

2025 年

處方藥指南

Humana 簡略處方列表

部分承保藥物清單或「藥物清單」

請閱讀以下內容：本文件包含關於本計劃所承保的部分藥物資訊。

Humana Community Select (HMO)
Humana Gold Plus Giveback (HMO)
Humana Gold Plus (HMO)
Humana Gold Plus (HMO-POS)

處方列表 25456

本簡略處方列表於 2024 年 9 月 27 日更新，並未完整列出我們的計劃所承保的藥物名單。如需完整的列表或有其他問題，請致電 1-800-457-4708 洽詢 Humana，或聽障使用者如有任何問題，請致電 711。4 月 1 日至 9 月 30 日每週五天、10 月 1 日至 3 月 31 日每週七天，上午 8 點至下午 8 點。自動電話系統服務時間為正常上班時間以外、週末及假日。此外，我們的網站全年無休，請造訪 [Humana.com](https://www.humana.com)。

內有說明如何取得所有承保藥物的相關資訊。

如需本文件相關之合約/PBP 編號的完整清單，請參閱本文件最後一頁。

Humana®

歡迎加入 Humana!

當本藥物清單 (處方列表) 提到「我們」、「我方」或「我們的」時,均指 Humana (惠安納)。而「計劃」或「我們的計劃」則是指 Humana。

本文件包含我們計劃的部分藥物清單 (處方列表),截至 2025 年 1 月 1 日為最新資訊。如需完整且更新的藥物清單 (處方列表),請聯絡我們。我們的聯絡資訊以及我們上次更新藥物清單 (處方列表) 的日期會顯示在封面和封底頁面上。

通常您必須使用網絡內藥房,才能使用處方藥福利。福利、處方列表、藥房網絡和/或共付額/共保額可能在每年 1 月 1 日變更,並在該年度當中不定時變動。

Humana 簡略處方列表是什麼?

在本文件中,我們所指「藥物清單」和處方列表為相同事物。處方列表是 Humana 諮詢醫療保健提供者團隊後選擇的承保藥物清單,代表其被視為優質治療方案必要的處方療法。只要是醫療上必要的藥物、向 Humana 網絡內藥房購買處方藥,且同時遵守計劃各項規定,那麼 Humana 通常會給付處方列表中所列的藥物費用。若需如何購買藥物的詳細資訊,請詳閱您的《承保證明》。

本文件為部分處方列表,亦即僅包含 Humana 承保的部分藥物。如需 Humana 承保的所有處方藥的完整列表,請造訪 [Humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist) 或致電我們。我們的聯絡資訊以及我們上次更新處方列表的日期會顯示在封面和封底頁面上。

處方列表會變更嗎?

藥物承保範圍變更大多數發生在 1 月 1 日,但我們也可能在年中新增或移除處方列表中的藥物、將藥物移至不同的分攤費用等級,或是新增新的限制。進行這些變更時,我們必須遵守 Medicare (聯邦醫療保險) 的規定。處方列表的更新會在每月發佈至我們的網站:

[Humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist)

今年可能影響您的變更: 下述情況中,年中承保變更會影響到您:

- **特定新版本的¹品牌藥物和原生物製品之立即替代。** 如果我們用一種特定新版本之藥物替代某藥物,我們可能會立即在我們的處方列表上將該藥物刪除,這種特定新版本之藥物將出現在相同或較低的分攤費用等級,並具有相同或較少的限制。當我們將新版本藥物新增至處方列表時,我們可能會決定在處方列表中保留品牌藥物或原生物製品,但會立即將其移至不同的分攤費用等級或新增新的限制。

我們只會在新增某品牌藥物的非品牌版本藥物,或新增處方列表上已有之某原生物製品的生物相似藥時,才會立即進行這些更改 (例如,新增可由無新處方的藥房所開立用於替代原生物製品的可互換生物相似藥)。

若我們變更時您正使用之品牌藥物或原生物製品,我們可能不會在作出立即變更前事先告訴您,但我們之後會提供您具體變更資訊。

如果我們做出這樣的變更,您或您的處方開立者可以要求我們例外通融,繼續為您承保受到變更之藥物。如需詳細資訊,請參閱下方標題為「我該如何申請 Humana 處方列表例外通融?」的章節。

您可能不熟悉其中一些類型的藥物。如需詳細資訊,請參閱以下標題為「什麼是原生物製品?它們與生物相似藥有何關聯?」的章節

- **藥物遭下架。**如果製造商或食品和藥物管理局 (FDA) 決定基於安全或有效性的原因將某種藥物下架，我們可能會立即從我們的處方列表中移除該藥物，並於稍後通知服用該藥物的會員。
- **其他變更。**我們可能會進行其他變更，而這些變更會影響目前服用藥物的會員。例如，當新增等效非品牌藥物時，我們可以從處方列表中移除品牌藥物，或者在新增生物相似藥時移除原生物製品。我們也可能對品牌藥物或原生物製品增加新的限制，或將其移至不同的分攤費用等級，或兩者併行。我們可能會根據新的臨床準則進行變更。如果我們從處方列表中移除藥物，或對藥物新增事先授權、數量限制和/或階段療法限制，或將藥物移至更高的分攤費用等級，我們必須在變更生效的至少 30 天前通知受影響會員。或者，當會員要求補藥時，他們可能會收到 30 天的藥物供應量，以及變更通知。

我們會通知受以下處方列表變更影響的會員：

- 藥物從處方列表移除。
- 對藥物新增事先授權、數量限制或階段療法限制，或限制變得更嚴格。
- 將藥物移至更高的分攤費用等級。

如果我們做出這些其他變更，您或您的處方開立者可以要求我們為您例外通融，繼續為您承保您一直使用的藥物。我們向您提供的通知亦將包含例外通融申請方式資訊。您也可以在下方的標題為「我該如何申請 Humana 處方列表例外通融？」的章節中找到相關資訊。

如果您目前正在服用藥物，將不會對您造成影響的變更。一般而言，如果您正在服用 2025 年處方列表上的藥物，且該藥物於年初有承保的話，除非如上述情況所述，否則我們將不會在 2025 承保給付年度內中斷或減少該藥物的給付。這表示這些藥物在承保給付年度剩餘時間內將仍可用相同分攤費用獲得，且不會對服用這些藥物的會員新增限制。針對不會對您造成影響的變更，您今年將不會收到直接通知。然而在明年的 1 月 1 日，此類變更即會對您造成影響，請務必檢視新福利年度的處方列表，以瞭解任何藥物變更。

隨附處方列表截至 2025 年 1 月 1 日為最新資訊。如需 Humana 承保藥物的最新資訊，請聯絡我們。我們的聯絡資訊顯示於封面頁和封底頁。

如果您因為藥物清單變更而受到影響，該怎麼辦？

我們會在變更生效的至少 30 天前用郵件通知您，或是我們會提供受影響藥物的 30 天補藥量並通知變更。

我如何使用處方列表？

在處方列表中有兩種方式可以找到您的藥物：

按病症

處方列表始於第 11 頁。此處方列表中的藥物會根據治療時所用的醫療狀況類型來分類。例如，治療心臟疾病的藥物會列在「心血管藥物」類別下。如果您知道您的藥物會用在什麼樣的病症，請在第 11 頁開始的清單中尋找類別名稱。然後在該類別名稱下尋找您的藥物。處方列表也會列出每種藥物的等級和用藥管理規定（請參閱第 6 頁，瞭解更多有關用藥管理規定的資訊）。

按字母順序排列

如果您不確定該查找哪個類別，您應該在第 30 頁開始的索引中尋找您的藥物。索引按字母順序列出本文件的所有藥物。品牌藥物和非品牌藥物都列在該索引中。請查看索引並找出您的藥物。在您的藥物旁邊，您會看到頁碼，您可以在該頁找到承保範圍資訊。翻到索引中所列示的頁面，並在清單的第一欄找到藥物名稱。

處方藥會分入五個等級之一。

Humana 同時承保品牌藥物和非品牌藥物。非品牌藥物是指經 FDA 核准與品牌藥物有相同活性成分的藥物。一般而言，非品牌藥物的費用低於品牌藥物。

- **第 1 級 – 首選非品牌：**本計劃中分攤費用最低的非品牌藥物或品牌藥物
- **第 2 級 – 非品牌：**本計劃所提供費用高於第 1 級首選非品牌藥物的非品牌或品牌藥物
- **第 3 級 – 首選品牌：**本計劃所提供費用低於第 4 級非首選藥物的非品牌或品牌藥物
- **第 4 級 – 非首選藥物：**本計劃提供費用高於第 3 級首選品牌藥物的非品牌或品牌藥物
- **第 5 級 – 特殊等級：**某些注射劑和其他昂貴藥物

什麼是非品牌藥物？

Humana 同時承保品牌藥物和非品牌藥物。非品牌藥物是指經 FDA 核准與品牌藥物有相同活性成分的藥物。非品牌藥物的功效通常與品牌藥物相同，但費用較低。許多品牌藥物都有非品牌藥物替代品。根據州法律，非品牌藥物通常可於藥房以不使用新處方的方式代替品牌藥物。

什麼是原生物製品？其與生物相似藥有何關聯？

在處方列表中，當我們提到藥物時，這可能是指藥物或生物製品。生物製品是比典型藥物更複雜的藥物。由於生物製品比典型藥物更複雜，因此它們沒有非品牌形式，而是具有稱為生物相似藥的替代品。生物相似藥的功效通常與原生物製品相同，但費用可能較低。部分原生物製品有替代的生物相似藥。有些生物相似藥是可互換的生物相似藥，根據州法律，其可於藥房以不使用新處方的方式代替原生物製品，就像用非品牌藥物替代品牌藥物。

- 關於藥物種類的討論，若您有 Medicare 優勢計劃，請參閱《承保證明》第 5 章第 3.1 節「『藥物清單』告訴您哪些 D 部分藥物可獲得承保」。如果您有處方藥計劃 (PDP)，請參閱《承保證明》第 3 章第 3.1 節「『藥物清單』告訴您哪些 D 部分藥物可獲得承保」。您可以在《承保證明》的頂部找到計劃類型。

