

第一保健老人醫療保險計劃「處方藥一覽表」變更

如果我們用新的出現在同一或較低費用分攤層次並帶有同樣或較少限制的副廠藥取代一種原廠藥，**第一保健**可能同時立即將該原廠藥從藥物目錄中移除。或者，在添加新的副廠藥的時候，我們可能將該原廠藥保留在藥物目錄中，但是立即將其移到其他費用分攤層次或者增加新的限制。我們可能不會在做出該變更之前提前通知您，但我們稍後將向您提供有關我們所做具體變更的資訊。同時，如果食品與藥物管理總署 (Food and Drug Administration) 認為我們「處方藥一覽表」上的藥物不安全或者該藥物的製造商從市場上撤回該藥物，我們可能立即將該藥物從我們的「處方藥一覽表」上刪除，並通知服用該藥物的會員。

在我們對藥物清單進行其他變更之前，若該變更會影響目前服用藥物的會員，並需要我們事先通知，我們將在變更生效前至少 30 天，或當會員要求重新配藥時，通知受影響的會員，該會員將在該時間點收到該藥物的一個月藥量。

如果您受到藥物承保或限制變更影響，您或您的處方開立者可要求我們作出例外處理，繼續以您想要的方式承保該藥物。我們提供給您的通知也將包括要求例外處理步驟的資訊。如需深入瞭解承保決定以及如何要求例外處理，請參閱您的「**承保證書**」，或致電會員服務部 1-888-260-1010 (TTY: 711)，服務時間為每週七天，每天 24 小時。

下表列出可能影響您的處方集變更。

受影響藥物名稱	變更描述	變更原因	替代藥物	替代藥物共付額*	生效日期
ALINIA 錠劑 500MG	自處方集刪除藥物	可提供副廠藥	NITAZOXANIDE 錠劑 500MG	第五層級	05/01/2021
AMINOSYN II 注射液 10%	自處方集刪除藥物	製造商停產	PREMASOL 液劑 10%	第四層級	01/01/2021
ANADROL-50 錠劑 50MG	自處方集刪除藥物	製造商停產	PROCRIT 注射液	第五層級	05/01/2021
ATRIPLA 錠劑	自處方集刪除藥物	可提供副廠藥	EFAVIRENZ-EMTRICITABINE-TENOFOVIR DF 錠劑 600-200-300MG	第五層級	01/01/2021
BANZEL 懸浮液 40MG/ML	自處方集刪除藥物	可提供副廠藥	RUFINAMIDE 懸浮液 40MG/ML	第五層級	05/01/2021

受影響藥物名稱	變更描述	變更原因	替代藥物	替代藥物 共付額*	生效日期
CIPRODEX 懸浮液 0.3-0.1%	自處方集刪除藥物	可提供副廠藥	CIPROFLOXACIN- DEXAMETHASONE 耳用懸浮 液 0.3-0.1%	第三層級	01/01/2021
COLOCORT 灌腸劑 100MG	自處方集刪除藥物	製造商停產	HYDROCORTISONE 灌腸劑 100 MG/60MLL	第四層級	01/01/2021
COUMADIN 錠劑	自處方集刪除藥物	製造商停產	WARFARIN 錠劑	第一層級	01/01/2021
D5W/NACL 注射液 0.225%	自處方集刪除藥物	製造商停產	D5W/NACL 注射液 0.2%	第三層級	01/01/2021
DEMSEER 膠囊 250MG	自處方集刪除藥物	可提供副廠藥	METHYROSINE 膠囊 250MG	第五層級	05/01/2021
DEPO-PROVERA 注 射液 400/ML	自處方集刪除藥物	製造商停產	請諮詢您的醫療保健提供 者。		02/01/2021
DOCETAXEL 注射液 200MG/10ML	自處方集刪除藥物	製造商停產	DOCETAXEL 注射液 160MG/8ML	第五層級	02/01/2021
EMTRIVA 膠囊 200MG	自處方集刪除藥物	可提供副廠藥	EMTRICITABINE 膠囊 200 MG	第三層級	01/01/2021
GLEOSTINE 膠囊	自處方集刪除藥物	老人醫療保險將不再承 保	請諮詢您的醫療保健提供 者。		02/01/2021
HUMIRA 注射液 10MG/0.2ML	自處方集刪除藥物	製造商停產	HUMIRA 注射液 10/0.1ML	第五層級	03/01/2021
HUMIRA 組合包 20MG/0.4ML	自處方集刪除藥物	製造商停產	HUMIRA 注射液 20/0.2ML	第五層級	03/01/2021
JADENU SPRINKLE 顆 粒劑	自處方集刪除藥物	可提供副廠藥	DEFERASIROX 顆粒袋裝	第五層級	01/01/2021
JUXTAPID 膠囊 40MG	自處方集刪除藥物	製造商停產	JUXTAPID 膠囊 20MG	第五層級	01/01/2021

