

2023 年

處方藥指南

Humana 簡略處方列表 部分承保藥物清單

請閱讀以下內容：本文件包含本計劃所承保之部分藥物的相關資訊。

Humana Gold Plus (HMO)

本簡略處方列表於 2023 年 12 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 治詢 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](#)。

關於您支付疫苗費用的重要訊息 - 即使您的計劃有免賠額且您尚未支付，我們的計劃也免費承保大多數的 D 部分疫苗。請致電 Humana 以瞭解詳情。

關於您支付胰島素費用的重要訊息 - 即使您的計劃有免賠額且您尚未支付，就我們計劃承保的每個胰島素產品的一個月供應量，您不會支付超過 \$35，無論其分攤費用等級為何。

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。請檢閱本文件以確定您服用的藥物仍包含在內。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 2023 年 12 月為最新資訊。如需完整的更新處方列表，請透過我們的網站 [Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments) 與我們聯絡，或者您也可以撥打下列號碼索取紙本。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。通常您必須使用網路內藥房，才能使用處方藥福利。福利、處方列表、藥房網路和/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 Medicare (聯邦醫療保險) 簡略處方列表是什麼？

處方列表為 Humana 所選擇之承保藥物或藥品的完整名單。就您的藥房福利之變更進行溝通的過程中，處方列表和藥物清單等詞彙會交替使用。

Humana 與醫生和藥劑師團隊合作，制定出一套處方列表，列出我們認為您在接受高品質治療方案時所需的處方藥。只要是醫療上必要的藥物、向 Humana 網路內藥房購買處方藥，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，請詳閱您的保險證明。

本文件為部分處方列表，亦即僅包含 Humana 承保的部分藥物。若要搜尋 Humana 承保之所有處方藥的完整清單，請造訪 [Humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist)。「藥物清單搜尋」工具可讓您依名稱或藥物類型搜尋您的藥物。

如需協助或完整的承保藥物名單，請致電 Humana 客戶服務部，號碼為 1-800-457-4708 (**聽障專線：711**)。4 月 1 日至 9 月 30 日，每週五天，或 10 月 1 日至 3 月 31 日，每週七天，東部時間上午 8 點至晚上 8 點。我們的自動化電話系統可在正常上班時間以外、週末和假日使用。此外，我們的網站全年無休，請造訪 [Humana.com](https://www.humana.com)。

處方列表會變更嗎？

藥物保險變更大多數發生在 1 月 1 日，但我們也可能在年中新增或移除藥物清單中的藥物、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 的規定。

今年可能影響您的變更：下述情況中，年中保險變更會影響到您：

- **新的非品牌藥物。**如果我們用一種新的非品牌藥物替代品牌藥物，我們可能會立即在我們的藥物清單上將品牌藥物移除，這種非品牌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。此外，在新增新的非品牌藥物時，我們可能會決定將品牌藥物保留在我們的藥物清單中，但會立即將其移至不同的分攤費用等級或新增新的限制。若我們變更時您正使用該品牌藥物，我們可能不會在變更前事先告訴您，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，繼續為您承保品牌藥物。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。
- **藥物遭下架。**如果食品和藥物管理局認為我們處方列表上的藥物是不安全的，或是藥物製造商將其下架，我們會立即從處方列表中移除該藥物，並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，我們可能會新增一種市場上已有的非品牌藥物，來取代目前在處方列表中的品牌藥物，或是對品牌藥物新增新的限制或將其移至不同的分攤費用等級，或兩者併行。或是我們可能會根據新臨床準則做出變更。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，或當會員要求補藥時，會員會收到 30 天的藥物供應量。

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例外通融，繼續為您承保品牌藥物。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 2023 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 2023 保險年內中斷或減少該藥物的給付。這表示這些藥物在保險年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藥物清單，以瞭解任何藥物變更。

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。

隨附處方列表截至 2023 年 12 月為最新資訊。我們將每月更新印刷版的處方列表，並將在 Humana.com/medicaredruglist 上提供。

如需 Humana 承保藥物的最新資訊，請造訪 Humana.com/medicaredruglist。

「藥物清單搜尋」工具可讓您依名稱或藥物類型搜尋您的藥物。

如有任何問題，請致電 Humana 客戶服務部：**1-800-457-4708** (聽障專線：711)。4 月 1 日至 9 月 30 日，每週五天，或 10 月 1 日至 3 月 31 日，每週七天，東部時間上午 8 點至晚上 8 點。我們的自動化電話系統可在正常上班時間以外、週末和假日使用。此外，我們的網站全年無休，請造訪 Humana.com。