我需要為承保藥物支付多少錢？

Humana 為您的承保藥物給付部分費用，而您也需要支付一部分費用。

您所支付的金額取決於以下因素：

- 您的藥物等級
- 您是否到網絡內藥房購買處方藥
- 您目前的藥物付款階段 - 請閱讀您的《承保證明》(EOC)，以取得更多資訊

如果您符合藥物費用的額外幫助資格，您的費用可能會與上述不同。請參閱您的《承保證明》(EOC) 或致電客戶服務，以瞭解您的費用為何。

我的承保是否有任何限制？

某些承保的藥物可能在承保範圍方面有額外的要求或限制。這些要求和限制可能包括：

- **事先授權 (PA):** Humana 會要求您獲得特定藥物的事先授權。這表示您需要先得到 Humana 核准才能領取處方藥。若您未取得核准，Humana 可不承保該藥物。
- **數量限制 (QL):** 對特定藥物，Humana 設有藥物承保數量限制。例如，Humana 可能會限制您能獲得的補藥量，或是限制您每次可以購買的處方藥量。例如，針對特定藥物，如果正常情況下一天使用一顆為安全用量，則我們可能限制您的處方藥承保一天最多一顆。某些藥物不分等級皆限為 30 天供應量。
- **階梯療法 (ST):** 在某些情況下，Humana 會要求您先試用某種藥物治療您的病症，然後我們才會承保治療該病症的另一種藥物。例如，如果藥物 A 和藥物 B 都可治療您的病症，除非您先試用藥物 A，否則 Humana 不會承保藥物 B。如果藥物 A 對您無效，Humana 將會承保藥物 B。
- **B 部分相較於 D 部分 (BvsD):** 視具體情況而定，有些藥物可能在 Medicare B 部分或 D 部分的承保範圍內。您可能需要向 Humana 提交資訊，說明使用及您取得和服用藥物的地點，以便 Humana 做出決定。

對於需要事先授權或階梯療法的藥物，或超出數量限制的藥物，您的醫療保健服務提供者可以將您病症及藥物需求的相關資訊傳真給 Humana，號碼是 **1-877-486-2621**。週一至週五上午 8 時至下午 8 時 (東部時間) 都有代表為您服務。

您可以查看第 11 頁開始的處方列表，瞭解您的藥物是否有任何額外的要求或限制。

您也可以造訪 [Humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist)，進一步瞭解適用於特定承保藥物的限制。我們已於線上刊登說明我們的事先授權和階梯療法限制之文件。您也可以要求我們寄送一份副本給您。我們的聯絡資訊以及我們上次更新處方列表的日期會顯示在封面和封底頁面上。

您可以要求 Humana 例外通融這些限制條件、限制或其他可能治療您的健康病症的類似藥物。請參閱第 7 頁的「**我該如何申請 Humana 處方列表例外通融?**」一節，以獲知如何申請例外通融的資訊。

如果我的藥物不在處方列表中，該怎麼辦？

如果您的藥物並未包含在本處方列表 (承保藥物清單) 中，您應先聯絡 Humana 客戶服務部，詢問您的藥物是否在承保範圍內。本文件僅包含部分承保藥物清單，因此 Humana 可能會承保您的藥物。如需更多資訊，請與我們聯絡。我們的聯絡資訊以及我們上次更新處方列表的日期會顯示在封面和封底頁面上。

如果您發現 Humana 不承保您的藥物，您有兩個選擇：

- 您可以向客戶服務部索取 Humana 所承保之類似藥物的清單。當您收到清單時，將此清單拿給您的醫師，並請醫師開立 Humana 所承保之類似藥物。
- 您可以要求 Humana 做出例外通融並承保您的藥物。請參閱下方資訊，以瞭解如何申請例外通融。

什麼是複方藥？

複方藥用途是提供藥物治療，該藥物治療無法在市面上取得，不同於 FDA 核准之有相同劑量、配方和/或成分組合的成品，而是由藥劑師透過組合或混合成分製造而成，目的是在創造符合個別患者需求的個別化處方藥物。雖然有些複方藥可能符合 D 部分資格，但大多數複方藥並非您計劃的處方列表藥物 (未承保)。為了讓您的複方藥獲得承保，您可能需要向我們要求並取得核准的承保決定。

我該如何申請 Humana 處方列表例外通融？

您可以要求 Humana 就承保規則做出例外通融。您可以要求我們做出幾種類型的例外通融。

- **處方列表例外通融：**即使藥物不在我們的處方列表上，您仍可要求我們承保。若經核准，此藥物將以預先決定的分攤費用等級承保，您不得要求我們以更低的分攤費用等級提供此藥物。
- **使用限制例外通融：**您可以要求我們放棄承保限制，包括事先授權、階梯療法或藥物數量限制。例如，對於特定藥物，Humana Group Medicare 計劃限制我們將承保的藥物數量。如果您的藥物有數量限制，您可以要求我們豁免限制，並承保更多數量。
- **等級例外通融：**您可以要求我們以較低的分攤費用等級來承保處方列表藥物，除非該藥物為特殊等級。一經核准，即會降低您必須為藥物支付的金額。

一般而言，只有在計劃處方列表所包含的替代藥物、較低分攤費用藥物或適用限制，對您並無相同效果和/或可能對您造成不良效果的情況下，Humana 才會核准您的例外通融申請。

您或您的處方開立者應該聯絡並要求我們就處方列表、等級或使用限制例外通融做出初始承保給付決定。

當您要求例外通融時，應提交一份您的醫療保健服務提供者開立的聲明，以支持您的要求。這稱為支持聲明。

通常，我們必須在收到您處方開立者的支持聲明後，於 72 小時內做出我們的決定。如果您認為且我們同意等待決定長達 72 小時可能嚴重危及您的健康，您可以提出加速 (快速) 決定要求。如果我們同意，如果您的處方開立者要求快速決定，我們必須在收到您處方開立者的支持聲明後 24 小時內做出決定。

如果我的藥物不在處方列表上或有限制條件，該怎麼辦？

您身為我們計劃的新會員或續保會員，可能正在服用不在我們處方列表中的藥物。或者，您可能正在服用列於我們處方列表上的藥物，但其具有承保範圍限制，例如事先授權。您應該和您的處方開立者討論要求承保決定，以表示您符合標準可獲得核准、換到我們承保的替代藥物，或要求處方列表例外通融，以便我們承保您使用的藥物。當您和您的醫生決定適合您的治療方案時，在您加入本計劃的前 90 天內，我們可能會在某些情況下承保您的藥物。

對於不在我們處方列表上或有承保範圍限制之您的各種藥物，我們將承保 30 天的臨時供應。如果您處方規定的用藥天數較少，我們會允許您補藥，保證最高提供 30 天的藥物供應量。如果承保給付未獲得核准，在您獲得首次 30 天供應量後，即使您成為計劃會員的時間少於 90 天，我們也將不會支付這些藥物的費用。

如果您是長期照護設施的住客，而您需要的 D 部分藥物不在我們的處方列表上，或您獲取藥物的能力受到限制，但您已過了加入本計劃的首 90 天，我們會承保該藥物 31 天的緊急供應量，除非您有開立天數較少的處方。(在此情況下，我們將允許在處方列表例外通融期間多次續藥，總共最多可提供 31 天的供應量)。在計劃年度中，您的治療環境 (您獲得和接受藥物的地點) 可能會改變。這些變更包括：

- 從醫院或專業護理設施出院轉回家中的會員
- 從家中轉至醫院或專業護理設施的會員
- 從一間專業護理設施轉至另一間專業護理設施而使用其他藥房的會員
- 已結束在專業護理設施的 Medicare A 部分住院 (費用包括所有藥房支出)，如今需要使用 D 部分計劃福利的會員
- 放棄安寧療護狀態，恢復標準的 Medicare A 和 B 部分承保的會員
- 從慢性精神病院出院且藥物治療方案高度個人化的會員

針對這些治療環境變更，當您在藥房購買處方藥時，Humana 將為 D 部分承保藥物承保最多 31 天暫時供應量。如果您的治療環境在同一個月裡多次發生改變，您可能需要申請例外通融或事先授權，才能獲准繼續獲得藥物承保。如果藥物治療方案使您的病情達到穩定，且改變治療方案將造成風險，Humana 會依個案逐一審查繼續此類療法的要求。

過渡延期

如果您的例外通融申請或上訴未在您最初的過渡期結束前處理，Humana 將視個案情況考慮延長過渡期。如果您的過渡期經延長，我們將繼續為您提供必要的藥物。

過渡政策公佈在 Humana 的 Medicare 網站 **Humana.com** 上，與處方藥指南在同一個區域。

CenterWell Pharmacy™

您可以在任何網絡內藥房購買藥物。也可以選擇使用 CenterWell Pharmacy - Humana 的郵購藥房。CenterWell Pharmacy 是許多 Humana MAPD 和處方藥計劃 (PDP) 的首選分攤費用郵購藥房。您可以讓您的維持藥物、特殊藥物或用品郵寄到您最方便的地方。您應該會在 CenterWell Pharmacy 收到您的處方和所有必要資訊後的 7 - 10 天內收到郵寄的新處方。補藥應會在 5 - 7 天內送達。若要開始使用或瞭解更多資訊，請造訪 **CenterWellPharmacy.com**。您也可以致電 CenterWell Pharmacy **1-844-222-2151 (聽障專線: 711)**，服務時間為週一至週五，上午 8 時至晚上 11 時 (東部時間)，以及週六上午 8 時至下午 6 時 30 分 (東部時間)。