受影響藥物名稱	變更描述	變更原因	替代藥物	替代藥物 共付額*	生效日期
JUXTAPID 膠囊 60MG	自處方集刪除藥物	製造商停產	JUXTAPID 膠囊 20MG	第五層級	01/01/2021
KIONEX 懸浮液 15GM/60	自處方集刪除藥物	製造商停產	SPS 懸浮液 15GM/60	第三層級	02/01/2021
KLOR-CON SPRINKLE 緩釋膠囊	自處方集刪除藥物	製造商停產	POTASSIUM CHLORIDE 緩釋 膠囊	第三層級	02/01/2021
KUVAN 粉劑	自處方集刪除藥物	可提供副廠藥	SAPROPTERIN 粉劑	第五層級	05/01/2021
KUVAN 錠劑 100MG	自處方集刪除藥物	可提供副廠藥	SAPROPTERIN 錠劑 100MG	第五層級	05/01/2021
LORCET HD 錠劑 10- 325MG	自處方集刪除藥物	製造商停產	HYDROCODONE- ACETAMINOPHEN 錠劑 10- 325MG	第三層級	01/01/2021
LORCET PLUS 錠劑 7.5-325MG	自處方集刪除藥物	製造商停產	HYDROCODONE- ACETAMINOPHEN 錠劑 7.5- 325MG	第三層級	01/01/2021
LORCET 錠劑 5- 325MG	自處方集刪除藥物	製造商停產	HYDROCODONE- ACETAMINOPHEN 錠劑 5- 325MG	第三層級	01/01/2021
METOPROLOL 注射 液 1MG/ML	自處方集刪除藥物	製造商停產	METOPROLOL 注射液 5MG/5ML	第三層級	02/01/2021
NEPHRAMINE 注射 液 5.4%	自處方集刪除藥物	製造商停產	PROSOL 注射液 20%	第四層級	06/01/2021
NORMOSOL -M 注射 液/D5W	自處方集刪除藥物	製造商停產	ISOLYTE-P 注射液/D5W	第四層級	05/01/2021
NORMOSOL -R 注射 液	自處方集刪除藥物	老人醫療保險將不再承 保	ISOLYTE-S 注射液	第四層級	01/01/2021
ONE VITE 錠劑 1MG PLUS	自處方集刪除藥物	老人醫療保險將不再承 保	PRENATAL 錠劑 27-1MG	第三層級	01/01/2021

受影響藥物名稱	變更描述	變更原因	替代藥物	替代藥物 共付額*	生效日期
PEGASYS PROCLICK 注射液	自處方集刪除藥物	製造商停產	PEGASYS 注射液	第五層級	02/01/2021
ROWEEPRA XR 錠劑	自處方集刪除藥物	製造商停產	LEVETIRACETAM 24HR 緩釋 錠劑	第三層級	02/01/2021
SAPPHRIS 舌下錠	自處方集刪除藥物	可提供副廠藥	ASENAPINE MALEATE 舌下錠	第四層級	05/01/2021
SODIUM POLYSTYRENE SULFONATE 口服懸 浮液 15 GM/60ML	自處方集刪除藥物	製造商停產	SPS 懸浮液 15GM/60	第三層級	02/01/2021
SYLATRON 組合包	自處方集刪除藥物	製造商停產	INTRON A 注射液	第五層級	01/01/2021
SYMFI LO 錠劑	自處方集刪除藥物	可提供副廠藥	EFAVIRENZ-LAMIVUDINE- TENOFVIR DF 錠劑 400- 300-300MG	第五層級	05/01/2021
SYMFI 錠劑	自處方集刪除藥物	可提供副廠藥	EFAVIRENZ-LAMIVUDINE- TENOFVIR DF 錠劑 600- 300-300MG	第五層級	05/01/2021
TRUVADA 錠劑 133- 200	自處方集刪除藥物	可提供副廠藥	EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE 錠劑 133-200	第五層級	05/01/2021
TRAVADA 錠劑 100- 150	自處方集刪除藥物	可提供副廠藥	EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE 錠劑 100-150	第五層級	05/01/2021
TURUVADA 錠劑 167-250	自處方集刪除藥物	可提供副廠藥	EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE 錠劑 167-250	第五層級	05/01/2021
TRUVADA 錠劑 200- 300MG	自處方集刪除藥物	可提供副廠藥	EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE 錠劑 200-300MG	第五層級	01/01/2021

受影響藥物名稱	變更描述	變更原因	替代藥物	替代藥物共付額*	生效日期
TYKERB 錠劑 250MG	自處方集刪除藥物	可提供副廠藥	LAPATINIB 錠劑 250MG	第五層級	05/01/2021

*替代藥物與受影響藥物屬於相同治療類別/等級或分攤費用等級的藥物。僅您的醫師才能判定此處所列之其中一種替代藥物個別的藥物治療性質是否適合您。請洽詢您的醫師，確認這是適合您的藥物。

承保由第一保健健保計劃公司 (Healthfirst Health Plan, Inc.) 提供。

福利、處方藥一覽表、藥房網絡與／或定額手續費／共同保險於 2021 年 1 月 1 日及該年度可能會更動。

第一保健遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。 **ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-305-0408 (TTY 1-888-542-3821). ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-305-0408 (TTY 1-888-867-4132).**