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 12 頁。我們根據藥物所治療病症的類型將藥物分組。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 12 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

如果您不確定您的藥物分類，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在其中。請查看索引以搜尋您的藥物。在每種藥物旁邊，您會看到頁碼，您可以在該頁找到保險資訊。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 - 首選非品牌藥物**：本計劃中分攤費用最低的非品牌藥物或品牌藥物
- **第 2 級 - 非品牌藥物**：本計劃提供費用高於第 1 級首選非品牌藥物的非品牌或品牌藥物
- **第 3 級 - 首選品牌藥物**：本計劃所提供之費用低於第 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

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
- 您是否到網路內藥房購買處方藥
- 您目前的藥物付款階段 - 請閱讀您的保險證明 (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。請參閱您的保險證明 (EOC) 或致電客戶服務，以瞭解您的費用為何。

我的保險是否有任何限制？

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。這些稱為用藥管理規定。這些要求和限制可能包括：

- **事先授權 (PA)**：Humana 會要求您獲得某些藥物的事先授權，如此您的計劃才會承保。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)**：對某些藥物，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保險一天最多一顆。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，然後才會承保治療相同病症的另一種藥物。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 (B vs D)**：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。

胰島素費用節省方案

您的計劃參與了「胰島素費用節省方案」，該方案在 D 部分福利的前三個藥物付款階段 (免賠額 (如果適用)、初始保險和保險缺口)，針對特定胰島素提供可負擔且可預測的共付額。若要進一步瞭解「胰島素費用節省方案」，請造訪 Humana.com/insulin，或參閱您的保險證明以瞭解其他詳細資料。

若要識別哪些特定胰島素有參與「胰島素費用節省方案」，請在「用藥管理」欄中尋找標有 **ISP** 者。

您可以查看第 12 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。

您可以要求 Humana 例外通融這些限制或限額。請參閱第 7 頁的「**我該如何申請處方列表例外通融？**」一節，以取得如何申請例外通融的相關資訊。

如果我的藥物不在處方列表中，該怎麼辦？

如果您的藥物不包括在這份承保藥物名單中，請造訪 Humana.com/medicaredruglist，查看您的計劃是否承保您的藥物。您也可以致電客戶服務，詢問您的藥物是否有承保。

如果 Humana 不承保您的藥物，您有兩個選擇：

- 您可以向客戶服務索取 Humana 承保之類似藥物的清單。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。

請洽詢您的醫療保健服務提供者，以決定您是否應換至其他承保的藥物，或是您是否應申請處方列表例外通融，讓該藥物可考慮被承保。

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。雖然某些複方藥可能符合 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 就保險規則做出例外通融。您可以要求幾種類型的例外通融。

- **處方列表例外通融：**如果藥物不在處方列表中，您可以申請承保該藥物。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：**您可以要求您的藥物不適用承保限制或限額。例如，若您的藥物有數量限制，您可以要求不適用該限制，並承保更多的藥物劑量。
- **等級例外通融：**您可以為您的藥物申請更高等級的承保。例如，如果您的藥物通常被視為非首選藥物，您可以申請將其改以首選藥物承保。這會降低您須支付的藥費。請記住，如果不在處方列表上的藥物獲得承保核准，就無法針對該藥物申請更高等級的承保。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其他限制，對於治療您的健康病症並無相同效果和/或可能造成不良醫療效果的情況下，Humana 才會核准您的例外通融申請。

您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保險決定。

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，我們必須在收到您醫療保健服務提供者的支持聲明後，於 72 小時內做出決定。若您或您的醫療保健服務提供者認為，若讓您等待長達 72 小時會嚴重影響您的健康，您可以申請快速或加快例外通融。如果我們同意您的加快申請，我們必須在收到您醫療保健服務提供者的支持聲明後的 24 小時內做出決定。

如果我的藥物不在處方列表中，我的計劃會承保嗎？

您可以服用計劃不承保的藥物。或者，您可以和您的提供者討論服用您的計劃承保、但可能有用藥管理規定(例如事先授權或階梯療法，使得您無法立即取得藥物)的不同藥物。在某些情況下，我們可能會在您成為計劃會員的前 90 天內，給付您的藥物 30 天供應量。

