



DualChoice

Những thay đổi đối với
Danh Mục Thuốc
2024 IEHP DualChoice (HMO D-SNP)
Cập nhật vào ngày 09/01/2024

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

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

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

Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DƯỢC <i>Thuốc Gốc</i> Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
OGSIVEO 100 MG TABLET	09/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DƯỢC <i>Thuốc Gốc</i> Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
		Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)			
OGSIVEO 150 MG TABLET	09/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
OJEMDA 25 MG/ML ORAL SUSPENSION	09/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
OJEMDA 500 MG/WEEK (100 MG X 5) TABLET	09/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DƯỢC <i>Thuốc Gốc</i> Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
SCEMBLIX 100 MG TABLET	09/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
LIBERVANT 10 MG BUCCAL FILM	08/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
LIBERVANT 12.5 MG BUCCAL FILM	08/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DƯỢC <i>Thuốc Gốc</i> Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
LIBERVANT 15 MG BUCCAL FILM	08/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
LIBERVANT 5 MG BUCCAL FILM	08/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
LIBERVANT 7.5 MG BUCCAL FILM	08/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
INGREZZA SPRINKLE 40 MG CAPSULE	08/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DƯỢC <i>Thuốc Gốc</i> Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
INGREZZA SPRINKLE 60 MG CAPSULE	08/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
INGREZZA SPRINKLE 80 MG CAPSULE	08/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
Varenicline 1 mg tablet (56 pack)	08/01/2024	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
Baclofen 5 mg tablet	07/01/2024	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DƯỠC <i>Thuốc Gốc</i> Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
Baclofen 15 mg tablet	07/01/2024	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
XCOPRI 25 MG TABLET	07/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
JYLAMVO 2 MG/ML ORAL SOLUTION	07/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
Nitroglycerin 0.4 % (w/w) rectal ointment	06/01/2024	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DƯỢC <i>Thuốc Gốc</i> Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
Theophylline ER 100 mg tablet,extended release,12 hr	06/01/2024	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
Theophylline ER 200 mg tablet,extended release,12 hr	06/01/2024	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
Clindamycin 1 % topical gel	06/01/2024	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
BRUKINSA 80 MG CAPSULE	06/01/2024	Tăng Giới Hạn về Số Lượng	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
EDURANT 25 MG TABLET	06/01/2024	Tăng Giới Hạn về Số Lượng	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
OXERVATE 0.002 % EYE DROPS	06/01/2024	Tăng Giới Hạn về Số Lượng	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DƯỢC <i>Thuốc Gốc</i> Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
RELYVRIO 3 GRAM-1 GRAM ORAL POWDER PACKET	06/01/2024	Hủy bỏ	Rút khỏi thị trườn g	Riluzol e	Tất Cả Hội Viên Medicare
IXCHIQ 1,000 TCID50/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	05/01/2024	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
MOTPOLY XR 100 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	05/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DƯỢC <i>Thuốc Gốc</i> Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
MOTPOLY XR 150 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	05/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
MOTPOLY XR 200 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	05/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
ROZLYTREK 50 MG ORAL PELLETS IN PACKET	05/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
XOLAIR 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	05/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DƯỠC <i>Thuốc Gốc</i> Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
XOLAIR 150 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	05/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	05/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
XOLAIR 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	05/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
Mifepristone 300 mg tablet	05/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
Dabigatran etexilate 110 mg capsule	05/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DƯỠC Thuốc Gốc	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn					
OZEMPIC 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	05/01/2024	Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
OZEMPIC 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	05/01/2024	Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	05/01/2024	Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	05/01/2024	Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
TRULICITY 1.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	05/01/2024	Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
TRULICITY 3 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	05/01/2024	Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DƯỢC <i>Thuốc Gốc</i> Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
TRULICITY 4.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	05/01/2024	Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
VICTOZA 3-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	05/01/2024	Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
BOSULIF 100 MG CAPSULE	04/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
BOSULIF 50 MG CAPSULE	04/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DƯỢC <i>Thuốc Gốc</i> Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
XALKORI 150 MG ORAL PELLETS	04/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
XALKORI 20 MG ORAL PELLETS	04/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
XALKORI 50 MG ORAL PELLETS	04/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DƯỠC <i>Thuốc Gốc</i> Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
IWILFIN 192 MG TABLET	04/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
SYNJARDY XR 10 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	04/01/2024	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
