

事先授權標準

最後更新日期：2024 年 8 月 20 日

生效日期：2024 年 9 月 1 日



DualChoice

## 2024年事先授權

(事先授權清單)

**請仔細閱讀** 本文件中包含我們在此計劃中所承保藥物的事先授權的相關資訊。

**現有會員須知** 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.

# ABELCET

## 受到影響的產品

- ABELCET

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	需受到 B 部分亦或 D 部分裁決的約束。對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：傳統 Amphotericin B。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# ABILIFY MAINTENA

## 受到影響的產品

- ABILIFY ASIMTUFII  
INTRAMUSCULAR  
SUSPENSION,EXTENDED REL  
SYRING 720 MG/2.4 ML, 960 MG/3.2  
ML

- ABILIFY MAINTENA  
INTRAMUSCULAR  
SUSPENSION,EXTENDED REL  
RECON 300 MG, 400 MG
- ABILIFY MAINTENA  
INTRAMUSCULAR  
SUSPENSION,EXTENDED REL  
SYRING

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示曾使用口服 aripiprazole, 但在臨床上沒有出現任何嚴重的副作用。
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應: Invega Sustenna、Invega Trinza 或 Risperdal Consta。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# ACITRETIN

## 受到影響的產品

- *acitretin*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	皮膚科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： calcipotriene、clobetasol、cyclosporine、fluocinonide、methotrexate 或 Tazorac。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

# ACTIMMUNE

## 受到影響的產品

- ACTIMMUNE

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	血液科醫師、傳染病專科醫師、腫瘤科醫師、骨科醫師、風濕科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# ADEFOVIR

## 受到影響的產品

- *adefovir*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	腸胃科醫師、肝臟科醫師、傳染病專科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# ADHD

## 受到影響的產品

- *dexmethylphenidate oral tablet*
- *methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70*
- *methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 50-50*
- *methylphenidate hcl oral solution*
- *methylphenidate hcl oral tablet*
- *methylphenidate hcl oral tablet extended release*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# AIMOVIG

## 受到影響的產品

- AIMOVIG AUTOINJECTOR

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師、頭痛專科醫師、疼痛專科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：divalproex、valproic acid 或 topiramate 以及對處方集中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：metoprolol、timolol、propranolol。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否



# ALOSETRON

## 受到影響的產品

- *alosetron*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	腸躁症伴隨腹瀉：對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：loperamide。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# AMBISOME

## 受到影響的產品

- AMBISOME
- *amphotericin b liposome*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	需受到 B 部分亦或 D 部分裁決的約束。對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：傳統 Amphotericin B。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# AMITRIPTYLINE

## 受到影響的產品

- *amitriptyline*
- *perphenazine-amitriptyline*
- *amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet*  
12.5-5 mg, 25-10 mg

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	憂鬱症：對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：citalopram、escitalopram、fluoxetine、sertraline、venlafaxine、desvenlafaxine、duloxetine、mirtazapine 或 bupropion
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# AMOXAPINE

## 受到影響的產品

- *amoxapine*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： citalopram、escitalopram、fluoxetine、sertraline、venlafaxine、 desvenlafaxine、duloxetine、mirtazapine 或 bupropion
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# AMPHOTERICIN B

## 受到影響的產品

- *amphotericin b*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	需受到 B 部分亦或 D 部分裁決的約束。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# ANTICONVULSANTS 1

## 受到影響的產品

- APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG
- EPIDIOLEX
- FYCOMPA ORAL SUSPENSION
- FYCOMPA ORAL TABLET

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： carbamazepine、clonazepam、divalproex、ethosuximide、felbamate、gabapentin、lamotrigine、levetiracetam、lorazepam、oxcarbazepine、phenytoin、tiagabine、topiramate、valproic acid 或 zonisamide。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

## ANTICONVULSANTS 2

### 受到影響的產品

- *clobazam oral suspension*
- *clobazam oral tablet*
- DIACOMIT
- FINTEPLA
- MOTPOLY XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 150 MG, 200 MG
- VIMPAT ORAL TABLET

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	Clobazam、Fenfluramine 或 Stiripentol: 必須用於輔助治療癲癇發作。 Lacosamide: 對於部分性癲癇發作: 對以下中的兩種藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應: carbamazepine、divalproex、felbamate、gabapentin、levetiracetam、oxcarbazepine、phenytoin、tiagabine、topiramate、valproic acid 或 zonisamide。對於強直陣攣發作: 對以下中的兩種藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應: lamotrigine, levetiracetam, phenytoin, or topiramate。
適應症	所有獲得美國食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# ANTINEOPLASTIC

---

## 受到影響的產品

- *abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg*
- AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG
- AKEEGA
- ALECENSA
- ALUNBRIG
- AUGTYRO
- AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG
- BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG
- BESREMI
- BOSULIF
- BRAFTOVI
- BRUKINSA
- CABOMETYX
- CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)
- CAPRELSA
- COMETRIQ
- COPIKTRA
- COTELLIC
- DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG
- ERIVEDGE
- ERLEADA ORAL TABLET 240 MG, 60 MG
- *erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg*
- *everolimus (antineoplastic) oral tablet*
- *everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg, 5 mg*
- EXKIVITY
- FOTIVDA
- FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG, 5 MG
- GAVRETO
- *gefitinib*
- GILOTRIF
- GLEOSTINE
- IBRANCE
- ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG
- IDHIFA
- *imatinib oral tablet 100 mg, 400 mg*
- IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG
- IMBRUVICA ORAL SUSPENSION
- IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG
- INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG
- INQOVI
- INREBIC
- IRESSA
- IWILFIN
- JAKAFI
- JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG
- KISQALI FEMARA CO-PACK
- KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 400 MG/DAY (200 MG X 2), 600 MG/DAY (200 MG X 3)
- KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG
- KRAZATI
- *lapatinib*
- *lenalidomide*
- LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X 2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY (10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)
- LONSURF
- LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG
- LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG 320 MG
- LYNPARZA
- LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5)



- MATULANE
- MEKINIST ORAL RECON SOLN
- MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG
- MEKTOVI
- NERLYNX
- NEXAVAR
- NINLARO
- NUBEQA
- ODOMZO
- OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 50 MG
- OJEMDA 100 MG TAB (400 MG DOSE)
- OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION
- OJEMDA ORAL TABLET 500 MG/WEEK (100 MG X 5)
- OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG
- ONUREG
- ORGOVYX
- ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG
- PANRETIN
- *pazopanib*
- PEMAZYRE
- PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)
- POMALYST
- PURIXAN
- QINLOCK
- RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG
- REVLIMID
- REZLIDHIA
- ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG
- ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET
- RUBRACA
- RYDAPT
- SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG, 20 MG, 40 MG
- *sorafenib*
- SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG
- STIVARGA
- *sunitinib malate*
- SUTENT
- SYNRIPO
- TABLOID
- TABRECTA
- TAFINLAR
- TAGRISSO
- TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG
- TASIGNA
- TAZVERIK
- TEPMETKO
- THALOMID
- TIBSOVO
- *torpenz*
- TRUQAP
- TRUSELTIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY (100 MG X 1), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50 MG/DAY (25 MG X 2), 75 MG/DAY (25 MG X 3)
- TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG
- TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG
- VANFLYTA
- VENCLEXTA
- VENCLEXTA STARTING PACK
- VERZENIO
- VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG
- VITRAKVI ORAL SOLUTION
- VIZIMPRO
- VONJO
- VOTRIENT
- WELIREG
- XALKORI ORAL CAPSULE
- XALKORI ORAL PELLETS 150 MG, 20 MG, 50 MG
- XERMELO

- XOSPATA
- XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 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), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)
- XTANDI
- YONSA
- ZEJULA ORAL CAPSULE
- ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG
- ZELBORAF
- ZOLINZA
- ZYDELIG
- ZYKADIA

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有醫療認可的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# APREPITANT

## 受到影響的產品

- *aprepitant*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	6 個月。
其他標準	需受到 B 部分亦或 D 部分裁決的約束。對處方集中的其中一種 5-HT3 拮抗劑替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：ondansetron 或 granisetron，除非會員正在接受任何化療。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# ARCALYST

---

## 受到影響的產品

- ARCALYST

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	同時正在服用任何腫瘤壞死因子 (Tumor Necrosis Factor, TNF) 阻斷劑，例如 Enbrel、Humira 或 Remicade。
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# ARMODAFINIL

## 受到影響的產品

- *armodafinil*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	猝睡症：對處方集中的所有替代藥物皆沒有療效或有嚴重臨床不良反應：dextroamphetamine 和 methylphenidate。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# ATOVAQUONE

## 受到影響的產品

- *atovaquone*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	肺囊蟲肺炎：對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： trimethoprim / sulfamethoxazole。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# AUBAGIO

---

## 受到影響的產品

- AUBAGIO
- *teriflunomide*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# AUSTEDO

## 受到影響的產品

- AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	同時正在使用單胺氧化酶抑制劑 (MAOI)。沒有接受治療或沒有接受適當治療的憂鬱症，或是目前有自殺傾向的亨廷頓舞蹈症患者。
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師、精神科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	舞蹈症 (亨廷頓舞蹈症)：對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：tetrabenazine。僅限重新授權：有文件紀錄顯示對藥物治療有正向反應。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否



# AUVELITY

## 受到影響的產品

- AUVELITY

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	憂鬱症: 對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應: citalopram、escitalopram、fluoxetine、sertraline、venlafaxine、desvenlafaxine、duloxetine、mirtazapine 或 bupropion。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# BRONCHITOL

## 受到影響的產品

- BRONCHITOL

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	新：有文件紀錄顯示患者已通過 BRONCHITOL 耐受度測試 (BTT)。僅限重新授權：有文件紀錄顯示對藥物治療有正向反應。（經用力呼氣一秒量 [FEV1] 的變化量判定肺功能改善。）
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# CASPOFUNGIN

## 受到影響的產品

- *caspofungin*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# CIMZIA

## 受到影響的產品

- CIMZIA
- CIMZIA POWDER FOR RECONST

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	風濕科醫師、皮膚科醫師或腸胃科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	類風濕性關節炎：對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：Enbrel、Humira、Rinvoq 或 Xeljanz IR/XR。克隆氏症：對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：Humira、Stelara 或 Skyrizi。乾癬性關節炎：對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：Enbrel、Humira、Stelara、Xeljanz IR/XR、Rinvoq 或 Skyrizi。僵直性脊椎炎：對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：Enbrel、Humira、Rinvoq 或 Xeljanz IR/XR。無放射影像確認之中軸性脊椎關節炎：對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：Cosentyx。斑塊狀乾癬：對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：Humira、Stelara、Enbrel 或 Skyrizi。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# CLOMIPRAMINE