我們的網絡內也有其他藥房可供選擇。

更多資訊

如需關於您的 Humana 處方藥承保範圍的更多詳細資訊，請檢視您的《承保證明》及其他計劃資料。

如果您對 Humana 計劃有任何疑問，請與我們聯絡。我們的聯絡資訊以及我們上次更新處方列表的日期會顯示在封面和封底頁面上。

若有關於 Medicare 處方藥承保的一般問題，請致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 聯絡 Medicare。該專線每週七天，每天 24 小時提供服務。**聽障專線**使用者請致電 **1-877-486-2048**。您也可以造訪 **www.medicare.gov**。

Humana 處方列表

下一頁開始的簡略處方列表提供某些 Humana 承保藥物的承保給付資訊。如果清單中找不到您的藥物，請翻至第 30 頁開始的索引。

請記住：這只是 Humana 承保藥物的部分清單。如果您的處方藥並未列於此部分處方列表，請與我們聯絡。我們的聯絡資訊以及我們上次更新處方列表的日期會顯示在封面和封底頁面上。

您的計劃額外承保了一些藥物。這些藥物通常不在 Medicare D 部分的承保範圍內，且不適用 Medicare 上訴程序。第 29 頁另外列出這些藥物。

如何閱讀您的處方列表

圖表的第一欄按字母順序列出病症類別。藥物名稱會依字母順序列示在每個類別中。品牌藥物以大寫字母表示，非品牌藥物則以斜體小寫字母表示。在藥物名稱或用藥管理欄位旁，您可能會看到指標，告訴您該藥物的額外承保資訊。您可能會看到下列指標：

DL - 配藥限制；不分等級，藥物可能限於 30 天供應量。

MO - 通常可透過郵購購買的藥物。請聯絡您的郵購藥房，以確認有提供您的藥物。

LA - 有限存取；醫療計劃已授權特定藥房分配此藥物，因為此藥物需要額外的處置、醫生的配合或患者教育。請撥打 ID 卡背面的號碼，以取得其他資訊。

AV - 免疫接種諮詢委員會 (ACIP) 承保的 D 部分疫苗；ACIP 建議成人使用的 D 部分疫苗可能為免費提供；可能存在其他限制。如需更多資訊，請參閱您的《承保證明》。

CI - 承保的胰島素產品；您計劃承保的 D 部分胰島素產品。如需有關所承保胰島素產品的分攤費用詳細資訊，請參閱您的《承保證明》。

PDS - 首選糖尿病用品供應；BD 和 HTL-Droplet 為本計劃首選糖尿病注射器和筆型注射針品牌。

第二欄列出藥物的等級。請參閱第 5 頁，瞭解計劃藥物等級的詳細資訊。

第三欄顯示藥物的用藥管理規定。Humana 可能對該藥物的給付有特殊規定。如果該欄空白，則該藥物沒有用藥規定。每種藥物的供應量是根據福利和您的醫療保健服務提供者的處方為 30、60 或 90 天供應量而定。任何數量限制的數量也會顯示在此欄中 (例如：「QL-每 30 天 30 劑量」表示您每 30 天只能獲得 30 劑量)。請參閱第 6 頁，瞭解這些規定的詳細資訊。

藥物名稱	等級	用藥管理規定
止痛劑		
celecoxib 100 mg, 200 mg CAPSULE ^{MO}	2	QL (每 30 天 60 劑量)
diclofenac sodium 1 % GEL ^{MO}	3	QL (每 30 天 1000 劑量)
diclofenac sodium 75 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	2	
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET ^{DL}	3	QL (每 30 天 360 劑量)
ibuprofen 600 mg, 800 mg TABLET ^{MO}	1	
meloxicam 15 mg TABLET ^{MO}	1	QL (每 30 天 30 劑量)
meloxicam 7.5 mg TABLET ^{MO}	1	QL (每 30 天 60 劑量)
naproxen 500 mg TABLET ^{MO}	1	
oxycodone 10 mg, 15 mg, 5 mg TABLET ^{DL}	3	QL (每 30 天 360 劑量)
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET ^{DL}	3	QL (每 30 天 360 劑量)
tramadol 50 mg TABLET ^{DL}	2	QL (每 30 天 240 劑量)
麻醉劑		
lidocaine 5 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED ^{MO}	4	PA、QL (每 30 天 90 劑量)
抗菌劑		
amoxicillin 500 mg CAPSULE ^{MO}	1	
amoxicillin 500 mg TABLET ^{MO}	1	
amoxicillin-pot clavulanate 875-125 mg TABLET ^{MO}	2	
azithromycin 250 mg TABLET ^{MO}	2	
cefdinir 300 mg CAPSULE ^{MO}	2	
cephalexin 500 mg CAPSULE ^{MO}	2	
ciprofloxacin hcl 500 mg TABLET ^{MO}	1	
DIFICID 200 MG TABLET ^{DL}	5	
doxycycline hyclate 100 mg CAPSULE ^{MO}	3	
doxycycline hyclate 100 mg TABLET ^{MO}	3	
levofloxacin 500 mg TABLET ^{MO}	2	
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 100 mg CAPSULE ^{MO}	3	
sulfamethoxazole-trimethoprim 800-160 mg TABLET ^{MO}	1	
抗癲癇藥物		
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
gabapentin 100 mg, 300 mg, 400 mg CAPSULE ^{MO}	2	QL (每 30 天 270 劑量)
gabapentin 600 mg, 800 mg TABLET ^{MO}	2	QL (每 30 天 180 劑量)

需要關於藥名旁顯示的各項指標的詳細資訊嗎？請翻至第 10 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

AV - ACIP 承保的 D 部分疫苗 • BvsD - B 部分相較於 D 部分 • CI - 承保的胰島素產品 • DL-配藥限制
 • LA-有限存取 • MO-郵購 • PA - 事先授權 • PDS - BD/HTL-Droplet 為首選糖尿病用品供應 • QL-數量限制 • ST - 階梯療法

藥物名稱	等級	用藥管理規定
levetiracetam 500 mg TABLET ^{MO}	2	
NAYZILAM 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL ^{DL}	4	QL (每 30 天 10 劑量)
抗失智劑		
donepezil 10 mg TABLET ^{MO}	1	QL (每 30 天 60 劑量)
donepezil 5 mg TABLET ^{MO}	1	QL (每 30 天 30 劑量)
memantine 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	2	PA、QL (每 30 天 60 劑量)
NAMZARIC 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. ^{MO}	3	QL (每 30 天 30 劑量)
NAMZARIC 7/14/21/28 MG-10 MG CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. ^{MO}	3	QL (每 28 天 28 劑量)
抗憂鬱劑		
amitriptyline 25 mg TABLET ^{MO}	2	
bupropion hcl 150 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL (每 30 天 90 劑量)
bupropion hcl 150 mg TABLET, SR 12 HR. ^{MO}	3	QL (每 30 天 90 劑量)
bupropion hcl 300 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL (每 30 天 60 劑量)
citalopram 10 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	1	QL (每 30 天 30 劑量)
citalopram 20 mg TABLET ^{MO}	1	QL (每 30 天 60 劑量)
escitalopram oxalate 10 mg TABLET ^{MO}	1	QL (每 30 天 45 劑量)
escitalopram oxalate 20 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	QL (每 30 天 30 劑量)
fluoxetine 20 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL (每 30 天 120 劑量)
fluoxetine 40 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL (每 30 天 60 劑量)
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	2	
sertraline 100 mg TABLET ^{MO}	1	QL (每 30 天 60 劑量)
sertraline 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	QL (每 30 天 90 劑量)
trazodone 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
TRINTELLIX 10 MG, 20 MG, 5 MG TABLET ^{MO}	4	ST、QL (每 30 天 30 劑量)
venlafaxine 150 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	2	QL (每 30 天 60 劑量)
venlafaxine 75 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	2	QL (每 30 天 90 劑量)
止吐劑		
meclizine 25 mg TABLET ^{MO}	2	
ondansetron 4 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	2	BvsD
ondansetron hcl 4 mg TABLET ^{MO}	2	BvsD
promethazine 25 mg TABLET ^{MO}	4	

需要關於藥名旁顯示的各項指標的詳細資訊嗎？請翻至第 10 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

AV - ACIP 承保的 D 部分疫苗 • BvsD - B 部分相較於 D 部分 • CI - 承保的胰島素產品 • DL-配藥限制
• LA-有限存取 • MO-郵購 • PA - 事先授權 • PDS - BD/HTL-Droplet 為首選糖尿病用品供應 • QL-數量限制 • ST - 階梯療法

藥物名稱	等級	用藥管理規定
抗真菌劑		
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % CREAM ^{MO}	3	QL (每 30 天 180 劑量)
fluconazole 150 mg TABLET ^{MO}	2	
ketoconazole 2 % CREAM ^{MO}	3	QL (每 30 天 60 劑量)
ketoconazole 2 % SHAMPOO ^{MO}	2	QL (每 30 天 120 劑量)
抗痛風藥物		
allopurinol 100 mg, 300 mg TABLET ^{MO}	1	
抗偏頭痛藥物		
EMGALITY PEN 120 MG/ML PEN INJECTOR ^{MO}	4	PA、QL (每 30 天 2 劑量)
EMGALITY SYRINGE 120 MG/ML SYRINGE ^{MO}	4	PA、QL (每 30 天 2 劑量)
EMGALITY SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3) SYRINGE ^{MO}	4	PA、QL (每 30 天 3 劑量)
QULIPTA 10 MG, 30 MG, 60 MG TABLET ^{MO}	4	PA、QL (每 30 天 30 劑量)
UBRELVY 100 MG, 50 MG TABLET ^{MO}	3	PA、QL (每 30 天 16 劑量)
抗重症肌無力藥物		
VYVGART 20 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
VYVGART HYTRULO 1,008 MG-11,200 UNIT/5.6 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 22.4 劑量)
抗癌瘤藥物		
ALECENSA 150 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 240 劑量)
ALUNBRIG 180 MG, 90 MG TABLET ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 30 劑量)
ALUNBRIG 30 MG TABLET ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 180 劑量)
ALUNBRIG 90 MG (7)- 180 MG (23) TABLET, DOSE PACK ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 30 劑量)
anastrozole 1 mg TABLET ^{MO}	1	QL (每 30 天 30 劑量)
BRUKINSA 80 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 120 劑量)
CABOMETYX 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 30 劑量)
CALQUENCE 100 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 60 劑量)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 100 MG TABLET ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 60 劑量)
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 28 劑量)
ERLEADA 240 MG TABLET ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 30 劑量)
ERLEADA 60 MG TABLET ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 120 劑量)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 120 劑量)
IMBRUVICA 420 MG TABLET ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 28 劑量)
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 28 劑量)