以下是我們針對您目前不在處方列表中的每一種 D 部分藥物，或是您藥物取得能力有限的情況所做的處理：

- 當您前往藥房時，除非您的處方少於 30 天(在此情況下，我們將允許多次續藥，以提供最多總計 30 天的藥量)，否則我們將暫時給付您的藥物 30 天供應量。
- 在您獲得首次 30 天供應量後，藥物將不再獲得承保，即使您成為計劃會員的時間少於 90 天亦同，處方列表例外通融獲得核准的情形則不在此限。

在您成為計劃會員的前 90 天內，如果您是長期照護設施的居民，且您服用不在處方列表中的 D 部分藥物，除非您的處方少於 31 天(在此情況下，我們將允許多次續藥，以提供最多總計 31 天的藥量)，否則我們將給付 31 天供應量。當您申請處方列表例外通融時，若符合下列情形，除非您的處方少於 31 天(在此情況下，我們將允許多次續藥，總共可提供 31 天的藥量)，否則我們將緊急給付您的藥物 31 天供應量：

- 您需要的藥物不在處方列表上或
- 您的藥物取得能力有限且
- 您已成為計劃會員超過 90 天

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 部分保險的會員
- 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保險。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™

您可以在任何網路內藥房購買藥物。也可以選擇使用 CenterWell Pharmacy - Humana 的郵購藥房。CenterWell 藥房是許多 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**。您也可以與 CenterWell Pharmacy 聯絡，號碼為 **1-844-222-2151** (**聽障專線：711**)，週一至週五上午 8 點至晚上 11 點 (東部時間)、週六上午 8 點至下午 6 點 30 分 (東部時間)。

我們的網路內也有其他藥房可供選擇。

更多資訊

如需關於您的 Humana 處方藥保險的更多詳細資訊，請閱讀您的保險證明 (EOC) 及其他計劃資料。

如有任何問題，請致電 Humana 客戶服務部：**1-800-457-4708 (聽障專線：711)**。4月1日至9月30日，每週五天，或10月1日至3月31日，每週七天，東部時間上午8點至晚上8點。我們的自動化電話系統可在正常上班時間以外、週末和假日使用。此外，我們的網站全年無休，請造訪 **Humana.com**。

若有關於 Medicare 處方藥保險的一般問題，請致電 Medicare：

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。聽障人士請致電

1-877-486-2048。

您也可以造訪 **www.medicare.gov**。

Humana 處方列表

下一頁開始的處方列表提供 Humana 承保藥物的保險資訊。如果清單中找不到您的藥物，請翻至第 29 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，請造訪我們的網站 [Humana.com](https://www.humana.com)。

您的 Humana 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 28 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。

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		
acetaminophen-codeine 300-30 mg TABLET DL	3	QL (每 30 天 360 劑量)
BELBUCA 150 MCG, 300 MCG, 450 MCG, 600 MCG, 75 MCG, 750 MCG, 900 MCG FILM DL	4	QL (每 30 天 60 劑量)
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)
morphine 15 mg TABLET ER DL	3	QL (每 30 天 120 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)
XTAMPZA ER 13.5 MG, 18 MG, 27 MG, 36 MG, 9 MG CAPSULE ER SPRINKLE 12 HR. DL	3	QL (每 30 天 60 劑量)
抗成癮/藥物濫用治療藥物		
acamprosate 333 mg TABLET, DR/EC MO	4	
VIVITROL 380 MG SUSPENSION, ER, RECON DL	5	QL (每 28 天 1 劑量)
ZUBSOLV 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG SUBLINGUAL TABLET MO	2	QL (每 30 天 90 劑量)
ZUBSOLV 11.4-2.9 MG SUBLINGUAL TABLET MO	2	QL (每 30 天 30 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	
clarithromycin 125 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	4	
clindamycin hcl 300 mg CAPSULE MO	2	
doxycycline hyclate 100 mg CAPSULE MO	3	
doxycycline hyclate 100 mg TABLET MO	3	
levofloxacin 500 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 11 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

B vs D - B 部分相較於 D 部分 • MO - 郵購 • PA - 事先授權 • QL - 數量限制 • ST - 階梯療法
 • DL - 配藥限制 • ISP - 胰島素費用節省方案 • LA - 有限存取