## 受到影響的產品

- *clomipramine*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	以下任何一項：同時使用單胺氧化酶抑制劑 (MAOI)或在停用 MAOI 的 14 天內使用、同時使用 linezolid、同時使用靜脈注射 methylene blue 或者在心肌梗塞後的急性恢復期內使用。
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	強迫症：對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： fluoxetine、 fluvoxamine 或 sertraline。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# CONSTIPATION AGENTS

## 受到影響的產品

- MOVANTIK

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： lactulose 或 polyethylene glycol。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# CORLANOR

## 受到影響的產品

- CORLANOR ORAL SOLUTION
- CORLANOR ORAL TABLET
- *ivabradine*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	成人患者心臟衰竭：有文件記錄顯示患有紐約心臟協會 (New York Heart Association, NYHA) 第二級至第四級心臟衰竭且射血分數在 35% 以下，同時竇性心律在靜止不動時心率每分鐘在 70 次以上 (beats per minute, bpm)。有文件紀錄顯示患者目前正在服用最高耐受劑量的 β 受體阻斷劑或者有文件紀錄顯示患者對 β 受體阻斷劑不耐受、有禁忌症或有過敏反應。有文件紀錄顯示患者同時正在使用血管張力素轉化酶 (ACE) 抑制劑或血管張力素受體阻斷劑 (ARB)，除非患者對此兩類藥物均不耐受或有禁忌症。兒童患者心臟衰竭：有文件記錄顯示患有紐約心臟協會 (NYHA) / Ross 第二級至第四級心臟衰竭且射血分數在 45% 以下，同時在 6-12 個月大的年齡子群組，竇性心律在靜止不動時心率在 105 bpm 以上，或者在 1-3 歲大的年齡子群組，靜止不動的心率在 95 bpm 以上，或者在 3-5 歲大的年齡子群組，靜止不動的心率在 75 bpm 以上，或者在 5-18 歲大的年齡子群組，靜止不動的心率在 70 bpm 以上
年齡限制	
處方開立者限制	心臟科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# COSENTYX

## 受到影響的產品

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

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	斑塊型乾癬：有文件紀錄顯示乾癬覆蓋身體的百分比超過體表面積 (BSA) 的 3%，或者出現在重要身體部位，例如手部、腳部、臉部或生殖器。
年齡限制	
處方開立者限制	皮膚科醫師、風濕科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	僵直性脊椎炎：針對成人，對處方集中的兩種替代藥物均沒有療效或有嚴重臨床不良反應：Enbrel 和 Humira。乾癬性關節炎：針對成人，對處方集中的兩種替代藥物均沒有療效或有嚴重臨床不良反應：Enbrel 和 Humira。斑塊型乾癬：針對成人，對處方集的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：Humira、Enbrel 或 Skyrizi。無放射影像確認之中軸性脊椎關節炎：對非類固醇消炎藥 (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug, NSAID) 沒有療效或有嚴重臨床不良反應或者對非類固醇消炎藥 (NSAID) 不耐受或有禁忌症。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否



# CYCLOBENZAPRINE

## 受到影響的產品

- *cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	有文件紀錄說明使用藥物證實有具體益處且該益處如何大過於潛在風險
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# DALFAMPRIDINE

## 受到影響的產品

- *dalfampridine*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	中度或重度腎功能障礙 (肌酸酐清除率 [CrCL] 每分鐘 50 毫升以下)。
必要醫療資訊	同時正在服用可改變多發性硬化症病程的藥物。有文件紀錄顯示有行走困難的狀況 (例如計時 25 英尺行走測試: 患者必須能夠在 8-45 秒內行走 25 英尺)。僅限重新授權: 有文件紀錄顯示對藥物治療有正向反應。
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# DALIRESP

## 受到影響的產品

- DALIRESP
- *roflumilast*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	中度至重度肝功能障礙 (Child-Pugh 分級標準 B 級 或 C 級)。
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：Wixela 或 Fluticasone/Salmeterol、Anoro Ellipta、Serevent、Spiriva 或 Tudorza。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# DEFERASIROX

## 受到影響的產品

- *deferasirox oral tablet, dispersible*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	血液科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# DESIPRAMINE

## 受到影響的產品

- *desipramine*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	憂鬱症：對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：citalopram、escitalopram、fluoxetine、sertraline、venlafaxine、desvenlafaxine、duloxetine、mirtazapine 或 bupropion
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# DIAZEPAM SOLUTION

## 受到影響的產品

- *diazepam intensol*
- *diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示有吞嚥困難或無法吞嚥的狀況。
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# DIMETHYL FUMARATE

## 受到影響的產品

- *dimethyl fumarate*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的所有替代藥物皆沒有療效或有嚴重臨床不良反應： Aubagio 和 glatiramer。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# DISOPYRAMIDE

## 受到影響的產品

- *disopyramide phosphate oral capsule*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	心律不整：對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：acebutolol、flecainide、mexiletine、propafenone、quinidine 或 sotalol。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否



# DOXEPIN

## 受到影響的產品

- *doxepin oral capsule*
- *doxepin oral concentrate*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	針對 doxepin 每日平均劑量大於 6 毫克：焦慮症：對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：buspirone、duloxetine、escitalopram 或 venlafaxine。憂鬱症：對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：citalopram、escitalopram、fluoxetine、sertraline、venlafaxine、desvenlafaxine、duloxetine、mirtazapine 或 bupropion
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# DRIZALMA

---

## 受到影響的產品

- DRIZALMA SPRINKLE

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示有吞嚥困難或無法吞嚥完整膠囊的狀況，或者對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：duloxetine。
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# DRONABINOL

## 受到影響的產品

- *dronabinol*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	化療引起的噁心和嘔吐：對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：chlorpromazine、granisetron、metoclopramide、ondansetron 或 prochlorperazine。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# DROXIDOPA

## 受到影響的產品

- *droxidopa*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# DUPIXENT

## 受到影響的產品

- DUPIXENT PEN

- DUPIXENT SYRINGE

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	初期：嗜酸性粒細胞性哮喘：過去 12 個月血液嗜酸性粒細胞水平在 150 個細胞/mcl 以上。嗜酸細胞性食道炎：經由食道、胃、十二指腸鏡檢查與活檢確診。
年齡限制	
處方開立者限制	初期：異位性皮膚炎、結節性癢疹：由皮膚科醫師、過敏科醫師或免疫科醫師開立處方或與其諮詢。氣喘：由過敏或肺部醫學專業的醫師開立處方或與其諮詢。慢性鼻竇炎伴鼻息肉：由耳鼻喉科醫師、過敏科醫師或免疫科醫師開立處方或與其諮詢。嗜酸細胞性食道炎：由胃腸科醫師、過敏科醫師或免疫科醫師開立處方或與其諮詢。
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	初期：異位性皮膚炎：1) 異位性皮膚炎覆蓋身體表面或異位性皮膚炎所影響之臉部、頭部、頸部、手部、腳部、鼠蹊部或皮膚皺褶間擦部位至少百分之 10, 2) 難以根治的搔癢症或受影響皮膚的破裂/滲液/出血, 3) 試用一種外用藥或對外用藥有禁忌症 (皮質類固醇或鈣調磷酸酶抑制劑), 以及 4) 未同時使用其他全身性生物製劑/ Janus 激酶 (Janus kinase, JAK) 抑制劑治療異位性皮膚炎。氣喘：1) 與中、高劑量或最大耐受劑量的吸入式皮質類固醇 (inhaled corticosteroid, ICS) 以及一種其他維持藥物的合併治療, 2) 過去 12 個月內出現過一次需要使用全身性皮質類固醇的氣喘惡化情況且持續 3 天或以上、或過去 12 個月內出現過一次需要住院或急診室就診的氣喘惡化情況, 或過去 4 週內在接受目前治療情形下仍然症狀控制不佳, 經由下列中至少三項確認：一週超過兩次的日間氣喘症狀、任何半夜因氣喘而醒、一週超過兩次使用短效 Beta 激動藥 (Short-Acting Beta Agonist, SABA) 緩解症狀、任何因氣喘而限制的活動 3) 當用於氣喘時, 未同時使用 Xolair 或其他 Anti-IL5 生物製劑。慢性鼻竇炎伴鼻

<b>事先授權 (PA) 標準</b>	<b>標準詳細資訊</b>
	<p>息肉：1) 經由直接檢查、內視鏡檢查或鼻竇電腦斷層掃描確認的鼻息肉，2) 經由過去 2 年使用全身性類固醇或鼻竇內視鏡手術判定對疾病的控制不佳，以及 3) 試用 90 天的外用鼻部皮質類固醇。結節性癢疹：1) 慢性搔癢症（搔癢超過 6 週）、多處搔癢傷口以及長期搔抓病史或徵兆，2) 試用一種外用藥或對外用藥有禁忌症（皮質類固醇或 calcipotriene）。授權更新：異位性皮膚炎：1) 治療期間好轉，以及 2) 未同時使用其他全身性生物製劑/ JAK 抑制劑治療異位性皮膚炎。慢性鼻竇炎伴鼻息肉、嗜酸細胞性食道炎：治療期間好轉。氣喘：1) 未同時使用 Xolair 或其他 Anti-IL5 生物製劑治療氣喘，2) 持續使用 ICS 和一種其他維持藥物，以及 3) 經由以下確認的臨床反應：(a) 氣喘惡化減少至基準值以下，(b) 使用急救藥物次數減少，(c) 相較於治療前的基準值，用力呼氣 1 秒量 (FEV1) 的預估百分比增加，或者 (d) 氣喘相關症狀的嚴重性或頻率減少。結節性癢疹：搔癢症或搔癢傷口好轉或減少。</p>
<b>適應症</b>	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
<b>藥品仿單標示外 使用</b>	
<b>B 部分先決條件</b>	否

# ELIGARD

## 受到影響的產品

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

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	腫瘤科醫師、泌尿科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# EMSAM

## 受到影響的產品

- EMSAM

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	合併使用其他血清素作用藥物 (即選擇性血清素回收抑制劑 [SSRI]、正腎上腺素與血清素回收抑制劑 [SNRI]、三氯乙酸 [TCA])
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的所有替代藥物皆沒有療效或有嚴重臨床不良反應： phenelzine 和 tranylcypromine。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否



# ENBREL

## 受到影響的產品

- ENBREL
- ENBREL MINI
- ENBREL SURECLICK

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	斑塊型乾癬：有文件紀錄顯示乾癬覆蓋身體的百分比超過體表面積 (BSA) 的 3%，或者出現在重要身體部位，例如手部、腳部、臉部或生殖器。
年齡限制	
處方開立者限制	皮膚科醫師、風濕科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	類風濕性關節炎：對處方集中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：azathioprine、cyclosporine、hydroxychloroquine、leflunomide、methotrexate 或 sulfasalazine。乾癬性關節炎：對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：methotrexate。僵直性脊椎炎：對處方集中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：celecoxib、diclofenac、indomethacin、naproxen 或 sulindac。斑塊型乾癬：對下列其中一項治療沒有療效或有嚴重臨床不良反應：acitretin、cyclosporine、methotrexate 或光照治療。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# ENDARI