需要關於藥名旁顯示的各項指標的詳細資訊嗎？請翻至第 10 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

AV - ACIP 承保的 D 部分疫苗 • BvsD - B 部分相較於 D 部分 • CI - 承保的胰島素產品 • DL-配藥限制
 • LA-有限存取 • MO-郵購 • PA - 事先授權 • PDS - BD/HTL-Droplet 為首選糖尿病用品供應 • QL-數量限制 • ST - 階梯療法

藥物名稱	等級	用藥管理規定
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION ^{DL}	5	PA
KISQALI 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 21 劑量)
KISQALI 400 MG/DAY (200 MG X 2) TABLET ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 42 劑量)
KISQALI 600 MG/DAY (200 MG X 3) TABLET ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 63 劑量)
KISQALI FEMARA CO-PACK 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG TABLET ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 49 劑量)
KISQALI FEMARA CO-PACK 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG TABLET ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 70 劑量)
KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG TABLET ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 91 劑量)
LYNPARZA 100 MG, 150 MG TABLET ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 120 劑量)
NUBEQA 300 MG TABLET ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 120 劑量)
ORGOVYX 120 MG TABLET ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 32 劑量)
RUXIENCE 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
TRAZIMERA 420 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
VERZENIO 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG TABLET ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 60 劑量)
XTANDI 40 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 120 劑量)
XTANDI 40 MG TABLET ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 120 劑量)
XTANDI 80 MG TABLET ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 60 劑量)
ZEJULA 100 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 90 劑量)
ZEJULA 100 MG, 200 MG, 300 MG TABLET ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 30 劑量)
ZIRABEV 25 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
抗寄生蟲藥		
hydroxychloroquine 200 mg TABLET ^{MO}	2	
抗帕金森氏症藥物		
carbidopa-levodopa 25-100 mg TABLET ^{MO}	2	
INBRIJA 42 MG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 300 劑量)
RYTARY 23.75-95 MG, 48.75-195 MG CAPSULE, ER ^{MO}	4	ST、QL (每 30 天 360 劑量)
RYTARY 36.25-145 MG CAPSULE, ER ^{MO}	4	ST、QL (每 30 天 270 劑量)
RYTARY 61.25-245 MG CAPSULE, ER ^{MO}	4	ST、QL (每 30 天 300 劑量)
抗精神病藥		
ABILIFY ASIMTUFI 720 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	5	QL (每 56 天 2.4 劑量)
ABILIFY ASIMTUFI 960 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	5	QL (每 56 天 3.2 劑量)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, RECON ^{DL}	5	QL (每 28 天 1 劑量)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{DL}	5	QL (每 28 天 1 劑量)

需要關於藥名旁顯示的各項指標的詳細資訊嗎？請翻至第 10 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

AV - ACIP 承保的 D 部分疫苗 • BvsD - B 部分相較於 D 部分 • CI - 承保的胰島素產品 • DL-配藥限制
• LA-有限存取 • MO-郵購 • PA - 事先授權 • PDS - BD/HTL-Droplet 為首選糖尿病用品供應 • QL-數量限制 • ST - 階梯療法

藥物名稱	等級	用藥管理規定
ARISTADA 1,064 MG/3.9 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	5	QL (每 56 天 3.9 劑量)
ARISTADA 441 MG/1.6 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{DL}	5	QL (每 28 天 1.6 劑量)
ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{DL}	5	QL (每 28 天 2.4 劑量)
ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{DL}	5	QL (每 28 天 3.2 劑量)
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{DL}	5	QL (每 42 天 2.4 劑量)
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML SYRINGE	5	QL (每 180 天 3.5 劑量)
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML SYRINGE	5	QL (每 180 天 5 劑量)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML, 234 MG/1.5 ML, 78 MG/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	5	QL (每 28 天 1.5 劑量)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRINGE ^{DL}	5	QL (每 28 天 1 劑量)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML SYRINGE ^{MO}	4	QL (每 28 天 1.5 劑量)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML SYRINGE	5	QL (每 90 天 0.88 劑量)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML SYRINGE	5	QL (每 90 天 1.32 劑量)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML SYRINGE	5	QL (每 90 天 1.75 劑量)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML SYRINGE	5	QL (每 90 天 2.63 劑量)
LYBALVI 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG TABLET ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 30 劑量)
quetiapine 100 mg TABLET ^{MO}	2	QL (每 30 天 90 劑量)
quetiapine 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	2	QL (每 30 天 120 劑量)
REXULTI 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG TABLET ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 30 劑量)
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON ^{MO}	4	QL (每 28 天 2 劑量)
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON ^{DL}	5	QL (每 28 天 2 劑量)
抗痙攣藥物		
baclofen 10 mg TABLET ^{MO}	2	
tizanidine 2 mg, 4 mg TABLET ^{MO}	1	
抗病毒藥		
BIKTARVY 30-120-15 MG, 50-200-25 MG TABLET ^{DL}	5	QL (每 30 天 30 劑量)
DESCOVY 120-15 MG, 200-25 MG TABLET ^{DL}	5	QL (每 30 天 30 劑量)
EPCLUSA 150-37.5 MG PELLETS IN PACKET ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 28 劑量)
EPCLUSA 200-50 MG PELLETS IN PACKET ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 56 劑量)
EPCLUSA 200-50 MG, 400-100 MG TABLET ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 28 劑量)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TABLET ^{DL}	5	QL (每 30 天 30 劑量)
LAGEVRIO (EUA) 200 MG CAPSULE ^{MO}	3	QL (每 5 天 40 劑量)

需要關於藥名旁顯示的各項指標的詳細資訊嗎？請翻至第 10 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

AV - ACIP 承保的 D 部分疫苗 • BvsD - B 部分相較於 D 部分 • CI - 承保的胰島素產品 • DL-配藥限制
• LA-有限存取 • MO-郵購 • PA - 事先授權 • PDS - BD/HTL-Droplet 為首選糖尿病用品供應 • QL-數量限制 • ST - 階梯療法

藥物名稱	等級	用藥管理規定
ODEFSEY 200-25-25 MG TABLET ^{DL}	5	QL (每 30 天 30 劑量)
PAXLOVID 150-100 MG TABLET, DOSE PACK ^{MO}	3	QL (每 10 天 40 劑量)
PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLET, DOSE PACK ^{MO}	3	QL (每 10 天 60 劑量)
valacyclovir 1 gram, 500 mg TABLET ^{MO}	3	
VEMLIDY 25 MG TABLET ^{DL}	5	QL (每 30 天 30 劑量)
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 28 劑量)
抗焦慮劑		
alprazolam 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{DL}	2	QL (每 30 天 120 劑量)
bupirone 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
clonazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{DL}	3	
diazepam 5 mg TABLET ^{DL}	3	QL (每 30 天 90 劑量)
hydroxyzine hcl 25 mg TABLET ^{MO}	3	
lorazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{DL}	2	QL (每 30 天 90 劑量)
血糖調節藥物		
FARXIGA 10 MG, 5 MG TABLET ^{MO}	4	QL (每 30 天 30 劑量)
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) CARTRIDGE ^{CI,MO}	3	
FIASP U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION ^{CI,MO}	3	
glimepiride 2 mg, 4 mg TABLET ^{MO}	1	
glipizide 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
GLYXAMBI 10-5 MG, 25-5 MG TABLET ^{MO}	3	QL (每 30 天 30 劑量)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100 100 UNIT/ML INSULIN PEN, HALF-UNIT ^{CI,MO}	3	
HUMALOG KWIKPEN INSULIN 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN 100 UNIT/ML (50-50) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN 100 UNIT/ML (75-25) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN 100 UNIT/ML (75-25) SUSPENSION ^{CI,MO}	3	
HUMALOG U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE ^{CI,MO}	3	
HUMALOG U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION ^{CI,MO}	3	
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION ^{CI,MO}	3	
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	

需要關於藥名旁顯示的各項指標的詳細資訊嗎？請翻至第 10 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

AV - ACIP 承保的 D 部分疫苗 • BvsD - B 部分相較於 D 部分 • CI - 承保的胰島素產品 • DL-配藥限制
• LA-有限存取 • MO-郵購 • PA - 事先授權 • PDS - BD/HTL-Droplet 為首選糖尿病用品供應 • QL-數量限制 • ST - 階梯療法

藥物名稱	等級	用藥管理規定
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION CI,MO	3	
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION CI,MO	3	
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN 500 UNIT/ML SOLUTION CI,DL	5	
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 500 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,DL	5	
INVOKAMET 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET MO	3	QL (每 30 天 60 劑量)
INVOKAMET XR 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL (每 30 天 60 劑量)
INVOKANA 100 MG, 300 MG TABLET MO	3	QL (每 30 天 30 劑量)
JANUMET 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET MO	3	QL (每 30 天 60 劑量)
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	3	QL (每 30 天 30 劑量)
JANUMET XR 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	3	QL (每 30 天 60 劑量)
JANUVIA 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET MO	3	QL (每 30 天 30 劑量)
JARDIANCE 10 MG, 25 MG TABLET MO	3	QL (每 30 天 30 劑量)
JENTADUETO 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG TABLET MO	3	QL (每 30 天 60 劑量)
JENTADUETO XR 2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL (每 30 天 60 劑量)
JENTADUETO XR 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL (每 30 天 30 劑量)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION CI,MO	3	
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML INSULIN PEN CI,MO	3	
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
LYUMJEV U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION CI,MO	3	
metformin 1,000 mg, 500 mg TABLET MO	1	
metformin 500 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	QL (每 30 天 120 劑量)
MOUNJARO 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML PEN INJECTOR MO	3	PA\QL (每 28 天 2 劑量)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN CI,MO	3	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION CI,MO	3	
NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION CI,MO	3	
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION CI,MO	3	