藥物名稱	等級	用藥管理規定
metronidazole 500 mg TABLET MO	2	
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 100 mg CAPSULE MO	3	
NUZYRA 150 MG TABLET DL	5	QL (每 14 天 30 劑量)
SIVEXTRO 200 MG RECON SOLUTION DL	5	QL (每 28 天 6 劑量)
SIVEXTRO 200 MG TABLET DL	5	QL (每 28 天 6 劑量)
sulfacetamide sodium 10 % OINTMENT 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)
lamotrigine 100 mg, 200 mg TABLET MO	1	
levetiracetam 500 mg TABLET MO	2	
primidone 50 mg TABLET MO	2	
XCOPRI 100 MG, 50 MG TABLET DL	5	QL (每 30 天 30 劑量)
XCOPRI 150 MG, 200 MG TABLET DL	5	QL (每 30 天 60 劑量)
XCOPRI MAINTENANCE PACK 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1) TABLET DL	5	QL (每 28 天 56 劑量)
XCOPRI TITRATION PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14) TABLET, DOSE PACK MO	4	QL (每 28 天 28 劑量)
XCOPRI TITRATION PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14) TABLET, DOSE PACK DL	5	QL (每 28 天 28 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)
duloxetine 20 mg CAPSULE, DR/EC MO	2	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 11 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

B vs D - B 部分相較於 D 部分 • MO - 郵購 • PA - 事先授權 • QL - 數量限制 • ST - 階梯療法
 • DL - 配藥限制 • ISP - 胰島素費用節省方案 • LA - 有限存取

藥物名稱	等級	用藥管理規定
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)
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)
imipramine hcl 10 mg TABLET ^{MO}	3	
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	2	
paroxetine hcl 20 mg TABLET ^{MO}	1	QL (每 30 天 30 劑量)
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、QL (每 30 天 90 劑量)
ondansetron hcl 4 mg TABLET ^{MO}	2	BvsD、QL (每 30 天 90 劑量)
promethazine 25 mg TABLET ^{MO}	4	
SANCUSO 3.1 MG/24 HOUR PATCH, WEEKLY ^{DL}	5	QL (每 30 天 4 劑量)
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	
MITIGARE 0.6 MG CAPSULE ^{MO}	3	
抗偏頭痛藥物		
AIMOVIG AUTOINJECTOR 140 MG/ML AUTO-INJECTOR ^{MO}	4	PA、QL (每 30 天 1 劑量)
AIMOVIG AUTOINJECTOR 70 MG/ML AUTO-INJECTOR ^{MO}	4	PA、QL (每 30 天 2 劑量)
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)
rizatriptan 5 mg TABLET ^{MO}	2	QL (每 30 天 12 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 11 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

B vs D - B 部分相較於 D 部分 • MO - 郵購 • PA - 事先授權 • QL - 數量限制 • ST - 階梯療法
 • DL - 配藥限制 • ISP - 胰島素費用節省方案 • LA - 有限存取

藥物名稱	等級	用藥管理規定
sumatriptan succinate 100 mg TABLET ^{MO}	1	QL (每 30 天 9 劑量)
topiramate 50 mg TABLET ^{MO}	2	QL (每 30 天 120 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)
CABOMETYX 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 30 劑量)
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 28 劑量)
ERLEADA 60 MG TABLET ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 120 劑量)
exemestane 25 mg TABLET ^{MO}	4	QL (每 30 天 60 劑量)
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 21 劑量)
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG TABLET ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 21 劑量)
IMBRUWICA 140 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 120 劑量)
IMBRUWICA 420 MG, 560 MG TABLET ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 28 劑量)
IMBRUWICA 70 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 28 劑量)
NUBEQA 300 MG TABLET ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 120 劑量)
RUXIENCE 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
TRAZIMERA 150 MG, 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)
ZIRABEV 25 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
抗寄生蟲藥		
hydroxychloroquine 200 mg TABLET ^{MO}	2	
nitazoxanide 500 mg TABLET ^{DL}	5	QL (每 30 天 40 劑量)
抗帕金森氏症藥物		
carbidopa-levodopa 25-100 mg TABLET ^{MO}	2	
KYNMOBI 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG FILM ^{DL}	5	PA、QL (每 30 天 150 劑量)
RYTARY 23.75-95 MG CAPSULE, ER ^{MO}	4	ST、QL (每 30 天 360 劑量)
抗精神病藥		
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)

