科医生或运动障碍专科医生开处方或与其咨询后建议。
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

THALIDOMIDE

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

TISLELIZUMAB-JSGR

受影响产品

- TEVIMBRA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

TISOTUMAB VEDOTIN-TFTV

受影响产品

- TIVDAK

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

TIVOZANIB

受影响产品

- FOTIVDA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

TOCILIZUMAB-AAZG SQ

受影响产品

- TYENNE
- TYENNE AUTOINJECTOR

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	首次：类风湿性关节炎（RA）、多关节幼年特发性关节炎（PJIA）：由风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。系统性幼年特发性关节炎（SJIA）：由风湿科医生、皮肤科医生或免疫科医生开立处方或于其咨询后建议。
承保期限	首次：RA、PJIA、SJIA、GCA：6个月。CRS：1个月。续期：RA、PJIA、SJIA、GCA：12个月。
其他标准	首次：RA：试用过以下其中两种首选药物或对其有禁忌症：HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA、XELJANZ、RINVOQ、ORENCIA。巨细胞动脉炎（GCA）：1）已完成、开始或即将开始逐渐减少糖皮质激素疗程，并且2）试用过首选药物：RINVOQ 或对其有禁忌症。PJIA：试用过以下其中两种首选药物或对其有禁忌症：HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA、XELJANZ IR、ORENCIA、RINVOQ。首次/续期：所有适应症：不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子药物（例如 JAK 抑制剂、PDE-4 抑制剂）治疗相同适应症。续期：RA、PJIA、SJIA：继续受益于药物治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

TOCILIZUMAB-AAZG-IV

受影响产品

- TYENNE

PA 标准	标准详细信息
除外标准	住院成人的 2019 冠状病毒疾病 (COVID-19)
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	首次：类风湿性关节炎 (RA)、多关节幼年特发性关节炎 (PJIA)：由风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。系统性幼年特发性关节炎 (SJIA)：由风湿科医生、皮肤科医生或免疫科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：RA、PJIA、SJIA、GCA：6 个月。CRS：1 个月。续期：RA、PJIA、SJIA、GCA：12 个月。
其他标准	首次：所有适应症：不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子药物（例如 JAK-抑制剂、PDE-4 抑制剂）治疗相同适应症。 RA：试用过以下其中两种首选药物或对其有禁忌症：HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA、XELJANZ、RINVOQ、ORENCIA。巨细胞动脉炎 (GCA)：1) 已完成、开始或即将开始逐渐减少糖皮质激素疗程，并且 2) 试用过首选药物：RINVOQ 或对其有禁忌症。PJIA：试用过以下其中两种首选药物或对其有禁忌症：HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA、XELJANZ IR、ORENCIA、RINVOQ。续期：RA、PJIA、SJIA：1) 继续受益于药物治疗，并且 2) 不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子药物治疗相同适应症。GCA：不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子药物治疗相同适应症。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无

PA 标准	标准详细信息
必须先行治疗	是

TOFACITINIB

受影响产品

- XELJANZ
- XELJANZ XR

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	首次：类风湿性关节炎（RA）、强直性脊柱炎（AS）、多关节幼年特发性关节炎（PJIA）：由风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。银屑病关节炎（PSA）：由风湿科或皮肤科医生开立处方或与其咨询后建议。溃疡性结肠炎（UC）：由胃肠科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：6个月。续期：12个月。
其他标准	首次：RA：试过用一种传统合成型 DMARD（疾病调节抗风湿药物）治疗 3 个月或对其有禁忌症 - 如果患者尝试过 METHOTREXATE，则需要试用每周至少 20 MG 的剂量或最大耐受剂量。AS：试用过非甾体抗炎药（Non-steroidal anti-inflammatory drug, NSAID）或对其有禁忌症。首次/续期：所有适应症：不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子药物（例如 JAK 抑制剂、PDE-4 抑制剂）治疗相同适应症。续期：RA、PSA、AS、PCJIA：继续受益于药物治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

