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 2025 年 11 月 1 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 (惠安納) 客戶服務團隊,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。

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!

既有會員請注意:本處方列表自去年起已變更。請詳閱本文件以確保其中仍包含您服用的藥物。當本藥物清單 (處方列表) 提到「我們」、「我方」或「我們的」時,均指 Humana。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 11 月為最新資訊。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** 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/medicaredruglisto

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。

您可能會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/或階梯療法限制,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、數量限制或階梯療法限制,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 11 月為最新資訊。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28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,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,或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 28 頁開始的索引。

請注意: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 27 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。

	等級	用藥管理規定
止痛劑		
celecoxib 100 mg, 200 mg CAPSULE ^{MO}	2	
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)
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)

藥物名稱	等級	用藥管理規定
抗失智劑		
donepezil 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
memantine 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	2	PA
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, 20 mg, 40 mg TABLET MO	1	
escitalopram oxalate 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET MO	1	
fluoxetine 20 mg CAPSULE MO	1	QL (每 30 天 120 劑量)
fluoxetine 40 mg CAPSULE MO	1	QL (每30天90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	
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	

藥物名稱	等級	用藥管理規定
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 PL	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 (ACALABRUTINIB MAL) 100 MG TABLET DL	5	PA、QL (每 30 天 60 劑量)
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE PL	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 PL	5	PA、QL (每 28 天 28 劑量)
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)

藥物名稱	等級	用藥管理規定
RUXIENCE 10 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
TRAZIMERA 420 MG RECON SOLUTION PL	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, 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 ASIMTUFII 720 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	5	QL (每 56 天 2.4 劑量)
ABILIFY ASIMTUFII 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)
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)

藥物名稱	等級	用藥管理規定
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 PL	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 PL	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)
ODEFSEY 200-25-25 MG TABLET DL	5	QL (每 30 天 30 劑量)
PAXLOVID 150 MG (10)- 100 MG (10) 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	I	
alprazolam 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{DL}	2	QL (每 30 天 120 劑量)
buspirone 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	· ,	a. /= aa = aa = l= l
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	

藥物名稱	等級	用藥管理規定
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	
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 INSULN 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	

藥物名稱	等級	用藥管理規定
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	
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN 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	

藥物名稱	等級	用藥管理規定
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	
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 PL	5	PA、QL (每 30 天 360 劑量)
PROMACTA 12.5 MG, 25 MG TABLET DL	5	PA、QL (每 30 天 30 劑量)
PROMACTA 25 MG POWDER IN PACKET DL	5	PA、QL (每 30 天 180 劑量)
PROMACTA 50 MG TABLET DL	5	PA、QL (每 30 天 90 劑量)
PROMACTA 75 MG TABLET DL	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 PL	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)

藥物名稱	等級	用藥管理規定
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	
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)

藥物名稱	等級	用藥管理規定
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	
torsemide 20 mg TABLET MO	2	
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)	5	PA、QL (每 28 天 42 劑量)
TABLET, ER 24 HR., DOSE PACK ^{DL} BETASERON 0.3 MG KIT ^{DL}	5	DA. OL (与 20 丁 15 刻星)
		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 PL	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	

藥物名稱	等級	用藥管理規定
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	
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	
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 PL	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)

藥物名稱	等級	用藥管理規定
MYRBETRIQ 8 MG/ML SUSPENSION, ER, RECON MO	3	QL (每 30 天 300 劑量)
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 PL	5	PA
OMNITROPE 5.8 MG RECON SOLUTION PL	5	PA
荷爾蒙類藥物,刺激/替代/調節 (性荷爾蒙/調節劑)		
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-ADBM 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML SYRINGE KIT DL	5	PA、QL (每 28 天 2 劑量)
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA、QL (每 28 天 6 劑量)
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT DL	5	PA、QL (每 28 天 6 劑量)
ADALIMUMAB-ADBM(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-ADBM(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)
COSENTYX (2 SYRINGES) 150 MG/ML SYRINGE PL	5	PA、QL (每 28 天 8 劑量)
COSENTYX PEN (2 PENS) 150 MG/ML PEN INJECTOR PL	5	PA、QL (每 28 天 8 劑量)