需要關於藥名旁顯示的各項指標的詳細資訊嗎？請翻至第 10 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

AV - ACIP 承保的 D 部分疫苗 • BvsD - B 部分相較於 D 部分 • CI - 承保的胰島素產品 • DL-配藥限制
• LA-有限存取 • MO-郵購 • PA - 事先授權 • PDS - BD/HTL-Droplet 為首選糖尿病用品供應 • QL-數量限制 • ST - 階梯療法

藥物名稱	等級	用藥管理規定
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SOLUTION CI,MO	3	
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN CI,MO	3	
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE CI,MO	3	
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION CI,MO	3	
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) PEN INJECTOR MO	3	PA\QL (每 28 天 3 劑量)
pioglitazone 30 mg TABLET MO	1	QL (每 30 天 30 劑量)
RYBELSUS 14 MG, 3 MG, 7 MG TABLET MO	3	PA\QL (每 30 天 30 劑量)
SOLIQUA 100/33 100 UNIT-33 MCG/ML INSULIN PEN CI,MO	3	QL (每 24 天 15 劑量)
SYNJARDY 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG TABLET MO	3	QL (每 30 天 60 劑量)
SYNJARDY XR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL (每 30 天 30 劑量)
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL (每 30 天 60 劑量)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 300 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
TRADJENTA 5 MG TABLET MO	3	QL (每 30 天 30 劑量)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
TRESIBA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION CI,MO	3	
TRIJARDY XR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL (每 30 天 30 劑量)
TRIJARDY XR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL (每 30 天 60 劑量)
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML PEN INJECTOR MO	3	PA\QL (每 28 天 2 劑量)
XIGDUO XR 10-1,000 MG, 10-500 MG, 5-500 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	4	QL (每 30 天 30 劑量)
XIGDUO XR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	4	QL (每 30 天 60 劑量)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR 0.6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR MO	3	
ZEGALOGUE SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML SYRINGE MO	3	

需要關於藥名旁顯示的各項指標的詳細資訊嗎？請翻至第 10 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

AV - ACIP 承保的 D 部分疫苗 • BvsD - B 部分相較於 D 部分 • CI - 承保的胰島素產品 • DL-配藥限制
• LA-有限存取 • MO-郵購 • PA - 事先授權 • PDS - BD/HTL-Droplet 為首選糖尿病用品供應 • QL-數量限制 • ST - 階梯療法

藥物名稱	等級	用藥管理規定
血品與調節劑		
BRILINTA 60 MG, 90 MG TABLET ^{MO}	3	QL (每 30 天 60 劑量)
clopidogrel 75 mg TABLET ^{MO}	1	QL (每 30 天 30 劑量)
ELIQUIS 2.5 MG TABLET ^{MO}	3	QL (每 30 天 60 劑量)
ELIQUIS 5 MG TABLET ^{MO}	3	QL (每 30 天 74 劑量)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 5 MG (74 TABS) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	3	QL (每 30 天 74 劑量)
NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 7 劑量)
NIVESTYM 300 MCG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 14 劑量)
NIVESTYM 480 MCG/0.8 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 11.2 劑量)
NIVESTYM 480 MCG/1.6 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 22.4 劑量)
PROMACTA 12.5 MG POWDER IN PACKET ^{DL,LA}	5	PA、QL (每 30 天 360 劑量)
PROMACTA 12.5 MG, 25 MG TABLET ^{DL,LA}	5	PA、QL (每 30 天 30 劑量)
PROMACTA 25 MG POWDER IN PACKET ^{DL,LA}	5	PA、QL (每 30 天 180 劑量)
PROMACTA 50 MG TABLET ^{DL,LA}	5	PA、QL (每 30 天 90 劑量)
PROMACTA 75 MG TABLET ^{DL,LA}	5	PA、QL (每 30 天 60 劑量)
RETACRIT 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML SOLUTION ^{MO}	4	PA、QL (每 30 天 14 劑量)
RETACRIT 40,000 UNIT/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 14 劑量)
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 1.2 劑量)
UDENYCA AUTOINJECTOR 6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 1.2 劑量)
warfarin 5 mg TABLET ^{MO}	1	
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	3	ST、QL (每 30 天 600 劑量)
XARELTO 10 MG, 20 MG TABLET ^{MO}	3	QL (每 30 天 30 劑量)
XARELTO 15 MG, 2.5 MG TABLET ^{MO}	3	QL (每 30 天 60 劑量)
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START 15 MG (42)- 20 MG (9) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	3	QL (每 30 天 51 劑量)
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 7 劑量)
ZARXIO 480 MCG/0.8 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 11.2 劑量)
心血管藥物		
amiodarone 200 mg TABLET ^{MO}	2	
amlodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
atenolol 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	

需要關於藥名旁顯示的各項指標的詳細資訊嗎？請翻至第 10 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

AV - ACIP 承保的 D 部分疫苗 • BvsD - B 部分相較於 D 部分 • CI - 承保的胰島素產品 • DL-配藥限制 • LA-有限存取 • MO-郵購 • PA - 事先授權 • PDS - BD/HTL-Droplet 為首選糖尿病用品供應 • QL-數量限制 • ST - 階梯療法

藥物名稱	等級	用藥管理規定
atorvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET MO	1	
bumetanide 1 mg TABLET MO	2	
carvedilol 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg TABLET MO	1	
chlorthalidone 25 mg TABLET MO	1	
clonidine hcl 0.1 mg TABLET MO	1	
ENTRESTO 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG TABLET MO	3	QL (每 30 天 60 劑量)
ezetimibe 10 mg TABLET MO	1	QL (每 30 天 30 劑量)
fenofibrate 160 mg TABLET MO	2	QL (每 30 天 30 劑量)
fenofibrate nanocrystallized 145 mg TABLET MO	3	QL (每 30 天 30 劑量)
furosemide 20 mg, 40 mg TABLET MO	1	
hydralazine 25 mg, 50 mg TABLET MO	2	
hydrochlorothiazide 12.5 mg CAPSULE MO	1	
hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg TABLET MO	1	
isosorbide mononitrate 30 mg, 60 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	
KERENDIA 10 MG, 20 MG TABLET MO	3	PA、QL (每 30 天 30 劑量)
lisinopril 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET MO	1	
lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET MO	1	
losartan 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO	1	QL (每 30 天 60 劑量)
losartan-hydrochlorothiazide 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg TABLET MO	1	QL (每 30 天 60 劑量)
metoprolol succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	
metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO	1	
MULTAQ 400 MG TABLET MO	3	QL (每 30 天 60 劑量)
nitroglycerin 0.4 mg SUBLINGUAL TABLET MO	3	
olmesartan 40 mg TABLET MO	1	QL (每 30 天 30 劑量)
pravastatin 20 mg, 40 mg TABLET MO	1	
REPATHA PUSHTRONEX 420 MG/3.5 ML WEARABLE INJECTOR MO	3	PA、QL (每 28 天 3.5 劑量)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML PEN INJECTOR MO	3	PA、QL (每 28 天 3 劑量)
REPATHA SYRINGE 140 MG/ML SYRINGE MO	3	PA、QL (每 28 天 3 劑量)
rosuvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET MO	1	
simvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET MO	1	
spironolactone 25 mg, 50 mg TABLET MO	1	
toremide 20 mg TABLET MO	2	

需要關於藥名旁顯示的各項指標的詳細資訊嗎？請翻至第 10 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

AV - ACIP 承保的 D 部分疫苗 • BvsD - B 部分相較於 D 部分 • CI - 承保的胰島素產品 • DL-配藥限制
• LA-有限存取 • MO-郵購 • PA - 事先授權 • PDS - BD/HTL-Droplet 為首選糖尿病用品供應 • QL-數量限制 • ST - 階梯療法

藥物名稱	等級	用藥管理規定
triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg TABLET ^{MO}	1	
valsartan 160 mg TABLET ^{MO}	1	QL (每 30 天 60 劑量)
VASCEPA 0.5 GRAM CAPSULE ^{MO}	3	QL (每 30 天 240 劑量)
VASCEPA 1 GRAM CAPSULE ^{MO}	3	QL (每 30 天 120 劑量)
VERQUVO 10 MG, 2.5 MG, 5 MG TABLET ^{MO}	3	PA、QL (每 30 天 30 劑量)
ZYPITAMAG 2 MG, 4 MG TABLET ^{MO}	3	ST、QL (每 30 天 30 劑量)
中樞神經系統藥物		
AUSTEDO 12 MG, 9 MG TABLET ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 120 劑量)
AUSTEDO 6 MG TABLET ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 60 劑量)
AUSTEDO XR 12 MG, 6 MG TABLET, ER 24 HR. ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 90 劑量)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET, ER 24 HR. ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 60 劑量)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14) TABLET, ER 24 HR., DOSE PACK ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 42 劑量)
BETASERON 0.3 MG KIT ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 15 劑量)
COPAXONE 20 MG/ML SYRINGE ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 30 劑量)
COPAXONE 40 MG/ML SYRINGE ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 12 劑量)
duloxetine 20 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	2	QL (每 30 天 120 劑量)
duloxetine 30 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	2	QL (每 30 天 90 劑量)
duloxetine 60 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	2	QL (每 30 天 60 劑量)
KESIMPTA PEN 20 MG/0.4 ML PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 1.2 劑量)
pregabalin 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO}	3	QL (每 30 天 90 劑量)
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP 105 MG/5 ML SUSPENSION ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 70 劑量)
VUMERITY 231 MG CAPSULE, DR/EC ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 120 劑量)
牙科與口腔藥物		
chlorhexidine gluconate 0.12 % MOUTHWASH ^{MO}	1	
皮膚科藥物		
ENSTILAR 0.005-0.064 % FOAM ^{MO}	4	QL (每 30 天 120 劑量)
mupirocin 2 % OINTMENT ^{MO}	2	
電解質/礦物質/金屬/維生素		
LOKELMA 10 GRAM, 5 GRAM POWDER IN PACKET ^{MO}	3	QL (每 30 天 30 劑量)
potassium chloride 10 meq CAPSULE, ER ^{MO}	2	