TOLVAPTAN

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	常染色体显性多囊肾病 (Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease, ADPKD): 首次: 通过计算机断层扫描 (Computed Tomography, CT)、磁共振成像 (Magnetic Resonance Imaging, MRI) 或超声检查确诊为多囊肾病。
年龄限制	
处方师限制	常染色体显性多囊肾病 (Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease, ADPKD): 首次: 由肾脏科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次: 6 个月。续期: 12 个月。
其他标准	常染色体显性多囊肾病 (Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease, ADPKD): 首次: 患者无终末期肾病 (End-Stage Renal Disease, ESRD) (即未接受透析治疗)。续期: 患者病情未进展至终末期肾病/透析治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

TOPICAL TRETINOIN

受影响产品

- ALTRENO
- *tretinoin topical cream*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	美容适应症，如皱纹、光老化、黄褐斑。
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	寻常痤疮：品牌药的外用 TRETINOIN 授权需要试用过普通形式的外用 TRETINOIN 产品或对其有禁忌症。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

TORIPALIMAB-TPZI

受影响产品

- LOQTORZI

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	鼻咽癌（NPC）：一线治疗：24 个月，既往治疗：终生。
其他标准	本药物也需要经过付款裁决，并可能由 MEDICARE B 部分或 D 部分承保。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

TOVORAFENIB

受影响产品

- OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION
- OJEMDA ORAL TABLET

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

TRAMETINIB SOLUTION

受影响产品

- MEKINIST ORAL RECON SOLN

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	不可切除或转移性黑色素瘤、黑色素瘤、转移性非小细胞肺癌（NSCLC）、局部晚期或转移性间变性甲状腺癌（ATC）、不可切除或转移性实体瘤、低度神经胶质瘤（LGG）：无法吞咽 MEKINIST 片剂。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

TRAMETINIB TABLET

受影响产品

- MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

TRASTUZUMAB-DKST

受影响产品

- OGIVRI

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	本药物也需要经过付款裁决，并可能由 MEDICARE B 部分或 D 部分承保。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

TRASTUZUMAB-HYALURONIDASE-OYSK

受影响产品

- HERCEPTIN HYLECTA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	辅助性乳腺癌、转移性乳腺癌：试用过以下其中一项首选药物或对其有禁忌症：HERZUMA、OGIVRI、ONTRUZANT、TRAZIMERA。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

TRAZODONE

受影响产品

- RALDESY

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	重度抑郁症（MDD）：对 TRAZODONE 片剂有禁忌症或无法吞咽该药物。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

TREMELIMUMAB-ACTL

受影响产品

- IMJUDO

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	UHCC：30 天。转移性非小细胞肺癌（NSCLC）：5 个月。
其他标准	不可切除的肝细胞癌（UHCC）：之前尚未接受过 IMJUDO 治疗。 NSCLC：尚未接受过总计 5 剂的 IMJUDO。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

TRIENTINE CAPSULE

受影响产品

- *trientine oral capsule 250 mg*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	威尔逊氏症：首次：莱比锡评分（LEIPZIG SCORE）为 4 或更高。
年龄限制	
处方师限制	威尔逊氏症：首次：由肝科医生或胃肠科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：12 个月，续期：终生。
其他标准	威尔逊氏症：首次：试用过处方集版本的 PENICILLAMINE 片剂或对其有禁忌症。续期：继续受益于药物治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

TRIFLURIDINE/TIPIRACIL

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

TRIPTORELIN-TRELSTAR

受影响产品

- TRELSTAR INTRAMUSCULAR
SUSPENSION FOR RECONSTITUTION

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月。
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

TUCATINIB

受影响产品

- TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

UBROGEPANT

受影响产品

- UBRELVY

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	首次：6 个月。续期：12 个月。
其他标准	急性偏头痛治疗：首次：1) 试用过一种曲坦类药物（例如 SUMATRIPTAN、RIZATRIPTAN）或对其有禁忌症，并且 2) 不得同时使用其他 CGRP 抑制剂治疗急性偏头痛。续期：1) 不得同时使用其他 CGRP 抑制剂治疗急性偏头痛，并且 2) 符合以下其中一项：（a）经过验证的急性治疗患者报告结果问卷调查的结果比基线有所改善，或（b）治疗对大多数偏头痛发作持续有效。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

