



DualChoice

**Những thay đổi đối với
Danh Mục Thuốc
2024 IEHP DualChoice (HMO D-SNP)
Cập nhật vào ngày 05/01/2024**

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

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

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

| Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DƯỢC 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 | | | | | |
| IXCHIQ 1,000 TCID50/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION | 05/01/2024 | Bổ Sung | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |

| Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DƯỢC Thuốc Gốc | Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực | Loại Thay Đổi | Lý Do Thay Đổi | Thuốc Thay Thế * | Áp Dụng cho |
|--|--|--|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn | | | | | |
| MOTPOLY XR 100 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE | 05/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| MOTPOLY XR 150 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE | 05/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| MOTPOLY XR 200 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE | 05/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |

| Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DẠNG 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 | | | | | |
| ROZLYTREK 50 MG ORAL PELLETS IN PACKET | 05/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| XOLAIR 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE | 05/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| XOLAIR 150 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR | 05/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| XOLAIR 75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR | 05/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| XOLAIR 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR | 05/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |

| Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DẠNG 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 | | | | | |
| Mifepristone 300 mg tablet | 05/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| Dabigatran etexilate 110 mg capsule | 05/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| OZEMPIC 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR | 05/01/2024 | Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| OZEMPIC 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR | 05/01/2024 | Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR | 05/01/2024 | Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR | 05/01/2024 | Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |

| Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DƯỢC Thuốc Gốc | Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực | Loại Thay Đổi | Lý Do Thay Đổi | Thuốc Thay Thế * | Áp Dụng cho |
|--|--|--|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn | | | | | |
| TRULICITY 1.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR | 05/01/2024 | Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| TRULICITY 3 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR | 05/01/2024 | Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| TRULICITY 4.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR | 05/01/2024 | Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| VICTOZA 3-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR | 05/01/2024 | Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| BOSULIF 100 MG CAPSULE | 04/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |

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

| Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DƯỢC Thuốc Gốc | Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực | Loại Thay Đổi | Lý Do Thay Đổi | Thuốc Thay Thế * | Áp Dụng cho |
|--|--|--|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn | | | | | |
| XALKORI 50 MG ORAL PELLETS | 04/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| IWILFIN 192 MG TABLET | 04/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| SYNJARDY XR 10 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE | 04/01/2024 | Bổ Sung | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| SYNJARDY XR 12.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE | 04/01/2024 | Bổ Sung | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| SYNJARDY XR 25 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE | 04/01/2024 | Bổ Sung | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |

| Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DƯỢC Thuốc Gốc | Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực | Loại Thay Đổi | Lý Do Thay Đổi | Thuốc Thay Thế * | Áp Dụng cho |
|---|--|--|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn | | | | | |
| SYNJARDY XR 5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE | 04/01/2024 | Bổ Sung | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| Sodium,potassium,mag sulfates 17.5 gram-3.13 gram-1.6 gram oral soln | 04/01/2024 | Bổ Sung | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| PENBRAYA (PF) 5 MCG-120 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT | 04/01/2024 | Bổ Sung | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| Risperidone microspheres ER 12.5 mg/2 mL intramuscular susp,ext release | 04/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| Risperidone microspheres ER 25 mg/2 mL intramuscular susp,ext release | 04/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |

| Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DƯỢC Thuốc Gốc | Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực | Loại Thay Đổi | Lý Do Thay Đổi | Thuốc Thay Thế * | Áp Dụng cho |
|---|--|--|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn | | | | | |
| Risperidone microspheres ER 37.5 mg/2 mL intramuscular susp,ext release | 04/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| Risperidone microspheres ER 50 mg/2 mL intramuscular susp,ext release | 04/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| AKEEGA 100 MG-500- MG TABLET | 03/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| AKEEGA 50 MG-500 MG TABLET | 03/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |

| Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DƯỢC Thuốc Gốc | Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực | Loại Thay Đổi | Lý Do Thay Đổi | Thuốc Thay Thế * | Áp Dụng cho |
|--|--|--|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn | | | | | |
| ZENPEP 60,000-189,600-252,600 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE | 03/01/2024 | Bổ Sung | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| KALYDECO 5.8 MG ORAL GRANULES IN PACKET | 03/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| OGSIVEO 50 MG TABLET | 03/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| AUGTYRO 40 MG CAPSULE | 03/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |

| Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DẠNG 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 | | | | | |
| <i>Vigpoder 500 mg oral powder packet</i> | 03/01/2024 | Bổ Sung | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| BALVERSA 3 MG TABLET | 03/01/2024 | Tăng Giới Hạn về Số Lượng | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| BREO ELLIPTA 50 MCG-25 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION | 02/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| <i>Breyna 80 mcg-4.5 mcg inhalation/actuation HFA aerosol inhaler</i> | 02/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| <i>Breyna 160 mcg-4.5mcg inhalation/actuation HFA aerosol inhaler</i> | 02/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| <i>EnilloRing 0.12 mg-0.015 mg/24 hr vaginal ring</i> | 02/01/2024 | Bổ Sung | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |

| Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DƯỢC <i>Thuốc Gốc</i> Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn | Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực | Loại Thay Đổi | Lý Do Thay Đổi | Thuốc Thay Thế * | Áp Dụng cho |
|--|--|--|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| FRUZAQLA 1 MG CAPSULE | 02/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| FRUZAQLA 5 MG CAPSULE | 02/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| <i>Kourzeq 0.1 % dental paste</i> | 02/01/2024 | Bổ Sung | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| LAGEVRIO 200 MG CAPSULE (EUA) | 02/01/2024 | Bổ Sung | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| OJJAARA 100 MG TABLET | 02/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |

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

| Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DƯỢC Thuốc Gốc | Ngày Thay Đổi Có Hiệu Lực | Loại Thay Đổi | Lý Do Thay Đổi | Thuốc Thay Thế * | Áp Dụng cho |
|--|--|--|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Liều Dùng/Yêu Cầu/Giới Hạn | | | | | |
| TRUQAP 200 MG TABLET | 02/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| <i>Turqoz (28) 0.3 mg-30 mcg tablet</i> | 02/01/2024 | Bổ Sung | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| VANFLYTA 17.7 MG TABLET | 02/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| VANFLYTA 26.5 MG TABLET | 02/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| ZURZUVAE 20 MG CAPSULE | 02/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |

| Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DẠNG 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 | | | | | |
| ZURZUVAE 25 MG CAPSULE | 02/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| ZURZUVAE 30 MG CAPSULE | 02/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| <i>Brimonidine 0.1 % eye drops</i> | 02/01/2024 | Bổ Sung | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| <i>Fluticasone propionate 50 mcg/actuation blister powder for inhalation</i> | 02/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| <i>Fluticasone propionate 100 mcg/actuation blister powder for inhalation</i> | 02/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| <i>Fluticasone propionate 250 mcg/actuation blister powder for inhalation</i> | 02/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| <i>Glipizide 2.5 mg tablet</i> | 02/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |

| Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DẠNG 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 | | | | | |
| <i>Lithium citrate 8 mEq/5 mL oral solution</i> | 02/01/2024 | Bổ Sung | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| <i>Pazopanib 200 mg tablet</i> | 02/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Cho Phép Trước (Prior Authorization, PA) (Chỉ Dành Cho Thuốc Mới) | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| <i>Clindamycin 600 mg/4 mL intravenous solution</i> | 02/01/2024 | Bổ Sung | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| <i>Clindamycin 150 mg/mL injection solution (6 ml)</i> | 02/01/2024 | Bổ Sung | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| <i>Budesonide-formoterol fumarate 80-4.5 mcg inhalation/actuation aerosol inhaler</i> | 02/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| <i>Budesonide-formoterol fumarate 160-4.5mcg inhalation/actuation aerosol inhaler</i> | 02/01/2024 | Bổ Sung Bổ Sung Giới Hạn về Số Lượng | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |
| SYMBICORT 160 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER | 02/01/2024 | Tăng Giới Hạn về Số Lượng | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |

| Thuốc Chịu Tác Động Thuốc BIỆT DƯỢC <i>Thuốc Gốc</i> | 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 | | | | | |
| SYMBICORT 80 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER | 02/01/2024 | Tăng Giới Hạn về Số Lượng | -- | -- | Tất Cả Hội Viên Medicare |

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

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

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

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

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