需要關於藥名旁顯示的各項指標的詳細資訊嗎？請翻至第 10 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

AV - ACIP 承保的 D 部分疫苗 • BvsD - B 部分相較於 D 部分 • CI - 承保的胰島素產品 • DL-配藥限制
• LA-有限存取 • MO-郵購 • PA - 事先授權 • PDS - BD/HTL-Droplet 為首選糖尿病用品供應 • QL-數量限制 • ST - 階梯療法

藥物名稱	等級	用藥管理規定
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET ER ^{MO}	2	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS ^{MO}	2	
胃腸道藥物		
dicyclomine 10 mg CAPSULE ^{MO}	2	
esomeprazole magnesium 40 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	3	QL (每 30 天 60 劑量)
famotidine 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	2	
LINZESS 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG CAPSULE ^{MO}	3	QL (每 30 天 30 劑量)
MOVANTIK 12.5 MG, 25 MG TABLET ^{MO}	3	QL (每 30 天 30 劑量)
omeprazole 20 mg, 40 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	1	QL (每 30 天 60 劑量)
pantoprazole 20 mg, 40 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	1	QL (每 30 天 60 劑量)
sucralfate 1 gram TABLET ^{MO}	2	
SUFLAVE 178.7-7.3-0.5 GRAM RECON SOLUTION ^{MO}	4	
SUTAB 1.479-0.188- 0.225 GRAM TABLET ^{MO}	3	
TALICIA 10-250-12.5 MG CAPSULE, IR/DR, BIPHASIC ^{MO}	4	
XIFAXAN 200 MG TABLET ^{MO}	4	PA、QL (每 30 天 9 劑量)
XIFAXAN 550 MG TABLET ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 84 劑量)
基因/酵素/蛋白質疾病：替代、調節劑、治療		
CREON 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT CAPSULE, DR/EC ^{MO}	3	
ELELYSO 200 UNIT RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
STRENSIQ 40 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 30 劑量)
ZEMAIRA 1,000 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
ZENPEP 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT CAPSULE, DR/EC ^{MO}	4	
泌尿生殖科藥物		
finasteride 5 mg TABLET ^{MO}	1	QL (每 30 天 30 劑量)
GEMTESA 75 MG TABLET ^{MO}	4	QL (每 30 天 30 劑量)
MYRBETRIQ 25 MG, 50 MG TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL (每 30 天 30 劑量)
MYRBETRIQ 8 MG/ML SUSPENSION, ER, RECON ^{MO}	3	QL (每 30 天 300 劑量)

需要關於藥名旁顯示的各項指標的詳細資訊嗎？請翻至第 10 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

AV - ACIP 承保的 D 部分疫苗 • BvsD - B 部分相較於 D 部分 • CI - 承保的胰島素產品 • DL-配藥限制 • LA-有限存取 • MO-郵購 • PA - 事先授權 • PDS - BD/HTL-Droplet 為首選糖尿病用品供應 • QL-數量限制 • ST - 階梯療法

藥物名稱	等級	用藥管理規定
oxybutynin chloride 10 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	2	QL (每 30 天 60 劑量)
oxybutynin chloride 5 mg TABLET ^{MO}	2	
tamsulosin 0.4 mg CAPSULE ^{MO}	2	
荷爾蒙類藥物·刺激/替代/調節 (腎上腺)		
methylprednisolone 4 mg TABLET, DOSE PACK ^{MO}	2	
prednisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	BvsD
triamcinolone acetonide 0.1 % CREAM ^{MO}	2	
荷爾蒙類藥物·刺激/替代/調節 (腦下垂體)		
OMNITROPE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) CARTRIDGE ^{DL}	5	PA
OMNITROPE 5.8 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)		
estradiol 0.01 % (0.1 mg/gram) CREAM ^{MO}	3	
OSPHENA 60 MG TABLET ^{MO}	3	PA
PREMARIN 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG TABLET ^{MO}	4	
PREMARIN 0.625 MG/GRAM CREAM ^{MO}	3	
荷爾蒙類藥物·刺激/替代/調節 (甲狀腺)		
levothyroxine 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg TABLET ^{MO}	1	
TIROSINT-SOL 100 MCG/ML, 112 MCG/ML, 125 MCG/ML, 13 MCG/ML, 137 MCG/ML, 150 MCG/ML, 175 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 37.5 MCG/ML, 44 MCG/ML, 50 MCG/ML, 62.5 MCG/ML, 75 MCG/ML, 88 MCG/ML SOLUTION ^{MO}	4	
免疫科藥物		
ADALIMUMAB-ADBIM 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML SYRINGE KIT ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 2 劑量)
ADALIMUMAB-ADBIM 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 6 劑量)
ADALIMUMAB-ADBIM 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 6 劑量)
ADALIMUMAB-ADBIM(CF) PEN CROHNS 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 6 劑量)
ADALIMUMAB-ADBIM(CF) PEN PS-UV 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 6 劑量)
AREXVY (PF) 120 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{AV,DL}	1	
COSENTYX 75 MG/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 2 劑量)

需要關於藥名旁顯示的各項指標的詳細資訊嗎？請翻至第 10 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

AV - ACIP 承保的 D 部分疫苗 • BvsD - B 部分相較於 D 部分 • CI - 承保的胰島素產品 • DL - 配藥限制 • LA - 有限存取 • MO - 郵購 • PA - 事先授權 • PDS - BD/HTL-Droplet 為首選糖尿病用品供應 • QL - 數量限制 • ST - 階梯療法

藥物名稱	等級	用藥管理規定
COSENTYX (2 SYRINGES) 150 MG/ML SYRINGE ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 8 劑量)
COSENTYX PEN (2 PENS) 150 MG/ML PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 8 劑量)
COSENTYX UNOREADY PEN 300 MG/2 ML (150 MG/ML) PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 8 劑量)
DUPIXENT PEN 200 MG/1.14 ML PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 3.42 劑量)
DUPIXENT PEN 300 MG/2 ML PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 8 劑量)
DUPIXENT SYRINGE 100 MG/0.67 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 1.34 劑量)
DUPIXENT SYRINGE 200 MG/1.14 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 3.42 劑量)
DUPIXENT SYRINGE 300 MG/2 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 8 劑量)
ENVARUSUS XR 0.75 MG, 1 MG TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	4	PA
ENVARUSUS XR 4 MG TABLET, ER 24 HR. ^{DL}	4	PA
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML (10 %) SOLUTION ^{DL}	5	PA
HAEGARDA 2,000 UNIT, 3,000 UNIT RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 24 劑量)
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 6 劑量)
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 6 劑量)
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 6 劑量)
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRINGE KIT ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 2 劑量)
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML SYRINGE KIT ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 6 劑量)
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML SYRINGE KIT ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 6 劑量)
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 6 劑量)
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 6 劑量)
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 6 劑量)
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 6 劑量)
methotrexate sodium 2.5 mg TABLET ^{MO}	2	BvsD
RINVOQ 15 MG, 30 MG TABLET, ER 24 HR. ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 30 劑量)
RINVOQ 45 MG TABLET, ER 24 HR. ^{DL}	5	PA、QL (每 365 天 168 劑量)
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{AV,DL}	1	
SKYRIZI 150 MG/ML PEN INJECTOR	5	PA、QL (每 84 天 2 劑量)
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE	5	PA、QL (每 84 天 2 劑量)
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR ^{DL}	5	PA、QL (每 365 天 8.4 劑量)
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR ^{DL}	5	PA、QL (每 365 天 16.8 劑量)
STELARA 45 MG/0.5 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA、QL (每 84 天 1.5 劑量)

需要關於藥名旁顯示的各項指標的詳細資訊嗎？請翻至第 10 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

AV - ACIP 承保的 D 部分疫苗 • BvsD - B 部分相較於 D 部分 • CI - 承保的胰島素產品 • DL-配藥限制
• LA-有限存取 • MO-郵購 • PA - 事先授權 • PDS - BD/HTL-Droplet 為首選糖尿病用品供應 • QL-數量限制 • ST - 階梯療法

藥物名稱	等級	用藥管理規定
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA、QL (每 84 天 1.5 劑量)
STELARA 90 MG/ML SYRINGE ^{DL}	5	PA、QL (每 84 天 3 劑量)
TREMFYA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR	5	PA、QL (每 84 天 3 劑量)
TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE	5	PA、QL (每 84 天 3 劑量)
代謝性骨骼疾病藥物		
alendronate 70 mg TABLET ^{MO}	1	QL (每 28 天 4 劑量)
FORTEO 20 MCG/DOSE (600MCG/2.4ML) PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 2.4 劑量)
PROLIA 60 MG/ML SYRINGE ^{MO}	4	QL (每 180 天 1 劑量)
TYMLOS 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 1.56 劑量)
其他治療藥劑		
BD ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
BD VEO INSULIN SYRINGE UF 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
CEQUR SIMPLICITY INSERTER MISCELLANEOUS ^{MO}	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 15/64", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE ^{PDS,MO}	1	

需要關於藥名旁顯示的各項指標的詳細資訊嗎？請翻至第 10 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

AV - ACIP 承保的 D 部分疫苗 • BvsD - B 部分相較於 D 部分 • CI - 承保的胰島素產品 • DL-配藥限制
• LA-有限存取 • MO-郵購 • PA - 事先授權 • PDS - BD/HTL-Droplet 為首選糖尿病用品供應 • QL-數量限制 • ST - 階梯療法