## 受到影響的產品

- ENDARI
- *glutamine (sickle cell)*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	血液科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# ESBRIET

## 受到影響的產品

- ESBRIET ORAL CAPSULE
- ESBRIET ORAL TABLET 267 MG, 801 MG
- *pirfenidone oral capsule*
- *pirfenidone oral tablet 267 mg, 534 mg, 801 mg*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	初次授權：透過高解像度電腦斷層掃描 (High Resolution Computed Tomography, HRCT) 和 / 或外科手術肺部活組織切片檢查確認患有尋常性間質性肺炎，進而確診特發性肺纖維化。有文件紀錄顯示曾接受肝功能檢查、有文件紀錄顯示基準期用力呼氣肺活量 (Forced Vial Capacity, FVC) 在預測值的 50% 以上，且有文件紀錄顯示肺部一氧化碳瀰漫量預測百分比 (Diffusing Capacity of the Lungs for Carbon Monoxide, %DLCO) 在 30% 以上。
年齡限制	
處方開立者限制	肺科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# ESTROGENS

## 受到影響的產品

- DUAVEE
- *estradiol oral*
- *estradiol transdermal patch weekly*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	更年期骨質疏鬆預防：對處方集中的所有替代藥物皆沒有療效或有嚴重臨床不良反應：alendronic acid 和 risedronate。外陰和陰道萎縮：對處方集的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：estradiol 乳膏 或 Premarin 乳膏。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# FENTANYL LOZENGE

## 受到影響的產品

- *fentanyl citrate buccal lozenge on a handle*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	急性、間歇性或術後疼痛。
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示，在接受全天鴉片類藥物治療時對鴉片類藥物具有耐受性，包括每天至少 60 毫克的口服嗎啡、每小時至少 25 毫克的 fentanyl 經皮貼片、每天至少 30 毫克的口服 oxycodone 以及每天至少 8 毫克的口服 hydromorphone 或每天使用其他鴉片類藥物的等效劑量，持續一週或更長時間以治療癌症的突發性疼痛。在使用經黏膜給予立即釋放型 fentanyl 時，患者必須持續全天服用鴉片類藥物。
年齡限制	
處方開立者限制	疼痛專科醫師、腫瘤科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# FETZIMA

## 受到影響的產品

- FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)
- FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： citalopram、escitalopram、fluoxetine、sertraline、venlafaxine、 desvenlafaxine、duloxetine、mirtazapine 或 bupropion。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# FIRAZYR

## 受到影響的產品

- *icatibant*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	遺傳性血管性水腫 (Hereditary Angioedema, HAE) 診斷結果必須經由血液檢測確認。
年齡限制	
處方開立者限制	過敏科醫師、免疫科醫師、血液科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# FIRMAGON

---

## 受到影響的產品

- FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	腫瘤科醫師、泌尿科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否



# GENOTROPIN

## 受到影響的產品

- GENOTROPIN
- GENOTROPIN MINIQUICK

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	<p>成人生長激素缺乏症 (AGHD) (初次): 因過去曾確診在兒童時期發病的生長激素缺乏症 (GHD) 而確診, 或者確診在成人時期發病的生長激素缺乏症 (GHD) 並有文件紀錄顯示因器官或已知原因 (例如: 因外科手術造成的損傷、顱部放射線治療、頭部創傷、蜘蛛膜下腔出血) 而導致的下視丘腦垂體疾病所引起的荷爾蒙不足, 且有文件紀錄顯示曾接受一項生長激素刺激檢測 (例如: 胰島素耐受性檢測、精氨酸 / 生長素釋素 [GHRH]、胰高血糖素、精氨酸) 以確認患有成人生長激素缺乏症 (GHD), 同時具有相應的生長激素 (GH) 分泌峰值 ([胰島素耐受性檢測 [ITT] 在 5mcg/L 以下]、[若身體質量指數 [BMI] 低於 25kg/m<sup>2</sup>, 則生長素釋素 [GHRH] + 精氨酸 [ARG] 應在 11mcg/L 以下; 若身體質量指數 [BMI] 在 25kg/m<sup>2</sup> 以上但在 30kg/m<sup>2</sup> 以下, 則生長素釋素 [GHRH] + 精氨酸 [ARG] 應在 8mcg/L 以下; 或者若身體質量指數 [BMI] 在 30kg/m<sup>2</sup> 以上, 則生長素釋素 [GHRH] + 精氨酸 [ARG] 應在 4mcg/L 以下]、[胰高血糖素在 3mcg/L 以下]、[精氨酸 [Arg] 在 0.4mcg/L 以下]), 或者有文件紀錄顯示 3 種腦垂體前葉素不足 (泌乳激素、促腎上腺皮質激素 [ACTH]、促甲狀腺激素 [TSH]、濾泡刺激素 [FSH] / 黃體化激素 [LH]) 且類胰島素生長因子 (IGF-1) / 生長調節素 C 低於根據年齡和性別調整的正常範圍, 詳如醫師化驗結果所述。成人生長激素缺乏症 (AGHD) (重新授權): 有文件紀錄證明患者有正向反應經驗。</p>
年齡限制	
處方開立者限制	內分泌科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# GEODON SOLUTION

---

## 受到影響的產品

- *ziprasidone mesylate*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# GILENYA

## 受到影響的產品

- *fingolimod*

- GILENYA

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	第三級或第四級心臟衰竭、需要住院的代償性心臟衰竭、心肌梗塞、中風、短暫性腦缺血發作或過去 6 個月內不穩定的心絞痛。合併使用第 Ia 級或第 III 級抗心律不整藥物。莫氏 II 型第二級或第三級房室傳導阻滯疾病或病竇症候群，除非患者有安裝能夠正常運作的起搏器。基準期的 QT 間距在 500 ms 以上。
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	針對成人：對 Aubagio 和 glatiramer 沒有療效或有嚴重臨床不良反應。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# GLATIRAMER

## 受到影響的產品

- *glatiramer*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# GLATOPA

## 受到影響的產品

- *glatopa*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# GLP1

## 受到影響的產品

- OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)
- TRULICITY
- VICTOZA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML)

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# GLYBURIDE

## 受到影響的產品

- *glyburide*
- *glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg*
- *glyburide micronized*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： <i>glipizide</i> 。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# GUANFACINE

## 受到影響的產品

- *guanfacine oral tablet*
- *guanfacine oral tablet extended release 24 hr*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	高血壓：對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：benazepril、fosinopril、hydrochlorothiazide、irbesartan、lisinopril、losartan、losartan/hydrochlorothiazide、lisinopril/hydrochlorothiazide、quinapril/hydrochlorothiazide、quinapril、ramipril 或 valsartan/hydrochlorothiazide。注意力不足過動症 (ADHD)：對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：amphetamine/dextroamphetamine、dexmethylphenidate、dextroamphetamine 或 methylphenidate。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否



# HP ACTHAR

## 受到影響的產品

- ACTHAR

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	治療嬰兒痙攣症和多發性硬化症惡化的神經內科醫師
承保期限	多發性硬化症：21 天。其他獲得核准的適應症：28 天。
其他標準	針對多發性硬化症的急性惡化，患者必須同時正在接受免疫調節劑治療，例如 Aubagio、glatiramer 或 interferon beta 1a。針對其他所有非神經系統的適應症，必須提交證明顯示對其他第一線治療或標準照護治療沒有療效或有嚴重臨床不良反應。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# HRM ANTIPSYCHOTICS

## 受到影響的產品

- *molindone oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg* • *thioridazine*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： olanzapine、risperidone、quetiapine、ziprasidone 或 aripiprazole。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# HUMIRA

## 受到影響的產品

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

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	斑塊型乾癬：有文件紀錄顯示乾癬覆蓋身體的百分比達到或超過體表面積 (BSA) 的 3%，或者出現在重要身體部位，例如手部、腳部、臉部或生殖器。
年齡限制	
處方開立者限制	皮膚科醫師、腸胃科醫師、眼科醫師、風濕科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	類風濕性關節炎：對處方集中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：azathioprine、cyclosporine、hydroxychloroquine、leflunomide、methotrexate 或 sulfasalazine。乾癬性關節炎：對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：methotrexate。僵直性脊椎炎：對處方集中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：celecoxib、diclofenac、indomethacin、naproxen 或 sulindac。斑塊型乾癬：對處方集中的其中一種替代治療沒有療效或有嚴重臨床不良反應：acitretin、cyclosporine、methotrexate 或光照治療。克隆氏症和潰瘍性結腸炎：對處方集中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：budesonide、mesalamine 或 sulfasalazine。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# HUMIRA PEDIATRIC

## 受到影響的產品

- HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER
- HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# HUMIRA PSORIASIS

## 受到影響的產品

- HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL  
HS

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	斑塊型乾癬：有文件紀錄顯示乾癬覆蓋身體的百分比達到或超過體表面積 (BSA) 的 3%，或者出現在重要身體部位，例如手部、腳部、臉部或生殖器。
年齡限制	
處方開立者限制	皮膚科醫師、風濕科醫師、眼科醫師、腸胃科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# IMIPRAMINE

## 受到影響的產品

- *imipramine hcl*
- *imipramine pamoate*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# INCRELEX

## 受到影響的產品

- INCRELEX

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	患有惡性腫瘤或有惡性腫瘤病史的兒童患者。用於為有閉合性骨骺的患者促進生長。
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	內分泌科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# INDOMETHACIN

## 受到影響的產品

- *indomethacin oral capsule*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： celecoxib、diclofenac、ibuprofen、meloxicam、nabumetone、naproxen 或 sulindac。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否



# INGREZZA

## 受到影響的產品

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

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：Austedo。有文件紀錄顯示基準期的異常不自主運動量表 (Abnormal Involuntary Movement Scale, AIMS) 分數。僅限重新授權：有文件紀錄顯示對藥物治療有正向反應，由與基準期相比，異常不自主運動量表 (AIMS) 分數獲得改善得以證明。
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師、精神科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# INTERFERON BETA-1A

## 受到影響的產品

- PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML
- PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML
- REBIF (WITH ALBUMIN)
- REBIF REBIDOSE
- REBIF TITRATION PACK

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的所有替代藥物皆沒有療效或有嚴重臨床不良反應：Aubagio 和 glatiramer。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# INVEGA HAFYERA

## 受到影響的產品

- INVEGA HAFYERA

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的所有替代藥物皆沒有療效或有嚴重臨床不良反應：口服 paliperidone 和 Invega Sustenna。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# INVEGA SUSTENNA

---

## 受到影響的產品

- INVEGA SUSTENNA

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： 口服 paliperidone。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# INVEGA TRINZA

