



**2025 年 IEHP DualChoice (HMO D-SNP)
處方集變更
更新於 2025 年 04 月 01 日**

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 的處方集可能會在一年當中視新的臨床數據，以及市面上的藥物數量來進行修訂 (增刪藥物)。所有變更內容均經過一批執業醫生與藥劑師團隊審查及核准。

若 IEHP DualChoice 刪除承保的 D 部分藥物或對其處方集進行任何變更，我們會在官網上公佈變更內容。我們也會在處方集變更生效日之前至少三十 (30) 個曆日通知每位受到影響的會員。然而，若美國食品藥物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 認為我們處方集內的某一款藥物不安全或藥物的製造商在市場上不再販售該藥物，則我們會立即從處方集內刪除該藥物。您須得知，學名藥的作用與品牌藥相同，而且通常成本更低。如果有品牌藥的學名藥版本，我們的網絡藥房將為您提供學名藥。

下表概要列出可能對您有所影響的處方集變更。

受影響的藥物 品牌藥物名稱 學名藥 劑量/要求/限制	變更生效日期	變更類型	變更原因	替代藥物 *	適用範圍
Carbamazepine 200 mg chewable tablet	2025 年 4 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
Mesna 400 mg tablet	2025 年 4 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員

受影響的藥物 品牌藥物名稱 學名藥 劑量/要求/限制	變更生效日期	變更類型	變更原因	替代藥物 *	適用範圍
Timolol 0.5 % eye drops	2025 年 4 月1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
Topiramate 50 mg sprinkle capsule	2025 年 4 月1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
DANZITEN 71 MG TABLET	2025 年 3 月1 日	增加 增加數量限制 增加 PA（僅新開 始時需要）	--	--	所有 Medicare 會員
DANZITEN 95 MG TABLET	2025 年 3 月1 日	增加 增加數量限制 增加 PA（僅新開 始時需要）	--	--	所有 Medicare 會員
IMKELDI 80 MG/ML ORAL SOLUTION	2025 年 3 月1 日	增加 增加數量限制 增加 PA（僅新開 始時需要）	--	--	所有 Medicare 會員

受影響的藥物 品牌藥物名稱 學名藥 劑量/要求/限制	變更生效日期	變更類型	變更原因	替代藥物 *	適用範圍
REVUFORJ 110 MG TABLET	2025 年 3 月1 日	增加 增加數量限制 增加 PA (僅新開 始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
REVUFORJ 160 MG TABLET	2025 年 3 月1 日	增加 增加數量限制 增加 PA (僅新開 始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
PHENYTEK 200 MG CAPSULE	2025 年 3 月1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
PHENYTEK 300 MG CAPSULE	2025 年 3 月1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
AUGTYRO 160 MG CAPSULE	2025 年 2 月1 日	增加 增加數量限制 增加 PA (僅新開 始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員

受影響的藥物 品牌藥物名稱 學名藥 劑量/要求/限制	變更生效日期	變更類型	變更原因	替代藥物 *	適用範圍
COBENFY 100 MG-20 MG CAPSULE	2025 年 2 月1 日	增加 增加數量限制 增加 PA (僅新開 始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
COBENFY 125 MG-30 MG CAPSULE	2025 年 2 月1 日	增加 增加數量限制 增加 PA (僅新開 始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
COBENFY 50 MG-20 MG CAPSULE	2025 年 2 月1 日	增加 增加數量限制 增加 PA (僅新開 始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
COBENFY STARTER PACK 50 MG-20 MG/100 MG-20 MG CAPSULES IN A DOSE PACK	2025 年 2 月1 日	增加 增加 PA (僅新開 始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
Dasatinib 100 mg tablet	2025 年 2 月1 日	增加 增加數量限制 增加 PA (僅新開 始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員

受影響的藥物 品牌藥物名稱 學名藥 劑量/要求/限制	變更生效日期	變更類型	變更原因	替代藥物 *	適用範圍
Dasatinib 140 mg tablet	2025 年 2 月1 日	增加 增加數量限制 增加 PA（僅新開 始時需要）	--	--	所有 Medicare 會員
Dasatinib 20 mg tablet	2025 年 2 月1 日	增加 增加數量限制 增加 PA（僅新開 始時需要）	--	--	所有 Medicare 會員
Dasatinib 50 mg tablet	2025 年 2 月1 日	增加 增加數量限制 增加 PA（僅新開 始時需要）	--	--	所有 Medicare 會員
Dasatinib 70 mg tablet	2025 年 2 月1 日	增加 增加數量限制 增加 PA（僅新開 始時需要）	--	--	所有 Medicare 會員