藥物名稱	等級	用藥管理規定
COSENTYX UNOREADY PEN 300 MG/2 ML PEN INJECTOR DL	5	PA、QL (每 28 天 8 劑量)
DUPIXENT PEN 200 MG/1.14 ML PEN INJECTOR PL	5	PA、QL (每 28 天 3.42 劑量)
DUPIXENT PEN 300 MG/2 ML PEN INJECTOR PL	5	PA、QL (每 28 天 8 劑量)
DUPIXENT SYRINGE 200 MG/1.14 ML SYRINGE PL	5	PA、QL (每 28 天 3.42 劑量)
DUPIXENT SYRINGE 300 MG/2 ML SYRINGE PL	5	PA、QL (每 28 天 8 劑量)
ENVARSUS XR 0.75 MG, 1 MG TABLET, ER 24 HR. MO	4	PA
ENVARSUS 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(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 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 PL	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 PL	5	PA、QL (每 365 天 8.4 劑量)
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR PL	5	PA、QL(每365天16.8劑量)
STELARA 45 MG/0.5 ML SOLUTION PL	5	PA、QL (每 84 天 1.5 劑量)
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 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 (560MCG/2.24ML) PEN INJECTOR DL	5	PA、QL (每 28 天 2.4 劑量)

藥物名稱	等級	用藥管理規定
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 PL	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	
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 5/32" NEEDLE PDS,MO	1	
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED MO	1	
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)

藥物名稱	等級	用藥管理規定
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)
ZERVIATE 0.24 % DROPPERETTE MO	4	QL (每 30 天 60 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		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)
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)
fluticasone propionate 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION MO	2	QL (每 30 天 16 劑量)
ipratropium-albuterol 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MO}	2	BvsD
levocetirizine 5 mg TABLET MO	1	QL (每 30 天 30 劑量)
montelukast 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)

藥物名稱	等級	用藥管理規定
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE PL	5	PA、QL (每 28 天 0.4 劑量)
OFEV 100 MG, 150 MG CAPSULE PL,LA	5	PA、QL (每 30 天 60 劑量)
OPSUMIT 10 MG TABLET PL	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 30.6 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		
cyclobenzaprine 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	2	
methocarbamol 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)
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)

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		
CONTRAVE 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)。

Α	AUSTEDO 20	brimonidine 24
ABILIFY ASIMTUFII 14	AUVI-Q 25	BRUKINSA 13
ABILIFY MAINTENA 14	azelastine 25	bumetanide 19
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN	azithromycin 11	bupropion hcl 12
CROHNS 22	В	buspirone 15
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS- UV 22	baclofen 15	C
ADALIMUMAB-ADBM 22	BD ALCOHOL SWABS 24	CABOMETYX 13
ADEMPAS 25	BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	CALQUENCE (ACALABRUTINIB
ADVAIR DISKUS 25	24	MAL) 13
ADVAIR HFA 25	BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 24	carbidopa-levodopa 14
albuterol sulfate 25	BD INSULIN SYRINGE U-500 24	carvedilol 19
ALECENSA 13	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE	cefdinir 11
alendronate 23	24	celecoxib 11
allopurinol 12	BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	cephalexin 11
alprazolam 15	24	CEQUR SIMPLICITY INSERTER 24
ALUNBRIG 13	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 24	chlorhexidine gluconate 20 chlorthalidone 19
amiodarone 19	BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE	ciprofloxacin hcl 11
amitriptyline 12	24	citalopram 12
amlodipine 19	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	clonazepam 15
amoxicillin-pot clavulanate 11	24	clonidine hcl 19
amoxicillin 11	BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 24	clopidogrel 18
anastrozole 13	BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	clotrimazole-betamethasone 12
AREXVY (PF) 22	24	COMBIGAN 24
ARISTADA INITIO 14	BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 24	COMBIVENT RESPIMAT 25
ARISTADA 14	BD VEO INSULIN SYRINGE UF 24	CONTRAVE 27
ARNUITY ELLIPTA 25	BELSOMRA 26	COPAXONE 20
atenolol 19	BETASERON 20	COSENTYX (2 SYRINGES) 22
atorvastatin 19	BIKTARVY 15	COSENTYX PEN (2 PENS) 22
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)	BREO ELLIPTA 25	COSENTYX UNOREADY PEN 23
20	BREZTRI AEROSPHERE 25	COSENTYX 22
AUSTEDO XR 20	BRILINTA 18	CREON 21