SYNJARDY XR 12.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	04/01/2024	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
SYNJARDY XR 25 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	04/01/2024	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
SYNJARDY XR 5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	04/01/2024	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
Sodium,potassium,mag sulfates 17.5 gram-3.13 gram-1.6 gram oral soln	04/01/2024	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
PENBRAYA (PF) 5 MCG-120 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT	04/01/2024	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DƯỢC Thuốc Gốc	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn					
Risperidone microspheres ER 12.5 mg/2 mL intramuscular susp,ext release	04/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
Risperidone microspheres ER 25 mg/2 mL intramuscular susp,ext release	04/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
Risperidone microspheres ER 37.5 mg/2 mL intramuscular susp,ext release	04/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
Risperidone microspheres ER 50 mg/2 mL intramuscular susp,ext release	04/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DƯỢC <i>Thuốc Gốc</i> Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
AKEEGA 100 MG-500- MG TABLET	03/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
AKEEGA 50 MG-500 MG TABLET	03/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
ZENPEP 60,000-189,600-252,600 UNIT CAPSULE, DELAYED RELEASE	03/01/2024	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
KALYDECO 5.8 MG ORAL GRANULES IN PACKET	03/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DƯỢC <i>Thuốc Gốc</i> Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
OGSIVEO 50 MG TABLET	03/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
AUGTYRO 40 MG CAPSULE	03/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
<i>Vigpoder 500 mg oral powder packet</i>	03/01/2024	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
BALVERSA 3 MG TABLET	03/01/2024	Tăng Giới Hạn về Số Lượng	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
BREO ELLIPTA 50 MCG-25 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION	02/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DƯỠC <i>Thuốc Gốc</i> Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
<i>Breyna 80 mcg-4.5 mcg inhalation/actuation HFA aerosol inhaler</i>	02/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
<i>Breyna 160 mcg-4.5mcg inhalation/actuation HFA aerosol inhaler</i>	02/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
<i>EnilloRing 0.12 mg-0.015 mg/24 hr vaginal ring</i>	02/01/2024	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE	02/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE	02/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DƯỢC <i>Thuốc Gốc</i> Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
<i>Kourzeq 0.1 % dental paste</i>	02/01/2024	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
LAGEVRIO 200 MG CAPSULE (EUA)	02/01/2024	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
OJJAARA 100 MG TABLET	02/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
OJJAARA 150 MG TABLET	02/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
OJJAARA 200 MG TABLET	02/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DƯỢC <i>Thuốc Gốc</i> Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)- 100 MG TABLETS IN A DOSE PACK	02/01/2024	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
PAXLOVID 150 MG-100 MG TABLETS IN A DOSE PACK (RENAL DOSE)	02/01/2024	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
TRUQAP 160 MG TABLET	02/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
TRUQAP 200 MG TABLET	02/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
<i>Turqoz (28) 0.3 mg-30 mcg tablet</i>	02/01/2024	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DƯỢC <i>Thuốc Gốc</i> Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
VANFLYTA 17.7 MG TABLET	02/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
VANFLYTA 26.5 MG TABLET	02/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
ZURZUVAE 20 MG CAPSULE	02/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
ZURZUVAE 25 MG CAPSULE	02/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	02/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
<i>Brimonidine 0.1 % eye drops</i>	02/01/2024	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DƯỠC <i>Thuốc Gốc</i> Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
<i>Fluticasone propionate 50 mcg/actuation blister powder for inhalation</i>	02/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
<i>Fluticasone propionate 100 mcg/actuation blister powder for inhalation</i>	02/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
<i>Fluticasone propionate 250 mcg/actuation blister powder for inhalation</i>	02/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
<i>Glipizide 2.5 mg tablet</i>	02/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
<i>Lithium citrate 8 mEq/5 mL oral solution</i>	02/01/2024	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
<i>Pazopanib 200 mg tablet</i>	02/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
<i>Clindamycin 600 mg/4 mL intravenous solution</i>	02/01/2024	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DƯỢC <i>Thuốc Gốc</i> Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
<i>Clindamycin 150 mg/mL injection solution (6 ml)</i>	02/01/2024	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
<i>Budesonide-formoterol fumarate 80-4.5 mcg inhalation/actuation aerosol inhaler</i>	02/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
<i>Budesonide-formoterol fumarate 160-4.5mcg inhalation/actuation aerosol inhaler</i>	02/01/2024	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
SYMBICORT 160 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	02/01/2024	Tăng Giới Hạn về Số Lượng	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
SYMBICORT 80 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	02/01/2024	Tăng Giới Hạn về Số Lượng	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

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

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

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

Nếu quý vị có câu hỏi hoặc cần liên hệ với chúng tôi, quý vị có thể gọi tới Ban Dịch Vụ Hội Viên IEHP DualChoice theo số **1-877-273-IEHP (4347)**, 8 giờ sáng–8 giờ tối (Múi giờ PST), 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ. Người dùng TTY vui lòng gọi số **1-800-718-4347**.

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