藥物名稱	等級	用藥管理規定
DROPLET PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE PDS,MO	1	
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED MO	1	
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) CARTRIDGE MO	3	
眼科藥物		
brimonidine 0.2 % DROPS MO	1	
COMBIGAN 0.2-0.5 % DROPS MO	3	QL (每 25 天 5 劑量)
dorzolamide-timolol 22.3-6.8 mg/ml DROPS MO	1	
EYSUVIS 0.25 % DROPS, SUSPENSION MO	3	QL (每 30 天 16.6 劑量)
ILEVRO 0.3 % DROPS, SUSPENSION MO	3	QL (每 30 天 3 劑量)
latanoprost 0.005 % DROPS MO	1	QL (每 25 天 5 劑量)
LOTEMAX SM 0.38 % DROPS, GEL MO	4	
LUMIGAN 0.01 % DROPS MO	3	QL (每 25 天 2.5 劑量)
prednisolone acetate 1 % DROPS, SUSPENSION MO	3	
RHOPRESSA 0.02 % DROPS MO	3	ST\QL (每 25 天 2.5 劑量)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % DROPS MO	3	ST\QL (每 25 天 2.5 劑量)
SIMBRINZA 1-0.2 % DROPS, SUSPENSION MO	4	QL (每 30 天 16 劑量)
timolol maleate 0.5 % DROPS MO	1	
VYZULTA 0.024 % DROPS MO	4	QL (每 25 天 2.5 劑量)
呼吸道/肺病藥物		
ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG TABLET DL,LA	5	PA\QL (每 30 天 90 劑量)
ADVAIR DISKUS 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE MO	4	PA\QL (每 30 天 60 劑量)
ADVAIR HFA 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	3	QL (每 30 天 12 劑量)
albuterol sulfate 2.5 mg /3 ml (0.083 %) SOLUTION FOR NEBULIZATION MO	2	BvsD
albuterol sulfate 90 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER MO	3	QL (每 30 天 36 劑量)
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE MO	3	QL (每 30 天 30 劑量)
AUVI-Q 0.1 MG/0.1 ML, 0.15 MG/0.15 ML, 0.3 MG/0.3 ML AUTO-INJECTOR MO	3	QL (每 30 天 4 劑量)
azelastine 137 mcg (0.1 %) SPRAY, NON-AEROSOL MO	3	QL (每 25 天 30 劑量)

需要關於藥名旁顯示的各項指標的詳細資訊嗎？請翻至第 10 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

AV - ACIP 承保的 D 部分疫苗 • BvsD - B 部分相較於 D 部分 • CI - 承保的胰島素產品 • DL-配藥限制
• LA-有限存取 • MO-郵購 • PA - 事先授權 • PDS - BD/HTL-Droplet 為首選糖尿病用品供應 • QL-數量限制 • ST - 階梯療法

藥物名稱	等級	用藥管理規定
BREO ELLIPTA 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE MO	3	QL (每 30 天 60 劑量)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	3	QL (每 30 天 10.7 劑量)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACTUATION MIST MO	4	QL (每 20 天 4 劑量)
FASENRA PEN 30 MG/ML AUTO-INJECTOR DL	5	PA、QL (每 28 天 1 劑量)
<i>fluticasone propionate</i> 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION MO	2	QL (每 30 天 16 劑量)
<i>ipratropium-albuterol</i> 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION MO	2	BvsD
<i>levocetirizine</i> 5 mg TABLET MO	1	QL (每 30 天 30 劑量)
<i>montelukast</i> 10 mg TABLET MO	1	QL (每 30 天 30 劑量)
NUCALA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR DL	5	PA、QL (每 28 天 3 劑量)
NUCALA 100 MG/ML SYRINGE DL	5	PA、QL (每 28 天 3 劑量)
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE DL	5	PA、QL (每 28 天 0.4 劑量)
OFEV 100 MG, 150 MG CAPSULE DL,LA	5	PA、QL (每 30 天 60 劑量)
OPSUMIT 10 MG TABLET DL	5	PA、QL (每 30 天 30 劑量)
OPSYNVI 10-20 MG, 10-40 MG TABLET DL	5	PA、QL (每 30 天 30 劑量)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION MIST MO	3	QL (每 28 天 4 劑量)
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE MO	3	QL (每 30 天 30 劑量)
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACTUATION MIST MO	3	QL (每 28 天 4 劑量)
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION MIST MO	3	QL (每 30 天 4 劑量)
SYMBICORT 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	3	QL (每 30 天 10.2 劑量)
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG BLISTER WITH DEVICE MO	3	QL (每 30 天 60 劑量)
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	3	QL (每 30 天 36 劑量)
骨骼肌鬆弛劑		
<i>cyclobenzaprine</i> 10 mg, 5 mg TABLET MO	2	
<i>methocarbamol</i> 500 mg, 750 mg TABLET MO	2	
睡眠障礙藥物		
BELSOMRA 10 MG TABLET MO	3	QL (每 30 天 60 劑量)
BELSOMRA 15 MG, 20 MG TABLET MO	3	QL (每 30 天 30 劑量)
BELSOMRA 5 MG TABLET MO	3	QL (每 30 天 120 劑量)

需要關於藥名旁顯示的各項指標的詳細資訊嗎？請翻至第 10 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

AV - ACIP 承保的 D 部分疫苗 • BvsD - B 部分相較於 D 部分 • CI - 承保的胰島素產品 • DL-配藥限制 • LA-有限存取 • MO-郵購 • PA - 事先授權 • PDS - BD/HTL-Droplet 為首選糖尿病用品供應 • QL-數量限制 • ST - 階梯療法

藥物名稱	等級	用藥管理規定
temazepam 15 mg, 30 mg CAPSULE ^{DL}	3	QL (每 30 天 30 劑量)
zolpidem 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	2	QL (每 30 天 30 劑量)

需要關於藥名旁顯示的各項指標的詳細資訊嗎？請翻至第 10 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

AV - ACIP 承保的 D 部分疫苗 • BvsD - B 部分相較於 D 部分 • CI - 承保的胰島素產品 • DL-配藥限制
 • LA-有限存取 • MO-郵購 • PA - 事先授權 • PDS - BD/HTL-Droplet 為首選糖尿病用品供應 • QL-數量限制 • ST - 階梯療法

Humana 額外處方藥承保

藥物名稱	等級	用藥管理規定
勃起功能障礙		
sildenafil 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET	1	QL (每 30 天 6 劑量)
維他命/礦物質		
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg/ml SOLUTION	1	
dodex 1,000 mcg/ml SOLUTION	1	
ergocalciferol (vitamin d2) 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	1	
folic acid 1 mg TABLET	1	
vitamin d2 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	1	
減重		
CONTRACE 8-90 MG TABLET ER	2	PA、QL (每 30 天 120 劑量)

您的計劃額外承保了一些藥物。這些藥物通常不在 Medicare D 部分的承保範圍內。這些藥物不適用 Medicare 上訴程序。您為購買這些處方藥所支付的金額並不會計入您的藥物費用總額 (也就是說, 您所支付的金額無法協助您符合重大傷病保險的資格)。

AV - ACIP 承保的 D 部分疫苗 • BvsD - B 部分相較於 D 部分 • CI - 承保的胰島素產品 • DL - 配藥限制
 • LA - 有限存取 • MO - 郵購 • PA - 事先授權 • PDS - BD/HTL-Droplet 為首選糖尿病用品供應 • QL - 數量限制 • ST - 階梯療法

索引

A

ABILIFY ASIMTUFII... 14
ABILIFY MAINTENA... 14
ADALIMUMAB-ADB... 23
ADALIMUMAB-ADB(CF) PEN
CROHNS... 23
ADALIMUMAB-ADB(CF) PEN
PS-UV... 23
ADEMPAS... 26
ADVAIR DISKUS... 26
ADVAIR HFA... 26
albuterol sulfate... 26
ALECENSA... 13
alendronate... 25
allopurinol... 13
alprazolam... 16
ALUNBRIG... 13
amiodarone... 19
amitriptyline... 12
amlodipine... 19
amoxicillin... 11
amoxicillin-pot clavulanate... 11
anastrozole... 13
AREXVY (PF)... 23
ARISTADA INITIO... 15
ARISTADA... 15
ARNUITY ELLIPTA... 26

atenolol... 19
atorvastatin... 20
AUSTEDO XR TITRATION
KT(WK1-4)... 21
AUSTEDO XR... 21
AUSTEDO... 21
AUVI-Q... 26
azelastine... 26
azithromycin... 11

B

baclofen... 15
BD ALCOHOL SWABS... 25
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE...
25
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)...
25
BD INSULIN SYRINGE U-500... 25
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE...
25
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE... 25
BD ULTRA-FINE MICRO PEN
NEEDLE... 25
BD ULTRA-FINE MINI PEN
NEEDLE... 25
BD ULTRA-FINE NANO PEN
NEEDLE... 25
BD ULTRA-FINE ORIG PEN
NEEDLE... 25

BD ULTRA-FINE SHORT PEN
NEEDLE... 25
BD VEO INSULIN SYR
(HALF UNIT)... 25
BD VEO INSULIN SYRINGE UF... 25
BELSOMRA... 27
BETASERON... 21
BIKTARVY... 15
BREQ ELLIPTA... 27
BREZTRI AEROSPHERE... 27

BRILINTA... 19
brimonidine... 26
BRUKINSA... 13
bumetanide... 20
bupropion hcl... 12
buspirone... 16