cyanocobalamin (vitamin b-12) 27	esomeprazole magnesium 21	HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN 16
cyclobenzaprine 26	estradiol 22	HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN 16
D	EYSUVIS 24	HUMALOG MIX
DESCOVY 15	ezetimibe 19	75-25(U-100)INSULN 16
diazepam 15	F	HUMALOG U-100 INSULIN 16
diclofenac sodium 11	famotidine 21	HUMIRA PEN 23
dicyclomine 21	FARXIGA 15	HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER
DIFICID 11	FASENRA PEN 25	23
dodex 27	fenofibrate nanocrystallized 19	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 23
donepezil 12	fenofibrate 19	
dorzolamide-timolol 24	FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN	HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 23
doxycycline hyclate 11	15	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS 23
DROPLET INSULIN SYRINGE 24	FIASP PENFILL U-100 INSULIN 15	HUMIRA(CF) PEN 23
DROPLET PEN NEEDLE 24	FIASP U-100 INSULIN 16	HUMIRA(CF) 23
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS 24	finasteride 21	HUMIRA 23
duloxetine 20	fluconazole 12	HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN
DUPIXENT PEN 23	fluoxetine 12	16
DUPIXENT SYRINGE 23	fluticasone propionate 25	HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN
E	folic acid 27	16
ELELYSO 21	FORTEO 23	HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN 16
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	furosemide 19	HUMULIN N NPH U-100 INSULIN
18	G	16
ELIQUIS 18	gabapentin 11	HUMULIN R REGULAR U-100
EMGALITY PEN 13	GAMUNEX-C 23	INSULN 16
EMGALITY SYRINGE 13	GEMTESA 21	HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN
ENSTILAR 20	GENVOYA 15	16
ENTRESTO 19	glimepiride 16	HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 16
ENVARSUS XR 23	glipizide 16	hydralazine 19
EPCLUSA 15	GLYXAMBI 16	hydrochlorothiazide 19
EPIDIOLEX 11	Н	hydrocodone-acetaminophen 11
ergocalciferol (vitamin d2) 27	HAEGARDA 23	hydroxychloroquine 14
ERIVEDGE 13	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100 16	hydroxyzine hcl 15
ERLEADA 13	HUMALOG KWIKPEN INSULIN 16	Tryatoxyzine net 13
escitalopram oxalate 12	HOMALOG KWIKI EN INSOLIN 10	

I LINZESS... 21 Ν ibuprofen... 11 NAMZARIC... 12 lisinopril-hydrochlorothiazide... 19 ILEVRO... 25 lisinopril... 19 naproxen... 11 IMBRUVICA... 13 LOKELMA... 21 NAYZILAM... 11 INBRIJA... 14 nitrofurantoin monohyd/m-cryst... lorazepam... 15 INVEGA HAFYERA... 14 losartan-hydrochlorothiazide... 19 **INVEGA SUSTENNA... 14** nitroglycerin... 19 losartan... 19 INVEGA TRINZA... 14, 15 NIVESTYM... 18 LOTEMAX SM... 25 **INVOKAMET XR... 16** NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100... 17 LUMIGAN... 25 INVOKAMFT... 16 NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN... 17 LYBALVI... 15 INVOKANA... 16 NOVOLIN N FLEXPEN... 17 LYNPAR7A... 13 ipratropium-albuterol... 25 NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN... 17 LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN... isosorbide mononitrate... 19 NOVOLIN R FLEXPEN... 17 17 NOVOLIN R REGULAR U100 LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN... JANUMET XR... 16 **INSULTN... 17** 17 JANUMFT... 16 LYUMJEV U-100 INSULIN... 17 NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN... JANUVIA... 16 17 М JARDIANCE... 16 NOVOLOG MIX 70-30 U-100 meclizine... 12 INSULN... 17 JENTADUETO XR... 16 meloxicam... 11 **NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN** JENTADUETO... 16 memantine... 12 U-100... 17 K metformin... 17 NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN... KERENDIA... 19 methocarbamol... 26 17 KESIMPTA PEN... 20 methotrexate sodium... 23 NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART... ketoconazole... 12 methylprednisolone... 22 KISQALI FEMARA CO-PACK... 13 NUBEQA... 13 metoprolol succinate... 19 KISQALI... 13 NUCALA... 25, 26 metoprolol tartrate... 19 L mirtazapine... 12 LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN... 16 ODEFSEY... 15 montelukast... 25 LANTUS U-100 INSULIN... 17 OFFV... 26 MOUNJARO... 17 latanoprost... 25 olmesartan... 19 levetiracetam... 11 MOVANTIK... 21 omeprazole... 21 levocetirizine... 25 MULTAQ... 19 OMNITROPF... 22 levofloxacin... 11 mupirocin... 20 ondansetron hcl... 12 levothyroxine... 22 MYRBETRIQ... 21, 22 ondansetron... 12 lidocaine... 11