需要關於藥名旁顯示的各項指標的詳細資訊嗎？請翻至第 11 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

B vs D - B 部分相較於 D 部分 • MO - 郵購 • PA - 事先授權 • QL - 數量限制 • ST - 階梯療法

• DL - 配藥限制 • ISP - 胰島素費用節省方案 • LA - 有限存取

藥物名稱	等級	用藥管理規定
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)
PERSERIS 120 MG, 90 MG SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	5	QL (每 28 天 1 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)
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	
dantrolene 100 mg, 50 mg CAPSULE MO	4	
dantrolene 25 mg CAPSULE MO	3	
tizanidine 2 mg, 4 mg TABLET MO	1	
抗病毒藥		
acyclovir 400 mg TABLET MO	2	
DESCOVY 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)
HARVONI 33.75-150 MG PELLETS IN PACKET DL	5	PA、QL (每 28 天 28 劑量)
HARVONI 45-200 MG PELLETS IN PACKET DL	5	PA、QL (每 28 天 56 劑量)
HARVONI 90-400 MG TABLET DL	5	PA、QL (每 28 天 28 劑量)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET DL	5	QL (每 30 天 60 劑量)
ledipasvir-sofosbuvir 90-400 mg TABLET 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 11 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

B vs D - B 部分相較於 D 部分 • MO - 郵購 • PA - 事先授權 • QL - 數量限制 • ST - 階梯療法
 • DL - 配藥限制 • ISP - 胰島素費用節省方案 • LA - 有限存取

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)
valacyclovir 1 gram, 500 mg TABLET ^{MO}	3	
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET ^{DL}	5	PA、QL (每 28 天 28 劑量)
XOFLUZA 40 MG TABLET ^{MO}	4	QL (每 365 天 10 劑量)
XOFLUZA 80 MG TABLET ^{MO}	4	QL (每 365 天 5 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)
buspirone 10 mg, 15 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
clonazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{DL}	3	
diazepam 10 mg TABLET ^{DL}	3	QL (每 30 天 120 劑量)
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		
BAQSIMI 3 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	3	
BYDUREON BCISE 2 MG/0.85 ML AUTO-INJECTOR ^{MO}	4	QL (每 28 天 3.4 劑量)
FARXIGA 10 MG TABLET ^{MO}	4	QL (每 30 天 30 劑量)
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{MO}	3	ISP
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) CARTRIDGE ^{MO}	3	ISP
FIASP U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION ^{MO}	3	ISP
glimepiride 2 mg, 4 mg TABLET ^{MO}	1	
glipizide 10 mg TABLET, ER 24 HR. ^{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)
GVOKE 1 MG/0.2 ML SOLUTION ^{MO}	3	
GVOKE HYPOOPEN 2-PACK 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML AUTO-INJECTOR ^{MO}	3	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML SYRINGE ^{MO}	3	
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 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 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)

需要關於藥名旁顯示的各項指標的詳細資訊嗎？請翻至第 11 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

B vs D - B 部分相較於 D 部分 • MO - 郵購 • PA - 事先授權 • QL - 數量限制 • ST - 階梯療法
 • DL - 配藥限制 • ISP - 胰島素費用節省方案 • LA - 有限存取

藥物名稱	等級	用藥管理規定
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, 2.5-850 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)
KOMBIGLYZE XR 2.5-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE ^{MO}	4	QL (每 30 天 60 劑量)
KOMBIGLYZE XR 5-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE ^{MO}	4	QL (每 30 天 30 劑量)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{MO}	3	ISP
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION ^{MO}	3	ISP
LEVEMIR FLEXTOUCH U100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{MO}	3	ISP
LEVEMIR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION ^{MO}	3	ISP
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	QL (每 28 天 2 劑量)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN ^{MO}	3	ISP
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION ^{MO}	3	ISP
NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{MO}	3	ISP
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION ^{MO}	3	ISP
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{MO}	3	ISP
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SOLUTION ^{MO}	3	ISP
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN ^{MO}	3	ISP
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE ^{MO}	3	ISP
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION ^{MO}	3	ISP
ONGLYZA 2.5 MG, 5 MG TABLET ^{MO}	4	QL (每 30 天 30 劑量)
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML) PEN INJECTOR ^{MO}	3	QL (每 28 天 1.5 劑量)
OZEMPIC 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) PEN INJECTOR ^{MO}	3	QL (每 28 天 3 劑量)
pioglitazone 15 mg, 30 mg TABLET ^{MO}	1	QL (每 30 天 30 劑量)
RYBELSUS 14 MG, 3 MG, 7 MG TABLET ^{MO}	3	QL (每 30 天 30 劑量)
SOLIQUA 100/33 100 UNIT-33 MCG/ML INSULIN PEN ^{MO}	3	QL (每 24 天 15 劑量), ISP
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 ^{MO}	3	ISP
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML) INSULIN PEN ^{MO}	3	ISP
TRADJENTA 5 MG TABLET ^{MO}	3	QL (每 30 天 30 劑量)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{MO}	3	ISP