## 受到影響的產品

- INVEGA TRINZA

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的所有替代藥物皆沒有療效或有嚴重臨床不良反應：口服 paliperidone 和 Invega Sustenna。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# ITRACONAZOLE

---

## 受到影響的產品

- *itraconazole oral solution*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# JYLAMVO

## 受影響的產品

- JYLAMVO

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	腫瘤科醫師，皮膚科醫師，血液科醫師，風濕科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	需受到 B 部分亦或 D 部分裁決的約束。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# KALYDECO

## 受到影響的產品

- KALYDECO

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示囊腫性纖維化穿膜傳導調節蛋白 (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator, CFTR) 基因有突變的狀況且對 ivacaftor 有反應。
年齡限制	
處方開立者限制	傳染病專科醫師、肺科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否



# KERENDIA

## 受到影響的產品

- KERENDIA

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	合併使用強效 CYP3A4 抑制劑或確診腎上腺功能不全
必要醫療資訊	過去 30 天內的化驗紀錄顯示，血清鉀濃度在 5.0 mEq/L 以下、估算的腎絲球過濾率至少達 25 mL/min/1.73m <sup>2</sup> 且尿液白蛋白 / 肌酸酐比值 (Urine Albumin-to-Creatinine Ratio, UACR) 至少達 30 mg/g (2)。同時正在接受血管張力素轉化酶抑制劑 (ACE 抑制劑) 或血管張力素受體阻斷劑 (ARB) 仿單最高耐受劑量的治療，除非有 (3) 項正當的醫療禁忌症，即已嘗試過第 2 型鈉-葡萄糖共同轉運蛋白 (Sodium-Glucose Cotransport-2, SGLT2) 抑制劑 (Jardiance、Invokana、Farxiga、Steglatro) 和礦物皮質類固醇受體拮抗劑 (spironolactone、eplerenone) 但沒有療效、有禁忌症或者對患者而言不具有醫療適當性。
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# KINERET

## 受到影響的產品

- KINERET

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	類風溼性關節炎：對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：Enbrel、Humira、Rinvoq 或 Xeljanz IR/XR。
適應症	所有醫療認可的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# KORLYM

## 受到影響的產品

- KORLYM
- *mifepristone oral tablet 300 mg*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	合併使用狹窄治療範圍的 simvastatin、lovastatin 及 CYP3A 基質 (例如: cyclosporine、fentanyl、sirolimus 等)。有紀錄顯示有原因不明的陰道出血或子宮內膜非典型增生或子宮內膜癌。
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR

## 受到影響的產品

- *ledipasvir-sofosbuvir*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示有慢性 C 型肝炎感染，並透過定量分析確認可檢測出的血清 C 型肝炎病毒核糖核酸 (RNA)。有基因型的文件紀錄。有文件紀錄顯示是否有罹患肝硬化以及肝硬化是否為代償性或失償性。有文件紀錄顯示先前曾接受過任何治療。有文件紀錄顯示肝臟移植的狀態。療程將根據基因型和先前的治療經驗獲得核准，詳如美國肝病研究協會 (AASLD) 準則所述。
年齡限制	
處方開立者限制	腸胃科醫師、肝臟科醫師、傳染病專科醫師
承保期限	期限將依照目前 AASLD/IDSA 指南規定適用。
其他標準	對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：sofosbuvir-velpatasvir (學名藥 Epclusa)。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# LEUKINE

## 受到影響的產品

- LEUKINE INJECTION RECON SOLN

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	骨髓或周邊血液中多餘的白血病骨髓芽細胞在 10% 以上。
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	血液科醫師、腫瘤科醫師
承保期限	3 個月。
其他標準	對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：Nivestym 和 Zarxio。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# LEUPROLIDE ACETATE

---

## 受到影響的產品

- *leuprolide (3 month)*
- *leuprolide subcutaneous kit*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	腫瘤科醫師、泌尿科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	需受到 B 部分亦或 D 部分裁決的約束。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# LEVALBUTEROL

## 受到影響的產品

- *levalbuterol hcl inhalation solution for nebulization 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/0.5 ml, 1.25 mg/3 ml*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	需受到 B 部分亦或 D 部分裁決的約束。對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應: albuterol 吸入液。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# LIDOCAINE PATCH

## 受到影響的產品

- *lidocaine topical adhesive patch, medicated 5 %*
- *tridacaine*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	確診下列其中一項：與糖尿病神經病變有關的疼痛、與癌症相關神經病變有關的疼痛、帶狀疱疹後神經痛、慢性背痛，或者膝蓋或髖部的骨關節炎
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有醫療認可的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否



# LUPRON DEPOT

## 受到影響的產品

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

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	子宮內膜異位症：患者已接受外科手術燒灼術以預防復發，或者有紀錄顯示對口服避孕藥沒有療效、有禁忌症或不耐受。
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	需受到 B 部分亦或 D 部分裁決的約束。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# LYRICA

## 受到影響的產品

- *pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg*
- *pregabalin oral solution*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	帶狀疱疹後神經痛：對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：gabapentin。糖尿病神經病變：對處方集中的所有替代藥物皆沒有療效或有嚴重臨床不良反應：duloxetine 和 gabapentin。纖維肌痛：對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：duloxetine、gabapentin 或 Savella。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# MEGESTROL

## 受到影響的產品

- *megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)*
- *megestrol oral tablet*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	與愛滋病 (AIDS) 相關的惡病體質：對處方集中的所有替代藥物皆沒有療效或有嚴重臨床不良反應：dronabinol 和 oxandrolone。
適應症	所有醫療認可的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# MEPROBAMATE

## 受到影響的產品

- *meprobamate*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的至少兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： buspirone、duloxetine、escitalopram 或 venlafaxine。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# METHOCARBAMOL

## 受到影響的產品

- *methocarbamol oral*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	有文件紀錄說明使用藥物證實有具體益處且該益處如何大過於潛在風險
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# METHOXSALEN

## 受到影響的產品

- *methoxsalen*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	皮膚科醫師、風濕科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： calcipotriene、clobetasol、cyclosporine、fluocinonide、methotrexate 或 tazarotene。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# METHYLDOPA/HYDROCHLOROTHIAZIDE

## 受到影響的產品

- *methyldopa-hydrochlorothiazide*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： benazepril、fosinopril、hydrochlorothiazide、irbesartan, lisinopril、 losartan、losartan/hydrochlorothiazide、lisinopril/hydrochlorothiazide、 quinapril/hydrochlorothiazide、quinapril、ramipril 或 valsartan/hydrochlorothiazide。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# METYROSINE

## 受到影響的產品

- *metirosine*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	本態性高血壓。
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否



# MODAFINIL

## 受到影響的產品

- *modafinil*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	猝睡症：對處方集中的所有替代藥物皆沒有療效或有嚴重臨床不良反應：dextroamphetamine 和 methylphenidate。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# NAYZILAM

## 受到影響的產品

- LIBERVANT
- NAYZILAM

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# NIVESTYM

## 受到影響的產品

- NIVESTYM INJECTION

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	血液科醫師、傳染病專科醫師、腫瘤科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# NUCALA

## 受到影響的產品

- NUCALA

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	過敏科醫師、免疫科醫師、肺科醫師、風濕科醫師、血液科醫師或耳鼻喉科醫師。
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	氣喘：對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：1) budesonide、Flovent、Arnuity Ellipta 或 Qvar 以及 2) fluticasone-salmeterol、Wixela 或 Breo Ellipta。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# NUEDEXTA

## 受到影響的產品

- NUEDEXTA

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# NUPLAZID

## 受到影響的產品

- NUPLAZID

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# OCTREOTIDE

## 受到影響的產品

- *octreotide acetate injection solution*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# OFEV

## 受到影響的產品

- OFEV

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	中度或重度肝功能障礙 (Child-Pugh 分級標準 B 級或 C 級)。
必要醫療資訊	初次授權：有肝功能檢測的文件紀錄。僅限重新授權：有對治療有正向反應以及肝功能檢測的文件紀錄。
年齡限制	
處方開立者限制	肺科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否



# OLANZAPINE ODT

## 受到影響的產品

- *olanzapine oral tablet, disintegrating*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示有吞嚥困難或無法吞嚥的狀況，或是對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：口服 olanzapine。
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# OLANZAPINE SOLUTION

---

## 受到影響的產品

- *olanzapine intramuscular*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# OMNITROPE

## 受到影響的產品

- OMNITROPE

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	<p>成人生長激素缺乏症 (AGHD) (初次): 因過去曾確診在兒童時期發病的生長激素缺乏症 (GHD) 而確診, 或者確診在成人時期發病的生長激素缺乏症 (GHD) 並有文件紀錄顯示因器官或已知原因 (例如: 因外科手術造成的損傷、顱部放射線治療、頭部創傷、蜘蛛膜下腔出血) 而導致的下視丘腦垂體疾病所引起的荷爾蒙不足, 且有文件紀錄顯示曾接受一項生長激素刺激檢測 (例如: 胰島素耐受性檢測、精氨酸 / 生長素釋素 [GHRH]、胰高血糖素、精氨酸) 以確認患有成人生長激素缺乏症 (GHD), 同時具有相應的生長激素 (GH) 分泌峰值 ([胰島素耐受性檢測 [ITT] 在 5mcg/L 以下]、[若身體質量指數 [BMI] 低於 25kg/m<sup>2</sup>, 則生長素釋素 [GHRH] + 精氨酸 [ARG] 應在 11mcg/L 以下; 若身體質量指數 [BMI] 在 25kg/m<sup>2</sup> 以上但在 30kg/m<sup>2</sup> 以下, 則生長素釋素 [GHRH] + 精氨酸 [ARG] 應在 8mcg/L 以下; 或者若身體質量指數 [BMI] 在 30kg/m<sup>2</sup> 以上, 則生長素釋素 [GHRH] + 精氨酸 [ARG] 應在 4mcg/L 以下]、[胰高血糖素在 3mcg/L 以下]、[精氨酸 [Arg] 在 0.4mcg/L 以下]), 或者有文件紀錄顯示 3 種腦垂體前葉素不足 (泌乳激素、促腎上腺皮質激素 [ACTH]、促甲狀腺激素 [TSH]、濾泡刺激素 [FSH] / 黃體化激素 [LH]) 且類胰島素生長因子 (IGF-1) / 生長調節素 C 低於根據年齡和性別調整的正常範圍, 詳如醫師化驗結果所述。成人生長激素缺乏症 (AGHD) (重新授權): 有文件紀錄證明患者有正向反應經驗。</p>
年齡限制	
處方開立者限制	內分泌科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# ORAL ANTIPSYCHOTICS

## 受到影響的產品

- *asenapine maleate*
- CAPLYTA
- FANAPT
- LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG
- *lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg*
- VRAYLAR ORAL CAPSULE
- VRAYLAR ORAL CAPSULE, DOSE PACK