OPSUMIT 26	RISPERDAL CONSTA 15	tizanidine 15
OPSYNVI 26	ROCKLATAN 25	torsemide 20
ORGOVYX 13	rosuvastatin 20	TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 17
OSPHENA 22	RUXIENCE 14	TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN
oxybutynin chloride 22	RYBELSUS 17	17
oxycodone-acetaminophen 11	RYTARY 14	TRADJENTA 17
oxycodone 11	S	tramadol 11
OZEMPIC 17	sertraline 12	TRAZIMERA 14
P	SHINGRIX (PF) 23	trazodone 12
pantoprazole 21	sildenafil 27	TRELEGY ELLIPTA 26
PAXLOVID 15	SIMBRINZA 25	TREMFYA 23
pioglitazone 17	simvastatin 20	TRESIBA FLEXTOUCH U-100 17
potassium chloride 21	SKYRIZI 23	TRESIBA FLEXTOUCH U-200 17
pravastatin 19	SOLIQUA 100/33 17	TRESIBA U-100 INSULIN 18
prednisolone acetate 25	SPIRIVA RESPIMAT 26	triamcinolone acetonide 22
prednisone 22	SPIRIVA WITH HANDIHALER 26	triamterene-hydrochlorothiazid 20
pregabalin 20	spironolactone 20	
PREMARIN 22	STELARA 23	TRIJARDY XR 18
PROLIA 24	STIOLTO RESPIMAT 26	TRINTELLIX 12
PROMACTA 18	STRENSIQ 21	TRULICITY 18
promethazine 12	STRIVERDI RESPIMAT 26	TYMLOS 24
Q	sucralfate 21	UDDELVA 12
quetiapine 15	SUFLAVE 21	UBRELVY 13
QULIPTA 13	sulfamethoxazole-trimethoprim 11	UDENYCA AUTOINJECTOR 18
R	SUTAB 21	UDENYCA 18
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP	SYMBICORT 26	-
20	SYNJARDY XR 17	valacyclovir 15 valsartan 20
REPATHA PUSHTRONEX 19	SYNJARDY 17	
REPATHA SURECLICK 20	Т	VASCEPA 20
REPATHA SYRINGE 20	TALICIA 21	VEMLIDY 15
RETACRIT 18	tamsulosin 22	venlafaxine 12
REXULTI 15	temazepam 26	VENTOLIN HFA 26
RHOPRESSA 25	timolol maleate 25	VERQUVO 20
RINVOQ 23	TIROSINT-SOL 22	VERZENIO 14

vitamin d2... 27 VOSEVI... 15 VUMERITY... 20 VYNDAMAX... 21 VYVGART HYTRULO... 13 VYVGART... 13 VYZULTA... 25 W warfarin... 18 X XARELTO DVT-PE TREAT 30D START... 19 XARELTO... 18, 19 XIFAXAN... 21 XIGDUO XR... 18 XTANDI... 14 Z **ZARXIO...** 19 ZEGALOGUE AUTOINJECTOR... 18 **ZEGALOGUE SYRINGE... 18 ZEJULA... 14** ZEMAIRA... 21 **ZENPEP... 21** ZERVIATE... 25 ZIRABEV... 14 zolpidem... 26 ZYPITAMAG... 20

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 panggamot. 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 quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-320-1235 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí 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 답해 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 (ТТҮ: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بخطتنا الصحية أو خطة الأدوية الموصوفة لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (711 :717) 1235-320-1. 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.

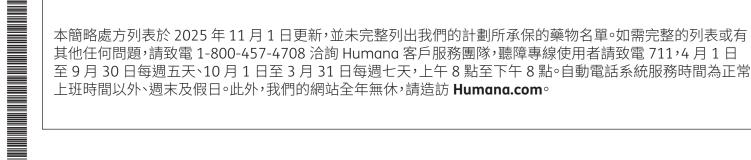
Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-320-1235 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

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。





Humana.com