受影響的藥物 品牌藥物名稱 學名藥 劑量/要求/限制	變更生效日期	變更類型	變更原因	替代藥物 *	適用範圍
Dasatinib 80 mg tablet	2025 年 2 月1 日	增加 增加數量限制 增加 PA（僅新開 始時需要）	--	--	所有 Medicare 會員
Gallifrey 5 mg tablet	2025 年 2 月1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
ITOVEBI 3 MG TABLET	2025 年 2 月1 日	增加 增加數量限制 增加 PA（僅新開 始時需要）	--	--	所有 Medicare 會員
ITOVEBI 9 MG TABLET	2025 年 2 月1 日	增加 增加數量限制 增加 PA（僅新開 始時需要）	--	--	所有 Medicare 會員

受影響的藥物 品牌藥物名稱 學名藥 劑量/要求/限制	變更生效日期	變更類型	變更原因	替代藥物 *	適用範圍
LAZCLUZE 240 MG TABLET	2025 年 2 月1 日	增加 增加數量限制 增加 PA（僅新開 始時需要）	--	--	所有 Medicare 會員
LAZCLUZE 80 MG TABLET	2025 年 2 月1 日	增加 增加數量限制 增加 PA（僅新開 始時需要）	--	--	All Medicare Members
LUMAKRAS 240 MG TABLET	2025 年 2 月1 日	增加 增加數量限制 增加 PA（僅新開 始時需要）	--	--	所有 Medicare 會員
Oxcarbazepine ER 150 mg tablet,extended release 24 hr	2025 年 2 月1 日	增加 增加數量限制 增加 PA（僅新開 始時需要）	--	--	所有 Medicare 會員

受影響的藥物 品牌藥物名稱 學名藥 劑量/要求/限制	變更生效日期	變更類型	變更原因	替代藥物 *	適用範圍
Oxcarbazepine ER 300 mg tablet,extended release 24 hr	2025 年 2 月1 日	增加 增加數量限制 增加 PA (僅新開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
Oxcarbazepine ER 600 mg tablet,extended release 24 hr	2025 年 2 月1 日	增加 增加數量限制 增加 PA (僅新開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
Quinapril 10 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	2025 年 2 月1 日	增加 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
Quinapril 20 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	2025 年 2 月1 日	增加 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
Quinapril 20 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	2025 年 2 月1 日	增加 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
RINVOQ LQ 1 MG/ML ORAL SOLUTION	2025 年 2 月1 日	增加 增加數量限制 增加 PA	--	--	所有 Medicare 會員

受影響的藥物 品牌藥物名稱 學名藥 劑量/要求/限制	變更生效日期	變更類型	變更原因	替代藥物 *	適用範圍
Tazarotene 0.05 % topical cream	2025 年 2 月1 日	增加 增加 PA	--	--	所有 Medicare 會員
VORANIGO 10 MG TABLET	2025 年 2 月1 日	增加 增加數量限制 增加 PA（僅新開 始時需要）	--	--	所有 Medicare 會員
VORANIGO 40 MG TABLET	2025 年 2 月1 日	增加 增加數量限制 增加 PA（僅新開 始時需要）	--	--	所有 Medicare 會員
Mometasone 50 mcg/actuation nasal spray	2025 年 2 月1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
OXBRYTA 300 MG TABLET	2025 年 2 月1 日	刪除	市場退出	L-glutamine	所有 Medicare 會員
OXBRYTA 300 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	2025 年 2 月1 日	刪除	市場退出	L-glutamine	所有 Medicare 會員

受影響的藥物 品牌藥物名稱 學名藥 劑量/要求/限制	變更生效日期	變更類型	變更原因	替代藥物 *	適用範圍
OXBRYTA 500 MG TABLET	2025 年 2 月 1 日	刪除	市場退出	L-glutamine	所有 Medicare 會員

*替代藥物是指與未批准藥物療效相當或成本分攤額級別相同的藥物。基於藥物治療的效果因人而異，因此只有您的醫生才能決定此處所列的替代藥物是否適合您使用。請向您的醫生諮詢此藥物是否適合您。本清單並未針對您所選擇的藥物，全部詳盡地列出 IEHP DualChoice 處方集內所有承保的替代藥物。

一般而言，IEHP DualChoice 只有在替代藥物或級別更低的藥物不適用於治療您所患病症，或會使您產生不良反應的情況/或對您有害時，才能特准您使用未批准藥物。

如果您認為您能夠使用我們處方集之外的藥物或者受限制使用的藥物，請與我們聯絡並提出上訴。**若您提出上訴，請提交由您的醫生簽發的診斷證明來佐證您的申請。**我們一定會在接獲您的醫生或處方師出示的診斷證明後 72 小時內做出決定。若您本人或您的醫生認為長達 72 小時的等候時間可能會嚴重危害您的健康，您可提出加急（快速）上訴。一旦您的加急（快速）上訴獲准，我們就必須在接獲您的醫生或處方師出示的診斷證明後 24 小時內做出決定。

如果您有任何疑問或需要和我們聯絡，您可以致電 IEHP DualChoice 會員服務處，電話：**1-877-273-IEHP (4347)**，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/TDD 使用者應致電 **1-800-718-4347**。

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