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： olanzapine、quetiapine、risperidone、ziprasidone 或 aripiprazole。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# ORENCIA

## 受到影響的產品

- ORENCIA CLICKJECT
- ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	風濕科醫師、移植專科醫生
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	類風濕性關節炎：對處方集中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：azathioprine、cyclosporine、hydroxychloroquine、leflunomide、methotrexate 或 sulfasalazine。 乾癬性關節炎：對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：methotrexate。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# ORKAMBI

## 受到影響的產品

- ORKAMBI

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示囊腫性纖維化穿膜傳導調節蛋白 (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator, CFTR) 基因有同型合子 F508del 突變的狀況。
年齡限制	
處方開立者限制	傳染病專科醫師、肺科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# OTEZLA

## 受到影響的產品

- OTEZLA ORAL TABLET 30 MG 20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-
- OTEZLA STARTER ORAL 20 MG (4)-30 MG(19)
- TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	斑塊型乾癬：有文件紀錄顯示乾癬覆蓋身體的百分比等於或超過體表面積 (BSA) 的 2%，或者出現在重要身體部位，例如手部、腳部、臉部或生殖器。
年齡限制	
處方開立者限制	皮膚科醫師、風濕科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	乾癬性關節炎：對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：methotrexate。斑塊型乾癬：對處方藥一覽表中的其中一種替代治療沒有療效或有嚴重臨床不良反應：acitretin、cyclosporine、methotrexate 或光照治療。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# OXANDROLONE

## 受到影響的產品

- *oxandrolone*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否



# OXBRYTA

## 受到影響的產品

- OXBRYTA ORAL TABLET 300 MG, 500 MG
- OXBRYTA ORAL TABLET FOR SUSPENSION

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示在過去 12 個月內曾發生至少 1 次血管阻塞危急情況 (Vaso-Occlusive Crisis, VOC)。血紅素 (Hemoglobin, Hgb) 高於或等於 5.5 且低於或等於 10.5 g/dL。重新授權：有文件紀錄顯示對治療有正向反應。
年齡限制	
處方開立者限制	血液科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# OXERVATE

## 受到影響的產品

- OXERVATE

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	確診第 2 期或第 3 期神經營養性角膜炎。
年齡限制	
處方開立者限制	眼科醫師
承保期限	8 週。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# OXTELLAR

## 受到影響的產品

- OXTELLAR XR ORAL TABLET  
EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG,  
300 MG, 600 MG

事先授權 (PA) 標轉	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對 oxcarbazepine 立即釋放型沒有療效或有嚴重臨床不良反應。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

# PAH

## 受到影響的產品

- *ambrisentan*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	心臟科醫師、肺科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：sildenafil 或 tadalafil。若與 tadalafil 合併使用並用於沒有接受過治療且屬於世界衛生組織 (WHO) 功能分級 (FC) 第 II 級和第 III 級的肺動脈高壓 (PAH) 患者，則可獲得核准。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# PARATHYROID HORMONE ANALOGS

## 受到影響的產品

- *teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (620mcg/2.48ml)* • TYMLOS

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	根據腰椎 (至少兩節椎體)、髖部 (股骨頸、全髖關節) 或橈骨 (三分之一的橈骨部位) 的骨密度 (Bone Mineral Density, BMD) 測量, 骨密度 (BMD) T 分數在 -3.5 以下, 或者根據腰椎 (至少兩節椎體)、髖部 (股骨頸、全髖關節) 或橈骨 (三分之一的橈骨部位) 的骨密度 (BMD) 測量, 骨密度 (BMD) T 分數介於 -2.5 至 -3.5 之間 (骨密度 [BMD] T 分數高於 -3.5 但在 -2.5 以下) 且有骨折病史。
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應: alendronic acid 或 risedronate。若治療時間超過 24 個月, 必須要有正當醫療理由。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# PDE5 INHIBITORS

## 受到影響的產品

- *alyq*
- *sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet*
- *tadalafil (pulm. hypertension)*
- TADLIQ

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	同時正在使用硝酸鹽或 PDE5 抑制劑。
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	心臟科醫師、肺科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# PEGFILGRASTIM

## 受到影響的產品

- FULPHILA
- UDENYCA
- UDENYCA AUTOINJECTOR
- UDENYCA ONBODY
- ZIEXTENZO

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	血液科醫師、傳染病專科醫師、腫瘤科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：Nivestym 和 Zarxio。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# PHENOBARBITAL

## 受到影響的產品

- *phenobarbital*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	抗癇藥劑：對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：carbamazepine、divalproex、ethosuximide、felbamate、gabapentin、lamotrigine、levetiracetam、oxcarbazepine、phenytoin、tiagabine、topiramate 或 zonisamide。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否



# PIMECROLIMUS

## 受到影響的產品

- *pimecrolimus*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的其中一種外用替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：clobetasol、betamethasone、fluocinolone 或 fluocinonide 以及對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：tacrolimus 軟膏。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# POSACONAZOLE

## 受到影響的產品

- NOXAFIL ORAL SUSPENSION
- *posaconazole oral*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： fluconazole、itraconazole 或 voriconazole。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# PRADAXA PELLETT

## 受到影響的產品

- PRADAXA ORAL PELLETS IN PACKET

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	年齡在 3 個月到未滿 12 歲之間的兒童患者。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	No

# PREMARIN TABLETS

## 受到影響的產品

- PREMARIN ORAL

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	更年期骨質疏鬆預防：對處方集中的所有替代藥物皆沒有療效或有嚴重臨床不良反應：alendronic acid 和 risedronate。外陰和陰道萎縮：對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：estradiol 乳膏。其他適應症：對處方集中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：estradiol 經皮貼片或 estradiol 錠劑。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# PREMPRO TABLETS

## 受到影響的產品

- PREMPRO

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	更年期骨質疏鬆預防：對處方集中的所有替代藥物皆沒有療效或有嚴重臨床不良反應：alendronic acid 和 risedronate。外陰和陰道萎縮：對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：estradiol 乳膏。其他適應症：對處方集中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：estradiol 經皮貼片或 estradiol 錠劑。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# PREVYMIS

---

## 受到影響的產品

- PREVYMIS ORAL

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	傳染病專科醫師、腫瘤科醫師、移植專科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# PROCRIT

## 受到影響的產品

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

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	不受控制的高血壓。
必要醫療資訊	由慢性腎臟病所引起的貧血：血紅蛋白 (Hgb) 低於 10g/dL 且有文件紀錄顯示，運鐵蛋白飽和度在 20% 以上且鐵蛋白在 100ng/mL 以上。由化療所引起的貧血：血紅蛋白 (Hgb) 低於 10g/dL。美國食品藥物管理局 (FDA) 外科適應症：血紅蛋白 (Hgb) 介於 10g/dL-13g/dL 且患者不適合進行自體血液捐贈，同時若進行選擇性非心臟非血管外科手術，預期將會大量失血。由 Zidovudine 所引起：血紅蛋白 (Hgb) 低於 11g/dL。骨髓增生不良症候群：血紅蛋白 (Hgb) 低於 11g/dL 且紅血球生成因子在 500 mU/mL 以下。
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	需受到 B 部分亦或 D 部分裁決的約束。
適應症	所有醫療認可的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# PROLASTIN C

## 受到影響的產品

- PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	肺氣腫的臨床證明
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止
其他標準	治療前的血清 $\alpha$ 1-抗胰蛋白酶 (AAT) 濃度低於 11 micromol/L (輻射狀免疫擴散法為 80 mg/dl 或散射比濁法為 50 mg/dl)
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否



# PROLIA

## 受到影響的產品

- PROLIA

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示，根據腰椎 (至少兩節椎體)、髖部 (股骨頸、全髖關節) 或橈骨 (三分之一的橈骨部位) 的骨密度 (Bone Mineral Density, BMD) 測量，骨密度 (BMD) T 分數在 -3.5 以下，或者根據腰椎 (至少兩節椎體)、髖部 (股骨頸、全髖關節) 或橈骨 (三分之一的橈骨部位) 的骨密度 (BMD) 測量，骨密度 (BMD) T 分數介於 -2.5 至 -3.5 之間 (高於 -3.5 但在 -2.5 以下) 且有骨折病史。
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的所有替代藥物皆沒有療效或有嚴重臨床不良反應： alendronic acid 和 risedronate。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# PROMACTA

## 受到影響的產品

- PROMACTA

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有血小板計數的文件記錄。C 型肝炎感染的血小板減少症：有文件紀錄顯示目前同時正在接受或預定將要接受以干擾素為基礎的慢性 C 型肝炎治療。
年齡限制	
處方開立者限制	腸胃科醫師、血液科醫師、肝臟科醫師、傳染病專科醫師、腫瘤科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	慢性免疫性 (特發性) 血小板減少症：對處方集中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：dexamethasone、methylprednisolone、prednisolone 或 prednisone。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# PROMETHAZINE

## 受到影響的產品

- *promethazine oral*
- *promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg*
- *promethegan rectal suppository 25 mg, 50 mg*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	過敏：對處方集中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：cetirizine 和 levocetirizine。噁心和嘔吐：對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：chlorpromazine、granisetron、ondansetron 或 prochlorperazine。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# PROTRIPTYLINE

## 受到影響的產品

- *protriptyline*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： citalopram、escitalopram、fluoxetine、sertraline、venlafaxine、 desvenlafaxine、duloxetine、mirtazapine 或 bupropion
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# PYRIMETHAMINE

## 受到影響的產品

- *pyrimethamine*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	由葉酸缺乏症所引起的貧血
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	血液科醫師、人類免疫缺乏病毒 (HIV) 專科醫師、傳染病專科醫師、腫瘤科醫師、移植專科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	弓形蟲性腦炎的初級預防：對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：trimethoprim / sulfamethoxazole。
適應症	所有醫療認可的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# QUININE

## 受到影響的產品

- *quinine sulfate*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	夜間腿痙攣的預防或治療。
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	10 天。
其他標準	對處方集中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： chloroquine 或 hydroxychloroquine。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# REPATHA

