

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。

Name of Affected Drug	Description of Change	Reason for Change	Alternative Drug(s) *	Alternative Drug(s) Cost-Sharing Tier	Effective Date
CAZIANP PAK	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	VELIVET PAK	Tier 3	01/01/2023
DALIRESP TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	ROFLUMILAST TAB	Tier 3	05/01/2023
DIGOX TAB 0.125MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	DIGOXIN TAB 0.125MG	Tier 2	01/01/2023
DIGOX TAB 0.25MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	DIGOXIN TAB 0.25MG	Tier 2	01/01/2023
ESBRIET CAP 267MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	PIRFENIDONE CAP 267 MG	Tier 5	05/01/2023
GILENYA CAP 0.5MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	FINGOLIMOD CAP 0.5MG	Tier 5	05/01/2023
HETLIOZ CAP 20MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	TASIMELTEON CAP 20MG	Tier 5	05/01/2023
LARISSIA TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	AVIANE TAB	Tier 2	02/01/2023
PASER PACKETS 4GM	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	Consult Your Health Care Provider		03/01/2023

Name of Affected Drug	Description of Change	Reason for Change	Alternative Drug(s) *	Alternative Drug(s) Cost-Sharing Tier	Effective Date
PRENATAL VIT TAB LOW IRON	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	PRENATAL TAB 27-1MG	Tier 3	03/01/2023
ROSADAN CREAM 0.75%	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	METRONIDAZOLE CREAM 0.75%	Tier 4	03/01/2023

*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 2023 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).