UPADACITINIB

受影响产品

- RINVOQ
- RINVOQ LQ

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	首次：非放射性中轴型脊柱关节炎（NR-AXSPA）：1）C 反应蛋白水平高于正常上限，或 2）磁共振成像（MRI）显示骶髂关节炎。
年龄限制	
处方师限制	首次：类风湿性关节炎（RA）、强直性脊柱炎（AS）、NR-AXSPA 多关节幼年特发性关节炎（PJIA）：由风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。银屑病关节炎（PSA）：由风湿科或皮肤科医生开立处方或与其咨询后建议。AD：由皮肤科医生、过敏科医生或免疫科医生开立处方或与其咨询后建议。溃疡性结肠炎（UC）、克罗恩病（CD）：由胃肠科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：6 个月。续期：12 个月。
其他标准	首次：RA：试过用一种传统合成型 DMARD（疾病调节抗风湿药物）治疗 3 个月或对其有禁忌症 - 如果患者尝试过 METHOTREXATE，则需要试用每周至少 20 MG 的剂量或最大耐受剂量。AD：1）受影响皮肤的顽固性瘙痒或破裂/渗出/出血，并且 2）试用过外用皮质类固醇、外用钙调磷酸酶抑制剂、外用 PDE4 抑制剂或外用 JAK 抑制剂或对其有禁忌症。AS、NR-AXSPA：试用过非甾体抗炎药（NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUG, NSAID）或对其有禁忌症。巨细胞动脉炎（GCA）：已完成、开始或即将开始逐渐减少糖皮质激素疗程。首次/续期：所有适应症：不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子药物（例如 JAK 抑制剂、PDE-4 抑制剂）治疗相同适应症。续期：RA、PSA、AS、NR-AXSPA、PJIA：继续受益于药物治疗。AD：治疗期间有所改善。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无

PA 标准	标准详细信息
必须先行治疗	是

USTEKINUMAB-AAUZ SQ

受影响产品

- *ustekinumab-aauz*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	首次：斑块状银屑病（PSO）：银屑病覆盖百分之 3 或更多的体表面积，或银屑病病变影响手部、足部、生殖器区域、头皮或面部。
年龄限制	
处方师限制	首次：银屑病关节炎（PSA）：由皮肤科或风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。PSO：由皮肤科医生开立处方或与其咨询后建议。克罗恩病（CD）、溃疡性结肠炎（UC）：由胃肠科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：6 个月。续期：12 个月。
其他标准	首次：PSO：1) 至少接受过 3 个月的口服免疫抑制剂（CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS）或 PUVA（光疗）治疗；2) 对免疫抑制剂和 PUVA 均有禁忌症或不耐受；或 3) 患者因相同适应症正在从其他生物制剂、PDE-4 抑制剂或 JAK 抑制剂转换而来。首次/续期：所有适应症：不得同时使用其他全身性生物制剂或靶向小分子药物（例如 JAK 抑制剂、PDE-4 抑制剂）治疗相同适应症。续期：PSA、PSO：继续从药物治疗中获益。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

USTEKINUMAB-AEKN IV

受影响产品

- SELARSDI

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	首次：斑块状银屑病（PSO）：银屑病覆盖百分之 3 或更多的体表面积，或银屑病病变影响手部、足部、生殖器区域、头皮或面部。
年龄限制	
处方师限制	首次：银屑病关节炎（PSA）：由皮肤科或风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。PSO：由皮肤科医生开立处方或与其咨询后建议。克罗恩病（CD）、溃疡性结肠炎（UC）：由胃肠科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：6 个月。续期：12 个月。
其他标准	首次：PSO：1）至少试用过一种口服免疫抑制剂（CYCLOSPORINE、METHOTREXATE、TACROLIMUS）或 PUVA（光疗）3 个月，2）对免疫抑制剂和 PUVA 均有禁忌症或不耐受，或 3）患者正在从不同的生物制剂、PDE-4 抑制剂或 JAK 抑制剂转换以治疗相同适应症。首次/续期：所有适应症：不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子药物（例如 JAK 抑制剂、PDE-4 抑制剂）治疗相同适应症。续期：PSA、PSO：继续受益于药物治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

