



DualChoice

Những thay đổi đối với Danh Mục Thuốc 2025 IEHP DualChoice (HMO D-SNP)

Đã cập nhật 04/01/2025

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

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

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

Thuốc Chịu Tác Động Tên BIỆT DƯỢC Thuốc Gốc	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn					
Carbamazepine 200 mg chewable tablet	04/01/2025	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
Mesna 400 mg tablet	04/01/2025	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Tên BIỆT DƯỢC Thuốc Gốc Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
Timolol 0.5 % eye drops	04/01/2025	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
Topiramate 50 mg sprinkle capsule	04/01/2025	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
DANZITEN 71 MG TABLET	03/01/2025	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
DANZITEN 95 MG TABLET	03/01/2025	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
IMKELDI 80 MG/ML ORAL SOLUTION	03/01/2025	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Tên BIỆT DƯỢC Thuốc Gốc Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
REVUFORJ 110 MG TABLET	03/01/2025	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
REVUFORJ 160 MG TABLET	03/01/2025	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
PHENYTEK 200 MG CAPSULE	03/01/2025	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
PHENYTEK 300 MG CAPSULE	03/01/2025	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
AUGTYRO 160 MG CAPSULE	02/01/2025	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Tên BIỆT DƯỢC Thuốc Gốc Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
COBENFY 100 MG-20 MG CAPSULE	02/01/2025	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
COBENFY 125 MG-30 MG CAPSULE	02/01/2025	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
COBENFY 50 MG-20 MG CAPSULE	02/01/2025	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
COBENFY STARTER PACK 50 MG-20 MG/100 MG-20 MG CAPSULES IN A DOSE PACK	02/01/2025	Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Tên BIỆT DƯỢC Thuốc Gốc Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
Dasatinib 100 mg tablet	02/01/2025	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
Dasatinib 140 mg tablet	02/01/2025	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
Dasatinib 20 mg tablet	02/01/2025	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
Dasatinib 50 mg tablet	02/01/2025	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Tên BIỆT DƯỢC Thuốc Gốc Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
Dasatinib 70 mg tablet	02/01/2025	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
Dasatinib 80 mg tablet	02/01/2025	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
Gallifrey 5 mg tablet	02/01/2025	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
ITOVEBI 3 MG TABLET	02/01/2025	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
ITOVEBI 9 MG TABLET	02/01/2025	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Tên BIỆT DƯỢC Thuốc Gốc Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
LAZCLUZE 240 MG TABLET	02/01/2025	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
LAZCLUZE 80 MG TABLET	02/01/2025	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
LUMAKRAS 240 MG TABLET	02/01/2025	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
Oxcarbazepine ER 150 mg tablet,extended release 24 hr	02/01/2025	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Tên BIỆT DƯỢC Thuốc Gốc Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
Oxcarbazepine ER 300 mg tablet,extended release 24 hr	02/01/2025	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
Oxcarbazepine ER 600 mg tablet,extended release 24 hr	02/01/2025	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
Quinapril 10 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	02/01/2025	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
Quinapril 20 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	02/01/2025	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
Quinapril 20 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	02/01/2025	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
RINVOQ LQ 1 MG/ML ORAL SOLUTION	02/01/2025	Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Tên BIỆT DƯỢC Thuốc Gốc Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
Tazarotene 0.05 % topical cream	02/01/2025	Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA)	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
VORANIGO 10 MG TABLET	02/01/2025	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
VORANIGO 40 MG TABLET	02/01/2025	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
Mometasone 50 mcg/actuation nasal spray	02/01/2025	Bổ Sung	--	--	Tất Cả Hội Viên Medicare
OXBRYTA 300 MG TABLET	02/01/2025	Xóa bỏ	Rút khỏi thị trường	L- glutamine	Tất Cả Hội Viên Medicare
OXBRYTA 300 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	02/01/2025	Xóa bỏ	Rút khỏi thị trường	L- glutamine	Tất Cả Hội Viên Medicare

Thuốc Chịu Tác Động Tên BIỆT DƯỢC Thuốc Gốc Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn	Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực	Loại Thay Đổi	Lý Do Thay Đổi	Thuốc Thay Thế *	Áp Dụng cho
OXBRYTA 500 MG TABLET	02/01/2025	Xóa bỏ	Rút khỏi thị trường	L- glutamine	Tất Cả Hội Viên Medicare

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

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

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

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

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