## 受到影響的產品

- REPATHA PUSHTRONEX
- REPATHA SURECLICK
- REPATHA SYRINGE

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	<p>原發性高脂血症：有文件紀錄顯示，在接受最高耐受劑量之 statin 類藥物治療和 ezetimibe 治療的期間，目前低密度脂蛋白 (LDL) 指數高於 100mg/dL，除非對 statin 類藥物或 ezetimibe 治療不耐受或有禁忌症。動脈粥樣硬化性心血管疾病 (ASCVD) 的次級預防：有文件紀錄顯示至少有一項高風險因子：最近曾罹患急性冠狀動脈症候群 (ACS) (最近 12 個月內)、有心肌梗塞 (MI) 的病史、有缺血性中風的病史、有症狀的周邊動脈疾病 (有跛行病史且上下肢血壓比 [ABI] 高於 0.85 或者先前曾接受血管重建或截肢)。異合子型家族性高膽固醇血症 (Heterozygous Familial Hypercholesterolemia, HeFH) 或同合子型家族性高膽固醇血症 (Homozygous Familial Hypercholesterolemia, HoFH)：有文件紀錄顯示經由遺傳檢測或臨床標準確診 (例如 Simon Broome 或 Dutch Lipid Clinic Network 標準，或有紀錄顯示未經治療的低密度脂蛋白-膽固醇 [LDL-C] 高於 180 mg/dL 且伴隨黃色瘤或角膜裂)，或者有證據顯示在一等親或二等親當中有人罹患家族性高膽固醇血症。</p>
年齡限制	
處方開立者限制	心臟科醫師、內分泌科醫師、血脂專科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# RETACRIT

## 受到影響的產品

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

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	不受控制的高血壓。
必要醫療資訊	由慢性腎臟病所引起的貧血：血紅蛋白 (Hgb) 低於 10g/dL 且有文件紀錄顯示，運鐵蛋白飽和度在 20% 以上且鐵蛋白在 100ng/mL 以上。由化療所引起的貧血：血紅蛋白 (Hgb) 低於 10g/dL。食品與藥物管理局 (FDA) 外科適應症：血紅蛋白 (Hgb) 介於 10g/dL-13g/dL 且患者不適合進行自體血液捐贈，同時若進行選擇性非心臟非血管外科手術，預期將會大量失血。由 Zidovudine 所引起：血紅蛋白 (Hgb) 低於 11g/dL。骨髓增生不良症候群：血紅蛋白 (Hgb) 低於 11g/dL 且紅血球生成因子在 500 mU/mL 以下。
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	需受到 B 部分亦或 D 部分裁決的約束。
適應症	所有醫療認可的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否



# REXULTI

## 受到影響的產品

- REXULTI ORAL TABLET

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	思覺失調症：對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：olanzapine、risperidone、quetiapine、ziprasidone 或 aripiprazole。憂鬱症：對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：citalopram、escitalopram、fluoxetine、mirtazapine、paroxetine、sertraline 或 venlafaxine。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# REZUROCK

## 受到影響的產品

- REZUROCK

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# RINVOQ

## 受到影響的產品

- RINVOQ LQ
- RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	風濕科醫師、皮膚科醫師、胃腸科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	類風濕性關節炎：對處方集中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：azathioprine、cyclosporine、hydroxychloroquine、leflunomide、methotrexate 或 sulfasalazine。 異位性皮膚炎：對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：cyclosporine、azathioprine、methotrexate。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# RISPERDAL CONSTA

## 受到影響的產品

- RISPERDAL CONSTA
- UZEDY
- *risperidone microspheres*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： 口服 risperidone。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# RUFINAMIDE

## 受到影響的產品

- *rufinamide oral suspension*
- *rufinamide oral tablet*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	對處方集中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：carbamazepine、clonazepam、divalproex、ethosuximide、felbamate、gabapentin、lamotrigine、levetiracetam、lorazepam、oxcarbazepine、phenytoin、tiagabine、topiramate、clobazam 或 zonisamide。針對 Rufinamide 懸液劑：對處方集中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：Rufinamide 錠劑。
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# SAPROPTERIN

## 受到影響的產品

- *sapropterin*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# SECUADO

## 受到影響的產品

- SECUADO

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： olanzapine、quetiapine、risperidone、ziprasidone 或 aripiprazole。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# SIGNIFOR

## 受到影響的產品

- SIGNIFOR

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否



# SIRTURO

## 受到影響的產品

- SIRTURO ORAL TABLET 100 MG

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	傳染病專科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# SKYRIZI

## 受到影響的產品

- SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR
- SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML
- SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	斑塊型乾癬：有文件紀錄顯示乾癬覆蓋身體的百分比超過體表面積 (BSA) 的 3%，或者出現在重要身體部位，例如手部、腳部、臉部或生殖器。
年齡限制	
處方開立者限制	皮膚科醫師、腸胃科醫師、風濕科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	斑塊型乾癬：對下列其中一項治療沒有療效或有嚴重臨床不良反應：acitretin、cyclosporine、methotrexate 或光照治療。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# SOFOSBUVIR-VELPATASVIR

## 受到影響的產品

- *sofosbuvir-velpatasvir*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示有慢性 C 型肝炎感染，並透過定量分析確認可檢測出的血清 C 型肝炎病毒核糖核酸 (RNA)。有基因型的文件紀錄。有文件紀錄顯示是否有罹患肝硬化以及肝硬化是否為代償性或失償性。有文件紀錄顯示先前曾接受過任何治療。有文件紀錄顯示肝臟移植的狀態。療程將根據基因型和先前的治療經驗獲得核准，詳如美國肝病研究協會 (AASLD) 準則所述。
年齡限制	
處方開立者限制	腸胃科醫師、肝臟科醫師、傳染病專科醫師
承保期限	承保期限將依照目前 AASLD/IDSA 指南規定適用。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# SOMAVERT

## 受到影響的產品

- SOMAVERT

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	內分泌科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： octreotide。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# SPRITAM

## 受到影響的產品

- SPRITAM

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： levetiracetam 口服液。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# STELARA

## 受到影響的產品

- STELARA SUBCUTANEOUS

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	斑塊型乾癬：有文件紀錄顯示乾癬覆蓋身體的百分比超過體表面積 (BSA) 的 3%，或者出現在重要身體部位，例如手部、腳部、臉部或生殖器。
年齡限制	
處方開立者限制	皮膚科醫師、腸胃科醫師、風濕科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	乾癬性關節炎：對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：methotrexate。斑塊型乾癬：對處方集中的其中一種替代治療沒有療效或有嚴重臨床不良反應：acitretin、cyclosporine、methotrexate 或光照治療。克隆氏症和潰瘍性結腸炎：對處方集中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：budesonide、mesalamine 或 sulfasalazine。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# SYMDEKO

## 受到影響的產品

- SYMDEKO

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示囊腫性纖維化穿膜傳導調節蛋白 (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator, CFTR) 基因有同型合子 F508del 突變或有至少一種突變的狀況且對 tezacaftor/ivacaftor 有反應。
年齡限制	
處方開立者限制	傳染病專科醫師、肺科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# SYMPAZAN

## 受到影響的產品

- SYMPAZAN

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示有吞嚥困難或無法吞嚥的狀況。
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： carbamazepine、clonazepam、divalproex、ethosuximide、felbamate、 gabapentin、lamotrigine、levetiracetam、lorazepam、oxcarbazepine、 phenytoin、tiagabine、topiramate、valproic acid 或 zonisamide。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否



# SYNAREL

## 受到影響的產品

- SYNAREL

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# TACROLIMUS OINTMENT

## 受到影響的產品

- *tacrolimus topical*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的兩種外用替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： clobetasol、betamethasone、fluocinolone 或 fluocinonide。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# TAKHZYRO

## 受到影響的產品

- TAKHZYRO

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	遺傳性血管性水腫 (Hereditary Angioedema, HAE) 診斷結果必須經由血液檢測確認。
年齡限制	
處方開立者限制	過敏科醫師、免疫科醫師、血液科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# TALTZ

## 受到影響的產品

- TALTZ AUTOINJECTOR
- TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/ML

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	斑塊型乾癬：有文件紀錄顯示乾癬覆蓋身體的百分比超過體表面積 (BSA) 的 3%，或者出現在重要身體部位，例如手部、腳部、臉部或生殖器。
年齡限制	
處方開立者限制	皮膚科醫師、風濕科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	乾癬性關節炎：對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：methotrexate。僵直性脊椎炎：對處方集中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：celecoxib、diclofenac、indomethacin、naproxen 或 sulindac。斑塊型乾癬：對處方集中的其中一種替代治療沒有療效或有嚴重臨床不良反應：acitretin、cyclosporine、methotrexate 或光照治療。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# TARGRETIN

## 受到影響的產品

- *bexarotene*

- TARGRETIN TOPICAL

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	皮膚科醫師、腫瘤科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# TAZORAC

## 受到影響的產品

- *tazarotene topical cream*
- *tazarotene topical gel*
- TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %
- TAZORAC TOPICAL GEL

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	斑塊型乾癬：對處方集中的其中一種外用替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：calcipotriene、clobetasol 或 fluocinonide。尋常性痤瘡：對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：外用 benzoyl peroxide/clindamycin、外用 benzoyl peroxide/erythromycin、外用 clindamycin、口服 doxycycline、外用 erythromycin、口服 minocycline、口服 tetracycline 或外用 tretinoin。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# TECFIDERA

## 受到影響的產品

- *dimethyl fumarate*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的所有替代藥物皆沒有療效或有嚴重臨床不良反應： Aubagio 和 glatiramer。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# TESTOSTERONE

## 受到影響的產品

- *methyltestosterone oral capsule*
- *testosterone cypionate intramuscular oil*  
100 mg/ml, 200 mg/ml
- *testosterone enanthate*
- *testosterone transdermal gel in metered-dose pump*
- *testosterone transdermal gel in packet*
- *testosterone transdermal solution in metered pump w/app*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示，在最近 3 個月內的治療前血清睾酮濃度低於化驗室的參考下限。
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否



# TESTOSTERONE PUMP

## 受到影響的產品

- *testosterone transdermal gel in metered-dose pump*
- *testosterone transdermal gel in packet*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示，在最近 3 個月內的治療前血清睾酮濃度低於化驗室的參考下限。
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： testosterone cypionate、testosterone enanthate 或 testosterone 經皮吸收凝膠或外用液。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# TETRABENAZINE

## 受到影響的產品

- *tetrabenazine*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	同時正在使用單胺氧化酶抑制劑 (MAOI)。沒有接受治療或沒有接受適當治療的憂鬱症，或是目前有自殺傾向。
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# TIGECYCLINE

## 受到影響的產品

- *tigecycline*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	傳染病專科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# TOBI PODHALER

## 受到影響的產品

- TOBI PODHALER

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	傳染病專科醫師、肺科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# TOBRAMYCIN SOLUTION

## 受到影響的產品

- *tobramycin in 0.225 % nacl*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	傳染病專科醫師、肺科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	需受到 B 部分亦或 D 部分裁決的約束。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# TOLCAPONE

## 受到影響的產品

- *tolcapone*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示同時正在使用 levodopa 和 carbidopa。
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： amantadine、bromocriptine、carbidopa/levodopa、entacapone、 pramipexole、ropinirole 或 selegiline。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# TRELSTAR

---

## 受到影響的產品

- TRELSTAR INTRAMUSCULAR  
SUSPENSION FOR RECONSTITUTION

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療醫訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	需受到 B 部分亦或 D 部分裁決的約束。
適應症	所有醫療認可的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