C

CABOMETYX... 13
CALQUENCE (ACALABRUTINIB
MAL)... 13
CALQUENCE... 13
carbidopa-levodopa... 14
carvedilol... 20
cefdinir... 11
celecoxib... 11
cephalexin... 11
CEQR SIMPLICITY INSERTER... 25

chlorhexidine gluconate... 21	dorzolamide-timolol... 26	ezetimibe... 20
chlorthalidone... 20	doxycycline hyclate... 11	F
ciprofloxacin hcl... 11	DROPLET INSULIN SYRINGE... 25	famotidine... 22
citalopram... 12	DROPLET PEN NEEDLE... 26	FARXIGA... 16
clonazepam... 16	DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS... 26	FASENRA PEN... 27
clonidine hcl... 20	duloxetine... 21	fenofibrate nanocrystallized... 20
clopidogrel... 19	DUPIXENT PEN... 24	fenofibrate... 20
clotrimazole-betamethasone... 13	DUPIXENT SYRINGE... 24	FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN... 16
COMBIGAN... 26	E	FIASP PENFILL U-100 INSULIN... 16
COMBIVENT RESPIMAT... 27	ELELYSO... 22	FIASP U-100 INSULIN... 16
CONTRACE... 29	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START... 19	finasteride... 22
COPAXONE... 21	ELIQUIS... 19	fluconazole... 13
COSENTYX (2 SYRINGES)... 24	EMGALITY PEN... 13	fluoxetine... 12
COSENTYX PEN (2 PENS)... 24	EMGALITY SYRINGE... 13	fluticasone propionate... 27
COSENTYX UNOREADY PEN... 24	ENSTILAR... 21	folic acid... 29
COSENTYX... 23	ENTRESTO... 20	FORTEO... 25
CREON... 22	ENVARUSUS XR... 24	furosemide... 20
cyanocobalamin (vitamin b-12)... 29	EPCLUSA... 15	G
cyclobenzaprine... 27	EPIDIOLEX... 11	gabapentin... 11
D	ergocalciferol (vitamin d2)... 29	GAMUNEX-C... 24
DESCOVY... 15	ERIVEDGE... 13	GEMTESA... 22
diazepam... 16	ERLEADA... 13	GENVOYA... 15
diclofenac sodium... 11	escitalopram oxalate... 12	glimepiride... 16
dicyclomine... 22	esomeprazole magnesium... 22	glipizide... 16
DIFICID... 11	estradiol... 23	GLYXAMBI... 16
dodex... 29	EYSUVIS... 26	H
donepezil... 12		HAEGARDA... 24

HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100... 16	HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN... 16	K
HUMALOG KWIKPEN INSULIN... 16	HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN... 16	KERENDIA... 20
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN... 16	hydralazine... 20	KESIMPTA PEN... 21
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN... 16	hydrochlorothiazide... 20	ketoconazole... 13
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN... 16	hydrocodone-acetaminophen... 11	KISQALI FEMARA CO-PACK... 14
HUMALOG U-100 INSULIN... 16	hydroxychloroquine... 14	KISQALI... 14
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS... 24	hydroxyzine hcl... 16	L
HUMIRA PEN... 24	I	LAGEVRIO (EUA)... 15
HUMIRA... 24	ibuprofen... 11	LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN... 17
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER... 24	ILEVRO... 26	LANTUS U-100 INSULIN... 17
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS... 24	IMBRUVICA... 13, 14	latanoprost... 26
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC... 24	INBRIJA... 14	levetiracetam... 12
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS... 24	INVEGA HAFYERA... 15	levocetirizine... 27
HUMIRA(CF) PEN... 24	INVEGA SUSTENNA... 15	levofloxacin... 11
HUMIRA(CF)... 24	INVEGA TRINZA... 15	levothyroxine... 23
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN... 17	INVOKAMET XR... 17	lidocaine... 11
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN... 17	INVOKAMET... 17	LINZESS... 22
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN... 17	INVOKANA... 17	lisinopril... 20
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN... 17	ipratropium-albuterol... 27	lisinopril-hydrochlorothiazide... 20
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN... 17	isosorbide mononitrate... 20	LOKELMA... 21
	J	lorazepam... 16
	JANUMET XR... 17	losartan... 20
	JANUMET... 17	losartan-hydrochlorothiazide... 20
	JANUVIA... 17	LOTEMAX SM... 26
	JARDIANCE... 17	LUMIGAN... 26
	JENTADUETO XR... 17	LYBALVI... 15
	JENTADUETO... 17	LYNPARZA... 14

LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN... 17	NIVESTYM... 19	ondansetron hcl... 12
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN... 17	NOVOLIN N FLEXPEN... 17	ondansetron... 12
LYUMJEV U-100 INSULIN... 17	NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN... 17	OPSUMIT... 27
	NOVOLIN R FLEXPEN... 17	OPSYNVI... 27
M	NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN... 17	ORGOVYX... 14
meclizine... 12	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100... 17	OSPHENA... 23
meloxicam... 11	NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN... 17	oxybutynin chloride... 23
memantine... 12	NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN... 18	oxycodone... 11
metformin... 17	NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN... 18	oxycodone-acetaminophen... 11
methocarbamol... 27	NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100... 18	OZEMPIC... 18
methotrexate sodium... 24	NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN... 18	P
methylprednisolone... 23	NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART... 18	pantoprazole... 22
metoprolol succinate... 20	NUBEQA... 14	PAXLOVID... 16
metoprolol tartrate... 20	NUCALA... 27	pioglitazone... 18
mirtazapine... 12	O	potassium chloride... 21, 22
montelukast... 27	ODEFSEY... 16	pravastatin... 20
MOUNJARO... 17	OFEV... 27	prednisolone acetate... 26
MOVANTIK... 22	olmesartan... 20	prednisone... 23
MULTAQ... 20	omeprazole... 22	pregabalin... 21
mupirocin... 21	OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)... 26	PREMARIN... 23
MYRBETRIQ... 22	OMNITROPE... 23	PROLIA... 25
N		PROMACTA... 19
NAMZARIC... 12		promethazine... 12
naproxen... 11		Q
NAYZILAM... 12		quetiapine... 15
nitrofurantoin monohyd/m-cryst... 11		QULIPTA... 13
nitroglycerin... 20		R
		RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP... 21

REPATHA PUSHTRONEX... 20	STRIVERDI RESPIMAT... 27	TRESIBA FLEXTOUCH U-200... 18
REPATHA SURECLICK... 20	sucalfate... 22	TRESIBA U-100 INSULIN... 18
REPATHA SYRINGE... 20	SUFLAVE... 22	triamcinolone acetonide... 23
RETACRIT... 19	sulfamethoxazole-trimethoprim... 11	triamterene-hydrochlorothiazid... 21
REXULTI... 15	SUTAB... 22	TRIJARDY XR... 18
RHOPRESSA... 26	SYMBICORT... 27	TRINTELLIX... 12
RINVOQ... 24	SYNJARDY XR... 18	TRULICITY... 18
RISPERDAL CONSTA... 15	SYNJARDY... 18	TYMLOS... 25
ROCKLATAN... 26		U
rosuvastatin... 20	T	UBRELVY... 13
RUXIENCE... 14	TALICIA... 22	UDENYCA AUTOINJECTOR... 19
RYBELSUS... 18	tamsulosin... 23	UDENYCA... 19
RYTARY... 14	temazepam... 28	V
S	timolol maleate... 26	valacyclovir... 16
sertraline... 12	TIROSINT-SOL... 23	valsartan... 21
SHINGRIX (PF)... 24	tizanidine... 15	VASCEPA... 21
sildenafil... 29	toremide... 20	VEMLIDY... 16
SIMBRINZA... 26	TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR... 18	venlafaxine... 12
simvastatin... 20	TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN... 18	VENTOLIN HFA... 27
SKYRIZI... 24	TRADJENTA... 18	VERQUVO... 21
SOLIQUA 100/33... 18	tramadol... 11	VERZENIO... 14
SPIRIVA RESPIMAT... 27	TRAZIMERA... 14	vitamin d2... 29
SPIRIVA WITH HANDIHALER... 27	trazodone... 12	VOSEVI... 16
spironolactone... 20	TRELEGY ELLIPTA... 27	VUMERITY... 21
STELARA... 24, 25	TREMFYA... 25	VYNDAMAX... 22
STIOLTO RESPIMAT... 27	TRESIBA FLEXTOUCH U-100... 18	VYVGART HYTRULO... 13
STRENSIQ... 22		VYVGART... 13

VYZULTA... 26

W

warfarin... 19

X

XARELTO DVT-PE TREAT 30D
START... 19

XARELTO... 19

XIFAXAN... 22

XIGDUO XR... 18

XTANDI... 14

Z

ZARXIO... 19

ZEGALOGUE AUTOINJECTOR... 18

ZEGALOGUE SYRINGE... 18

ZEJULA... 14

ZEMAIRA... 22

ZENPEP... 22

ZIRABEV... 14

zolpidem... 28

ZYPITAMAG... 21

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-320-1235 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-320-1235 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-320-1235 (听障专线：711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-320-1235 (聽障專線：711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-320-1235 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-320-1235 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-320-1235 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-320-1235 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-320-1235 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-320-1235 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بخططنا الصحية أو خطة الأدوية الموصوفة لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (TTY: 711) 1-877-320-1235. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-320-1235 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-320-1235 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-320-1235 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-320-1235 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-320-1235 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康保険と処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご用意しています。通訳をご用命になるには、1-877-320-1235 (TTY:711) にお電話ください。日本語を話す者が支援いたします。これは無料のサービスです。



本簡略處方列表於 2024 年 9 月 27 日更新，並未完整列出我們的計劃所承保的藥物名單。如需完整的列表或有其他任何問題，請致電 1-800-457-4708 洽詢 Humana，聽障專線使用者請致電 711，4 月 1 日至 9 月 30 日每週五天、10 月 1 日至 3 月 31 日每週七天，上午 8 點至下午 8 點。自動電話系統服務時間為正常上班時間以外、週末及假日。此外，我們的網站全年無休，請造訪 [Humana.com](https://www.humana.com)。

H1468-007, 013, 018, 021; H3533-033, 035; H5619-001, 137; H6622-001, 035, 036, 037, 054, 063, 066, 073

Humana[®]

[Humana.com](https://www.humana.com)