USTEKINUMAB-AEKN SQ

受影响产品

- SELARSDI

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	首次：斑块状银屑病（PSO）：银屑病覆盖百分之 3 或更多的体表面积，或银屑病病变影响手部、足部、生殖器区域、头皮或面部。
年龄限制	
处方师限制	首次：银屑病关节炎（PSA）：由皮肤科或风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。PSO：由皮肤科医生开立处方或与其咨询后建议。克罗恩病（CD）、溃疡性结肠炎（UC）：由胃肠科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：6 个月。续期：12 个月。
其他标准	首次：PSO：1）至少试用过一种口服免疫抑制剂（CYCLOSPORINE、METHOTREXATE、TACROLIMUS）或 PUVA（光疗）3 个月，2）对免疫抑制剂和 PUVA 均有禁忌症或不耐受，或 3）患者正在从不同的生物制剂、PDE-4 抑制剂或 JAK 抑制剂转换以治疗相同适应症。首次/续期：所有适应症：不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子药物（例如 JAK 抑制剂、PDE-4 抑制剂）治疗相同适应症。续期：PSA、PSO：继续受益于药物治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

USTEKINUMAB-KFCE IV

受影响产品

- YESINTEK

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	首次：斑块状银屑病（PSO）：银屑病覆盖百分之 3 或更多的体表面积，或银屑病病变影响手部、足部、生殖器区域、头皮或面部。
年龄限制	
处方师限制	首次：银屑病关节炎（PSA）：由皮肤科或风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。PSO：由皮肤科医生开立处方或与其咨询后建议。克罗恩病（CD）、溃疡性结肠炎（UC）：由胃肠科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：6 个月。续期：12 个月。
其他标准	首次：PSO：1）至少试用过一种口服免疫抑制剂（CYCLOSPORINE、METHOTREXATE、TACROLIMUS）或 PUVA（光疗）3 个月，2）对免疫抑制剂和 PUVA 均有禁忌症或不耐受，或 3）患者正在从不同的生物制剂、PDE-4 抑制剂或 JAK 抑制剂转换以治疗相同适应症。首次/续期：所有适应症：不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子药物（例如 JAK 抑制剂、PDE-4 抑制剂）治疗相同适应症。续期：PSA、PSO：继续受益于药物治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

USTEKINUMAB-KFCE SQ

受影响产品

- YESINTEK

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	首次：斑块状银屑病（PSO）：银屑病覆盖百分之 3 或更多的体表面积，或银屑病病变影响手部、足部、生殖器区域、头皮或面部。
年龄限制	
处方师限制	首次：银屑病关节炎（PSA）：由皮肤科或风湿科医生开立处方或与其咨询后建议。PSO：由皮肤科医生开立处方或与其咨询后建议。克罗恩病（CD）、溃疡性结肠炎（UC）：由胃肠科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次：6 个月。续期：12 个月。
其他标准	首次：PSO：1）至少试用过一种口服免疫抑制剂（CYCLOSPORINE、METHOTREXATE、TACROLIMUS）或 PUVA（光疗）3 个月，2）对免疫抑制剂和 PUVA 均有禁忌症或不耐受，或 3）患者正在从不同的生物制剂、PDE-4 抑制剂或 JAK 抑制剂转换以治疗相同适应症。首次/续期：所有适应症：不得同时使用另一种全身性生物制剂或靶向小分子药物（例如 JAK 抑制剂、PDE-4 抑制剂）治疗相同适应症。续期：PSA、PSO：继续受益于药物治疗。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

VALBENZAZINE

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	迟发性运动障碍（TD）：由神经科医生、精神科医生或运动障碍专科医生开立处方或与其咨询后建议。与亨廷顿病有关的舞蹈症：由神经科医生或运动障碍专科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	12 个月
其他标准	TD：使用会导致迟发性运动障碍的药物的病史。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

VANDETANIB

受影响产品

- CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	目前稳定使用 CAPRELSA 不需要额外标准。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