# TRIENTINE

## 受到影響的產品

- *trientine oral capsule 250 mg*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	膽汁性肝硬化、類風濕性關節炎。
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： penicillamine。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否



# TRIHXYPHENIDYL

## 受到影響的產品

- *trihexyphenidyl*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	狹角性青光眼。
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	帕金森症候群：對處方集中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：amantadine、bromocriptine、carbidopa/levodopa、entacapone、pramipexole、ropinirole 或 selegiline。由藥物引起的動作障礙 - 錐體外疾病：對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：amantadine。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# TRIMIPRAMINE

## 受到影響的產品

- *trimipramine*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： citalopram、escitalopram、fluoxetine、sertraline、venlafaxine、 desvenlafaxine、duloxetine、mirtazapine 或 bupropion
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# TRINTELLIX

## 受到影響的產品

- TRINTELLIX

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： citalopram、escitalopram、fluoxetine、sertraline、venlafaxine、 desvenlafaxine、duloxetine、mirtazapine 或 bupropion
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# UBRELVY

## 受到影響的產品

- UBRELVY

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	正當醫療理由顯示，已嘗試過處方集中不同類別的兩種抗偏頭痛藥物，但沒有療效、有禁忌症或將不具有醫療適當性。這些類別包括：(1) 止痛劑 - aspirin、naproxen、ibuprofen、diclofenac、celecoxib、indomethacin、nabumetone 以及 (2) 翠普敦類藥物 - sumatriptan、rizatriptan/rizatriptan ODT
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師、疼痛專科醫師、頭痛專科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# VALCHLOR

## 受到影響的產品

- VALCHLOR

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	皮膚科醫師、腫瘤科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# VANCOMYCIN CAPSULE

## 受到影響的產品

- *vancomycin oral capsule 125 mg, 250 mg*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	困難梭狀芽孢桿菌腹瀉：重新授權：有文件紀錄顯示糞便中有困難梭狀芽孢桿菌陽性反應
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	3 個月。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# VASCEPA

## 受到影響的產品

- *icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram, 1 gram*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	減少發生心肌梗塞、中風、冠狀動脈血管重建以及需要住院之不穩定心絞痛的風險。有文件紀錄顯示曾接受最高耐受劑量的 statin 類藥物治療，除非不耐受或有禁忌症，且三酸甘油酯過高 (在 150 mg/dL 以上) 並已證實患有心血管疾病或糖尿病，同時有兩項或兩項以上的額外心血管疾病風險因子。嚴重高三酸甘油酯血症：有文件紀錄顯示三酸甘油酯過高 (在 500 mg/dL 以上)。
年齡限制	
處方開立者限制	血脂專科醫師、心臟科醫師、內分泌科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：omega-3 acid ethyl esters。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# VEMLIDY

## 受到影響的產品

- VEMLIDY

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	肝臟科醫師、腸胃科醫師、傳染病專科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否



# VERQUVO

## 受到影響的產品

- VERQUVO

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	心臟科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# VIBERZI

## 受到影響的產品

- VIBERZI

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	有切除膽囊的紀錄。
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的所有替代藥物皆沒有療效或有嚴重臨床不良反應： dicyclomine 和 loperamide。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# VIIBRYD

## 受到影響的產品

- VIIBRYD ORAL TABLET
  - VIIBRYD ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (7)- 20 MG (23)
- *vilazodone*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： citalopram、escitalopram、fluoxetine、sertraline、venlafaxine、 desvenlafaxine、duloxetine、mirtazapine 或 bupropion
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# VORICONAZOLE

## 受到影響的產品

- *voriconazole intravenous*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# XATMEP

## 受到影響的產品

- XATMEP

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	腫瘤科醫師、兒科醫師、風濕科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	需受到 B 部分亦或 D 部分裁決的約束。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# XELJANZ

## 受到影響的產品

- XELJANZ ORAL SOLUTION
- XELJANZ XR
- XELJANZ ORAL TABLET

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	腸胃科醫師、風濕科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	類風濕性關節炎：對處方集中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：azathioprine、cyclosporine、hydroxychloroquine、leflunomide、methotrexate 或 sulfasalazine。 乾癬性關節炎：對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：methotrexate。潰瘍性結腸炎：對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：Humira。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# XGEVA

## 受到影響的產品

- XGEVA

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	腫瘤科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# XIFAXAN

## 受到影響的產品

- XIFAXAN

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	肝性腦病變：對處方集中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：lactulose。腸躁症伴隨腹瀉：對處方集中的所有替代藥物皆沒有療效或有嚴重臨床不良反應：loperamide。旅行者腹瀉：對處方集中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：ciprofloxacin 或 levofloxacin。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否



# XOLAIR

## 受到影響的產品

- XOLAIR

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	氣喘 (初期): 用力呼氣一秒量或尖峰呼氣流量低於或等於預測量的 80%, 或是氣喘控制評估顯示氣喘沒有獲得控制 (例如: 氣喘控制檢測 [Asthma Control Test, ACT] 分數在 19 分以下)。基準期 (在接受 Xolair 治療之前) 血清總 IgE 指數高於或等於 30 IU/mL。對常年性空氣過敏原皮膚檢測或體外檢測呈陽性反應。
年齡限制	
處方開立者限制	過敏科醫師、皮膚科醫師、免疫科醫師、肺科醫師、耳鼻喉科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# XYREM

## 受到影響的產品

- *sodium oxybate*
- XYREM

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	猝睡症患者白天睡眠時間過長：對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：dextroamphetamine、methylphenidate 和 modafinil。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# ZARXIO

## 受到影響的產品

- ZARXIO

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	血液科醫師、傳染病專科醫師、腫瘤科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# ZEPATIER

## 受到影響的產品

- ZEPATIER

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示有慢性 C 型肝炎感染，並透過定量分析確認可檢測出的血清 C 型肝炎病毒核糖核酸 (RNA)。有基因型的文件紀錄。有文件紀錄顯示是否有罹患肝硬化以及肝硬化是否為代償性或失償性。有文件紀錄顯示先前曾接受過任何治療。有文件紀錄顯示肝臟移植的狀態。療程將根據基因型和先前的治療經驗獲得核准，詳如美國肝病研究協會 (AASLD) 準則所述。基因型 1a: 有文件紀錄顯示曾接受 NS5A 基因多態性檢測。
年齡限制	
處方開立者限制	腸胃科醫師、肝臟科醫師、傳染病專科醫師
承保期限	承保期限將依照目前 AASLD/IDSA 指南規定適用。
其他標準	
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

# ZYPREXA RELPREVV

## 受到影響的產品

- ZYPREXA RELPREVV  
INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR  
RECONSTITUTION 210 MG

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示曾服用口服 olanzapine 且沒有出現任何嚴重臨床副作用。
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方集中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：Invega Sustenna、Invega Trinza 或 Risperdal Consta。
適應症	所有獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否



deferasirox oral tablet, dispersible .....	35
desipramine .....	36
dexmethylphenidate oral tablet .....	6
DIACOMIT.....	14
diazepam intensol.....	37
diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml) .....	37
dimethyl fumarate .....	38, 158
disopyramide phosphate oral capsule .....	39
doxepin oral capsule .....	40
doxepin oral concentrate .....	40
DRIZALMA SPRINKLE .....	41
dronabinol .....	42
droxidopa .....	43
DUAVEE .....	51
DUPIXENT PEN .....	44, 45
DUPIXENT SYRINGE .....	44, 45
<b>E</b>	
ELIGARD .....	46
ELIGARD (3 MONTH).....	46
ELIGARD (4 MONTH).....	46
ELIGARD (6 MONTH).....	46
EMSAM.....	47
ENBREL .....	48
ENBREL MINI.....	48
ENBREL SURECLICK.....	48
ENDARI .....	49
EPIDIOLEX.....	13
ERIVEDGE.....	15, 17
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG, 60 MG .....	15, 17
erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg .....	15, 17
ESBRIET ORAL CAPSULE.....	50
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG, 801 MG .....	50
estradiol oral.....	51
estradiol transdermal patch weekly.....	51
everolimus (antineoplastic) oral tablet 15, 17	
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg, 5 mg.....	15, 17
EXKIVITY .....	15, 17
<b>F</b>	
FANAPT .....	107
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle .....	52

FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26).....	53
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR .....	53
fingolimod.....	58
FINTEPLA.....	14
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE .....	55
FOTIVDA.....	15, 17
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG, 5 MG .....	15, 17
FULPHILA .....	118
FYCOMPA ORAL SUSPENSION .....	13
FYCOMPA ORAL TABLET.....	13
<b>G</b>	
GAVRETO .....	15, 17
gefitinib.....	15, 17
GENOTROPIN .....	56
GENOTROPIN MINIQUICK .....	56
GILENYA.....	58
GILOTRIF .....	15, 17
glatiramer .....	59
glatopa.....	60
GLEOSTINE.....	15, 17
glutamine (sickle cell).....	49
glyburide .....	62
glyburide micronized .....	62
glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg.....	62
guanfacine oral tablet .....	63
guanfacine oral tablet extended release 24 hr .....	63
<b>H</b>	
HUMIRA PEN.....	66
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START .....	66
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS .....	68
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML .....	66
HUMIRA(CF).....	66
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER .....	67
HUMIRA(CF) PEN .....	66
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS....	66

HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC ..... 67  
 HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS  
 ..... 66

**I**

IBRANCE..... 15, 17  
 icatibant..... 54  
 ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG,  
 30 MG, 45 MG..... 15, 17  
 icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram, 1  
 gram ..... 174  
 IDHIFA ..... 15, 17  
 imatinib oral tablet 100 mg, 400 mg... 15, 17  
 IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG,  
 70 MG ..... 15, 17  
 IMBRUVICA ORAL SUSPENSION. 15, 17  
 IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG,  
 280 MG, 420 MG, 560 MG ..... 15, 17  
 imipramine hcl ..... 69  
 imipramine pamoate..... 69  
 INCRELEX..... 70  
 indomethacin oral capsule..... 71  
 INGREZZA..... 72  
 INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) 72  
 INGREZZA SPRINKLE ..... 72  
 INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG. 15,  
 17  
 INQOVI ..... 15, 17  
 INREBIC..... 15, 17  
 INVEGA HAFYERA ..... 74  
 INVEGA SUSTENNA ..... 75  
 INVEGA TRINZA..... 76  
 IRESSA..... 15, 17  
 itraconazole oral solution..... 77  
 ivabradine..... 30  
 IWILFIN ..... 15, 17

**J**

JAKAFI..... 15, 17  
 JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50  
 MG ..... 15, 17  
 JYLAMVO ..... 78

**K**

KALYDECO..... 79  
 KERENDIA ..... 80  
 KINERET ..... 81  
 KISQALI FEMARA CO-PACK ..... 15, 17

KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY  
 (200 MG X 1), 400 MG/DAY (200 MG X  
 2), 600 MG/DAY (200 MG X 3).... 15, 17