需要關於藥名旁顯示的各項指標的詳細資訊嗎？請翻至第 11 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

B vs D - B 部分相較於 D 部分 • MO - 郵購 • PA - 事先授權 • QL - 數量限制 • ST - 階梯療法
 • DL - 配藥限制 • ISP - 胰島素費用節省方案 • LA - 有限存取

藥物名稱	等級	用藥管理規定
TRESIBA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION ^{MO}	3	ISP
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	QL (每 28 天 2 劑量)
VICTOZA 3-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) PEN INJECTOR ^{MO}	3	QL (每 30 天 9 劑量)
XIGDUO XR 10-1,000 MG, 10-500 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	4	QL (每 30 天 30 劑量)
XULTOPHY 100/3.6 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML) INSULIN PEN ^{MO}	3	QL (每 30 天 15 劑量), ISP
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)
PROCRIT 10,000 UNIT/ML SOLUTION ^{MO}	4	PA、QL (每 30 天 14 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, 40,000 UNIT/ML SOLUTION ^{MO}	4	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)
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	

需要關於藥名旁顯示的各項指標的詳細資訊嗎？請翻至第 11 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

B vs D - B 部分相較於 D 部分 • MO - 郵購 • PA - 事先授權 • QL - 數量限制 • ST - 階梯療法
• DL - 配藥限制 • ISP - 胰島素費用節省方案 • LA - 有限存取

藥物名稱	等級	用藥管理規定
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}	2	
clonidine hcl 0.1 mg TABLET ^{MO}	1	
CORLANOR 5 MG, 7.5 MG TABLET ^{MO}	4	PA、QL (每 30 天 60 劑量)
digoxin 125 mcg (0.125 mg) TABLET ^{MO}	2	QL (每 30 天 30 劑量)
diltiazem hcl 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	2	QL (每 30 天 60 劑量)
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	
guanfacine 1 mg TABLET ^{MO}	2	
hydralazine 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	2	
hydrochlorothiazide 12.5 mg CAPSULE ^{MO}	1	
hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg TABLET ^{MO}	1	
irbesartan 300 mg TABLET ^{MO}	1	QL (每 30 天 30 劑量)
isosorbide mononitrate 30 mg, 60 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	
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)
lovastatin 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	1	
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)
NEXLETOL 180 MG TABLET ^{MO}	3	PA、QL (每 30 天 30 劑量)
NEXLIZET 180-10 MG TABLET ^{MO}	3	PA、QL (每 30 天 30 劑量)
nitroglycerin 0.4 mg SUBLINGUAL TABLET ^{MO}	3	
olmesartan 40 mg TABLET ^{MO}	1	QL (每 30 天 30 劑量)
pravastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 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)

需要關於藥名旁顯示的各項指標的詳細資訊嗎？請翻至第 11 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

B vs D - B 部分相較於 D 部分 • MO - 郵購 • PA - 事先授權 • QL - 數量限制 • ST - 階梯療法
 • DL - 配藥限制 • ISP - 胰島素費用節省方案 • LA - 有限存取