VANZACAFTOR-TEZACAFTOR- DEUTIVACAFTOR

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	CF: 首次: 由肺科医生或囊性纤维化专家开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次: 6 个月。续期: 终生。
其他标准	CF: 首次: 不得同时使用其他 CFTR 调节剂。续期: 1) 临床状况有所改善, 并且 2) 不得同时使用其他 CFTR 调节剂。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

VEMURAFENIB

受影响产品

- ZELBORAF

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	黑色素瘤：将单独使用 ZELBORAF 或与 COTELLIC 合并使用
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

VENETOCLAX

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

VERICIGUAT

受影响产品

- VERQUVO

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	首次/续期：12 个月。
其他标准	心力衰竭（HF）：初始：1）试用过一种首选的 SGLT-2 抑制剂或对其有禁忌症，2）试用过以下标准护理类别其中的一种药物或对其有禁忌症：（A）ACE 抑制剂、ARB 或 ARNI；（B）BETA 受体阻滞剂（即：BISOPROLOL、CARVEDILOL、METOPROLOL SUCCINATE），或（C）醛固酮拮抗剂（即：SPIRONOLACTONE、EPLERENONE）。首次/续期：不得同时使用 RIOICIGUAT 或 PDE-5 抑制剂。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

VIGABATRIN

受影响产品

- *vigabatrin*
- *vigadrone*
- *vigpoder*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	首次：难治性复杂部分性癫痫（CPS）、婴儿痉挛：由神经科医生开立处方或与其咨询后建议。
承保期限	首次/续期：12 个月
其他标准	首次：CPS：试用过两种抗癫痫药物或对其有禁忌症。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

VIMSELTINIB

受影响产品

- ROMVIMZA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

VISMODEGIB

受影响产品

- ERIVEDGE

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

VONOPRAZAN

受影响产品

- VOQUEZNA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	首次：幽门螺杆菌：30 天。EE：8 周。NERD：4 周。续期：EE：24 周。
其他标准	首次：糜烂性食管炎（EROSIVE ESOPHAGITIS, EE）：试用过两种最大剂量的质子泵抑制剂，每剂持续 8 周，或对其有禁忌症。非糜烂性胃食管反流病（NON-EROSIVE GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE, NERD）：1) 过去 12 个月内使用 VOQUEZNA 治疗未出现失败，并且 2) 试用过一种最大剂量的质子泵抑制剂持续 8 周，或对其有禁忌症。续期：EE：维持对 VOQUEZNA 的临床反应。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

VORASIDENIB

受影响产品

- VORANIGO

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

VORICONAZOLE SUSPENSION

受影响产品

- *voriconazole oral suspension for reconstitution*

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	念珠菌感染：3 个月。继续治疗，所有其他适应症：6 个月。
其他标准	念珠菌感染：对 FLUCONAZOLE 药片有禁忌症或无法吞咽该药物。除食道念珠菌病外的所有适应症：无法吞咽药片。出院后继续治疗不需要额外标准。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

ZANIDATAMAB-HR11

受影响产品

- ZIIHERA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

ZANUBRUTINIB

受影响产品

- BRUKINSA

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	套细胞淋巴瘤：对阿卡替尼 (CALQUENCE) 不耐受。慢性淋巴细胞白血病、小淋巴细胞淋巴瘤：对阿卡替尼或伊布替尼 (IMBRUVICA) 不耐受。华氏巨球蛋白血症：无步骤要求。
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	是

ZENOCUTUZUMAB-ZBCO

受影响产品

- BIZENGRI

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

ZIFTOMENIB

受影响产品

- KOMZIFTI

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

ZOLBETUXIMAB-CLZB

受影响产品

- VYLOY

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

ZONGERTINIB

受影响产品

- HERNEXEOS

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	12 个月
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否

ZURANOLONE

受影响产品

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

PA 标准	标准详细信息
除外标准	
必要医疗信息	
年龄限制	
处方师限制	
承保期限	14 天
其他标准	
适应症	所有获得美国食品药品监督管理局 FDA 批准的适应症。
药品仿单标示外使用	
B 部分先决条件	无
必须先行治疗	否