KORLYM ..... 82  
 KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25  
 MG ..... 15, 17  
 KRAZATI..... 15, 17

**L**

lapatinib..... 15, 17  
 LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20  
 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG..... 107  
 ledipasvir-sofosbuvir..... 83  
 lenalidomide..... 15, 17  
 LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY  
 (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3),  
 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18  
 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20  
 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10  
 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY  
 (4 MG X 2)..... 15, 17  
 LEUKINE INJECTION RECON SOLN.. 84  
 leuprolide (3 month) ..... 85  
 leuprolide subcutaneous kit..... 85  
 levalbuterol hcl inhalation solution for  
 nebulization 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml,  
 1.25 mg/0.5 ml, 1.25 mg/3 ml..... 86  
 LIBERVANT ..... 97  
 lidocaine topical adhesive patch,medicated 5  
 % ..... 87  
 LONSURF ..... 15, 17  
 LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25  
 MG ..... 15, 17  
 LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG  
 320 MG ..... 15, 17  
 LUPRON DEPOT..... 88  
 LUPRON DEPOT (3 MONTH) ..... 88  
 LUPRON DEPOT (4 MONTH) ..... 88  
 LUPRON DEPOT (6 MONTH) ..... 88  
 lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40  
 mg, 60 mg, 80 mg ..... 107  
 LYNPARZA ..... 15, 17  
 LYTGobi ORAL TABLET 12 MG/DAY  
 (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4),  
 20 MG/DAY (4 MG X 5) ..... 15, 17

**M**

MATULANE ..... 16, 17



megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)..... 90  
 megestrol oral tablet..... 90  
 MEKINIST ORAL RECON SOLN ... 16, 17  
 MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG ..... 16, 17  
 MEKTOVI ..... 16, 17  
 meprobamate..... 91  
 methocarbamol oral ..... 92  
 methoxsalen ..... 93  
 methyl dopa-hydrochlorothiazide ..... 94  
 methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70..... 6  
 methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 ..... 6  
 methylphenidate hcl oral solution..... 6  
 methylphenidate hcl oral tablet..... 6  
 methylphenidate hcl oral tablet extended release ..... 6  
 methyltestosterone oral capsule ..... 159  
 metyrosine..... 95  
 mifepristone oral tablet 300 mg ..... 82  
 modafinil ..... 96  
 molindone oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg 65  
 MOTPOLY XR ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 150 MG, 200 MG..... 14  
 MOVANTIK..... 29  
**N**  
 NAYZILAM ..... 97  
 NERLYNX ..... 16, 17  
 NEXAVAR ..... 16, 17  
 NINLARO..... 16, 17  
 NIVESTYM INJECTION ..... 98  
 NOXAFIL ORAL SUSPENSION ..... 121  
 NUBEQA ..... 16, 17  
 NUCALA ..... 99  
 NUEDEXTA..... 100  
 NUPLAZID..... 101  
**O**  
 octreotide acetate injection solution..... 102  
 ODOMZO ..... 16, 17  
 OFEV ..... 103  
 OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 50 MG..... 16, 17

OJEMDA 100 MG TAB (400 MG DOSE) ..... 16, 17  
 OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ..... 16, 17  
 OJEMDA ORAL TABLET 500 MG/WEEK (100 MG X 5)..... 16, 17  
 OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG..... 16, 17  
 olanzapine intramuscular ..... 105  
 olanzapine oral tablet,disintegrating ..... 104  
 OMNITROPE ..... 106  
 ONUREG ..... 16, 17  
 ORENCIA CLICKJECT..... 108  
 ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML ..... 108  
 ORGOVYX..... 16, 17  
 ORKAMBI..... 109  
 ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG ..... 16, 17  
 OTEZLA ORAL TABLET 30 MG ..... 110  
 OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19) ..... 110  
 oxandrolone..... 111  
 OXBRYTA ORAL TABLET 300 MG, 500 MG ..... 112  
 OXBRYTA ORAL TABLET FOR SUSPENSION ..... 112  
 OXERVATE ..... 113  
 OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 300 MG, 600 MG..... 114  
 OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)..... 61  
**P**  
 PANRETIN..... 16, 17  
 pazopanib ..... 16, 17  
 PEMAZYRE ..... 16, 17  
 perphenazine-amitriptyline ..... 10  
 phenobarbital..... 119  
 pimecrolimus..... 120

PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2) .....	16, 17	REPATHA SURECLICK.....	134
pirfenidone oral capsule.....	50	REPATHA SYRINGE.....	134
pirfenidone oral tablet 267 mg, 534 mg, 801 mg .....	50	RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML ...	135
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML .....	73	RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG .....	16, 17
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML .....	73	REVLIMID .....	16, 17
POMALYST .....	16, 17	REXULTI ORAL TABLET .....	136
posaconazole oral.....	121	REZLIDHIA .....	16, 17
PRADAXA ORAL PELLETS IN PACKET .....	122	REZUROCK.....	137
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg .....	89	RINVOQ LQ.....	138
pregabalin oral solution.....	89	RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG .....	138
PREMARIN ORAL .....	123	RISPERDAL CONSTA.....	139
PREMPRO.....	124	risperidone microspheres .....	139
PREVYMIS ORAL .....	125	roflumilast.....	34
PROCRT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML .....	126	ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG .....	16, 17
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION.....	127	ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET .....	16, 17
PROLIA .....	128	RUBRACA .....	16, 17
PROMACTA .....	129	rufinamide oral suspension .....	140
promethazine oral.....	130	rufinamide oral tablet.....	140
promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg .....	130	RYDAPT.....	16, 17
promethegan rectal suppository 25 mg, 50 mg .....	130	<b>S</b>	
protriptyline.....	131	sapropterin.....	141
PURIXAN.....	16, 17	SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG, 20 MG, 40 MG.....	16, 17
pyrimethamine .....	132	SECUADO.....	142
<b>Q</b>		SIGNIFOR .....	143
QINLOCK.....	16, 17	sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet	117
quinine sulfate.....	133	SIRTURO ORAL TABLET 100 MG.....	144
<b>R</b>		SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR.....	145
REBIF (WITH ALBUMIN) .....	73	SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML .....	145
REBIF REBIDOSE.....	73	SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR.....	145
REBIF TITRATION PACK.....	73	sodium oxybate .....	185
REPATHA PUSHTRONEX.....	134	sofosbuvir-velpatasvir.....	146
		SOMAVERT.....	147
		sorafenib.....	16, 17
		SPRITAM .....	148

SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG . 16, 17	tetrabenazine ..... 161
STELARA SUBCUTANEOUS..... 149	THALOMID ..... 16, 17
STIVARGA ..... 16, 17	thioridazine ..... 65
sunitinib malate..... 16, 17	TIBSOVO ..... 16, 17
SUTENT ..... 16, 17	tigecycline..... 162
SYMDEKO..... 150	TOBI PODHALER..... 163
SYMPAZAN..... 151	tobramycin in 0.225 % nacl ..... 164
SYNAREL ..... 152	tolcapone..... 165
SYNRIBO ..... 16, 17	torpenz..... 16, 17
<b>T</b>	TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ..... 166
TABLOID ..... 16, 17	tridacaine..... 87
TABRECTA ..... 16, 17	trientine oral capsule 250 mg..... 167
tacrolimus topical..... 153	trihexyphenidyl ..... 168
tadalafil (pulm. hypertension)..... 117	trimipramine..... 169
TADLIQ..... 117	TRINTELLIX ..... 170
TAFINLAR..... 16, 17	TRULICITY ..... 61
TAGRISO ..... 16, 17	TRUQAP..... 16, 17
TAKHZYRO..... 154	TRUSELTIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY (100 MG X 1), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50 MG/DAY (25 MG X 2), 75 MG/DAY (25 MG X 3)..... 16, 17
TALTZ AUTOINJECTOR..... 155	TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG ..... 16, 17
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/ML..... 155	TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG ..... 16, 17
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG ..... 16, 17	TYMLOS ..... 116
TARGRETIN TOPICAL ..... 156	<b>U</b>
TASIGNA ..... 16, 17	UBRELVY ..... 171
tazarotene topical cream ..... 157	UDENYCA ..... 118
tazarotene topical gel ..... 157	UDENYCA AUTOINJECTOR ..... 118
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 % 157	UDENYCA ONBODY ..... 118
TAZORAC TOPICAL GEL ..... 157	UZEDY ..... 139
TAZVERIK..... 16, 17	<b>V</b>
TEPMETKO ..... 16, 17	VALCHLOR..... 172
teriflunomide..... 22	vancomycin oral capsule 125 mg, 250 mg ..... 173
teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (620mcg/2.48ml) ..... 116	VANFLYTA ..... 16, 17
testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml..... 159	VEMLIDY ..... 175
testosterone enanthate ..... 159	VENCLEXTA..... 16, 17
testosterone transdermal gel in metered-dose pump ..... 159, 160	VENCLEXTA STARTING PACK .... 16, 17
testosterone transdermal gel in packet ... 159, 160	VERQUVO ..... 176
testosterone transdermal solution in metered pump w/app..... 159	VERZENIO..... 16, 17
	VIBERZI..... 177

VICTOZA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) .....	61	XIFAXAN.....	183
VIIBRYD ORAL TABLET.....	178	XOLAIR .....	184
VIIBRYD ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (7)- 20 MG (23).....	178	XOSPATA .....	17
vilazodone .....	178	XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 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), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) .....	17
VIMPAT ORAL TABLET.....	14	XTANDI .....	17
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG .....	16, 17	XYREM .....	185
VITRAKVI ORAL SOLUTION .....	16, 17	<b>Y</b>	
VIZIMPRO .....	16, 17	YONSA.....	17
VONJO .....	16, 17	<b>Z</b>	
voriconazole intravenous .....	179	ZARXIO .....	186
VOTRIENT.....	16, 17	ZEJULA ORAL CAPSULE .....	17
VRAYLAR ORAL CAPSULE.....	107	ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG.....	17
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK.....	107	ZELBORAF.....	17
<b>W</b>		ZEPATIER.....	187
WELIREG.....	16, 17	ZIEXTENZO .....	118
<b>X</b>		ziprasidone mesylate.....	57
XALKORI ORAL CAPSULE.....	16, 17	ZOLINZA .....	17
XALKORI ORAL PELLETT 150 MG, 20 MG, 50 MG.....	16, 17	ZYDELIG .....	17
XATMEP .....	180	ZYKADIA .....	17
XELJANZ ORAL SOLUTION .....	181	ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG... 188	
XELJANZ ORAL TABLET.....	181		
XELJANZ XR .....	181		
XERMELO .....	16, 17		
XGEVA.....	182		