藥物名稱	等級	用藥管理規定
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)
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)
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)
GILENYA 0.5 MG CAPSULE DL	5	PA、QL (每 30 天 30 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)
SAVELLA 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG TABLET MO	3	QL (每 30 天 60 劑量)
SAVELLA 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42) TABLET, DOSE PACK MO	3	QL (每 28 天 55 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	
triamcinolone acetonide 0.1 % PASTE MO	3	
皮膚科藥物		
ENSTILAR 0.005-0.064 % FOAM MO	4	QL (每 30 天 120 劑量)
erythromycin with ethanol 2 % SOLUTION MO	4	QL (每 30 天 120 劑量)
mupirocin 2 % OINTMENT MO	2	
OTEZLA 30 MG TABLET DL	5	PA、QL (每 30 天 60 劑量)
OTEZLA STARTER 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47) TABLET, DOSE PACK DL	5	PA、QL (每 28 天 55 劑量)
REGRANEX 0.01 % GEL DL	5	PA
電解質/礦物質/金屬/維生素		
calcium acetate(phosphat bind) 667 mg CAPSULE MO	3	
ISOLYTE S PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION MO	4	
PLASMA-LYTE 148 PARENTERAL SOLUTION MO	4	
PLASMA-LYTE A PARENTERAL SOLUTION MO	4	
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 11 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

B vs D - B 部分相較於 D 部分 • MO - 郵購 • PA - 事先授權 • QL - 數量限制 • ST - 階梯療法
 • DL - 配藥限制 • ISP - 胰島素費用節省方案 • LA - 有限存取

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	
VELTASSA 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM POWDER IN PACKET MO	3	QL (每 30 天 30 劑量)
胃腸道藥物		
CLENPIQ 10 MG-3.5 GRAM-12 GRAM/160 ML SOLUTION MO	3	
dicyclomine 10 mg CAPSULE MO	2	
dicyclomine 20 mg TABLET 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	
lactulose 10 gram/15 ml SOLUTION MO	2	
LINZESS 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG CAPSULE MO	3	QL (每 30 天 30 劑量)
misoprostol 200 mcg TABLET MO	3	
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)
PYLERA 140-125-125 MG CAPSULE MO	4	QL (每 30 天 120 劑量)
sucralfate 1 gram TABLET MO	2	
XIFAXAN 200 MG TABLET DL	5	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		
CERDELGA 84 MG CAPSULE DL	5	PA
CREON 24,000-76,000 -120,000 UNIT CAPSULE, DR/EC MO	3	
ELELYSO 200 UNIT RECON SOLUTION DL	5	PA
PROLASTIN-C 1,000 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
ZENPEP 25,000-79,000- 105,000 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)
oxybutynin chloride 10 mg, 5 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	

需要關於藥名旁顯示的各項指標的詳細資訊嗎？請翻至第 11 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

B vs D - B 部分相較於 D 部分 • MO - 郵購 • PA - 事先授權 • QL - 數量限制 • ST - 階梯療法
 • DL - 配藥限制 • ISP - 胰島素費用節省方案 • LA - 有限存取

藥物名稱	等級	用藥管理規定
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
荷爾蒙類藥物，刺激/替代/調節 (性荷爾蒙/調節劑)		
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET MO	4	PA、QL (每 30 天 30 劑量)
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	
liothyronine 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg TABLET MO	3	
荷爾蒙類藥物，抑制劑 (腦下垂體)		
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG KIT DL	5	PA、QL (每 28 天 1 劑量)
ORGOVYX 120 MG TABLET DL	5	PA、QL (每 30 天 32 劑量)
SOMATULINE DEPOT 120 MG/0.5 ML SYRINGE DL	5	PA、QL (每 28 天 0.5 劑量)
SOMATULINE DEPOT 60 MG/0.2 ML SYRINGE DL	5	PA、QL (每 28 天 0.2 劑量)
SOMATULINE DEPOT 90 MG/0.3 ML SYRINGE DL	5	PA、QL (每 28 天 0.3 劑量)
免疫科藥物		
COSENTYX 75 MG/0.5 ML SYRINGE DL	5	PA、QL (每 28 天 2 劑量)
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)
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)
ENBREL 25 MG (1 ML) RECON SOLUTION DL	5	PA、QL (每 28 天 8 劑量)
ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) SYRINGE DL	5	PA、QL (每 28 天 8 劑量)
ENBREL 25 MG/0.5 ML SOLUTION DL	5	PA、QL (每 28 天 8 劑量)
ENBREL MINI 50 MG/ML (1 ML) CARTRIDGE DL	5	PA、QL (每 28 天 8 劑量)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML (1 ML) PEN INJECTOR DL	5	PA、QL (每 28 天 8 劑量)
ENVARSUS XR 0.75 MG, 1 MG TABLET, ER 24 HR. MO	4	PA

需要關於藥名旁顯示的各項指標的詳細資訊嗎？請翻至第 11 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

B vs D - B 部分相較於 D 部分 • MO - 郵購 • PA - 事先授權 • QL - 數量限制 • ST - 階梯療法
 • DL - 配藥限制 • ISP - 胰島素費用節省方案 • LA - 有限存取

藥物名稱	等級	用藥管理規定
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML (10 %) SOLUTION DL	5	PA
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 CROHNS-UC-HS START 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)
KEVZARA 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML PEN INJECTOR DL	5	PA、QL(每 28 天 2.28 劑量)
KEVZARA 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML SYRINGE DL	5	PA、QL(每 28 天 2.28 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 DL	1	
SKYRIZI 150 MG/ML PEN INJECTOR	5	PA、QL(每 365 天 6 劑量)
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE	5	PA、QL(每 365 天 6 劑量)
SKYRIZI 150MG/1.66ML(75 MG/0.83 ML X2) SYRINGE KIT	5	PA、QL(每 365 天 6 劑量)
STELARA 45 MG/0.5 ML SOLUTION DL	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)
TDVAX 2-2 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION DL	1	
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)
RAYALDEE 30 MCG CAPSULE, ER 24 HR. DL	5	QL(每 30 天 60 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	
butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 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 11 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

B vs D - B 部分相較於 D 部分 • MO - 郵購 • PA - 事先授權 • QL - 數量限制 • ST - 階梯療法
 • DL - 配藥限制 • ISP - 胰島素費用節省方案 • LA - 有限存取

藥物名稱	等級	用藥管理規定
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) CARTRIDGE MO	3	
RECTIV 0.4 % (W/W) OINTMENT MO	4	QL (每 30 天 30 劑量)
V-GO 20 DEVICE MO	3	
V-GO 30 DEVICE MO	3	
V-GO 40 DEVICE MO	3	
眼科藥物		
ALPHAGAN P 0.1 % DROPS MO	3	
azelastine 0.05 % DROPS MO	3	
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	
DUREZOL 0.05 % DROPS MO	3	
erythromycin 5 mg/gram (0.5 %) OINTMENT MO	2	QL (每 28 天 3.5 劑量)
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)
ketorolac 0.5 % DROPS MO	2	QL (每 30 天 10 劑量)
latanoprost 0.005 % DROPS MO	1	QL (每 25 天 5 劑量)
levobunolol 0.5 % DROPS MO	1	
LOTEMAX SM 0.38 % DROPS, GEL MO	4	
LUMIGAN 0.01 % DROPS MO	3	QL (每 25 天 2.5 劑量)
moxifloxacin 0.5 % DROPS MO	3	
prednisolone acetate 1 % DROPS, SUSPENSION MO	3	
RESTASIS 0.05 % DROPPERETTE MO	3	QL (每 30 天 60 劑量)
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % DROPS MO	3	QL (每 25 天 5.5 劑量)
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)
timolol maleate 0.5 % DROPS MO	1	
VYZULTA 0.024 % DROPS MO	4	QL (每 30 天 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	3	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 90 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER MO	3	QL (每 30 天 36 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 11 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

B vs D - B 部分相較於 D 部分 • MO - 郵購 • PA - 事先授權 • QL - 數量限制 • ST - 階梯療法
 • DL - 配藥限制 • ISP - 胰島素費用節省方案 • LA - 有限存取

藥物名稱	等級	用藥管理規定
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE ^{MO}	3	QL (每 30 天 30 劑量)
azelastine 137 mcg (0.1 %) AEROSOL SPRAY ^{MO}	3	QL (每 25 天 30 劑量)
BEVESPI AEROSPHERE 9-4.8 MCG HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	4	QL (每 30 天 10.7 劑量)
BREO ELLIPTA 100-25 MCG/DOSE, 200-25 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)
FLOVENT DISKUS 250 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE ^{MO}	3	QL (每 30 天 60 劑量)
FLOVENT HFA 220 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	3	QL (每 30 天 24 劑量)
FLOVENT HFA 44 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	3	QL (每 30 天 10.6 劑量)
fluticasone propion-salmeterol 250-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE ^{MO}	3	QL (每 30 天 60 劑量)
fluticasone propionate 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION ^{MO}	2	QL (每 30 天 16 劑量)
hydroxyzine pamoate 25 mg CAPSULE ^{MO}	3	
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)
OFEV 100 MG, 150 MG CAPSULE ^{DL,LA}	5	PA、QL (每 30 天 60 劑量)
OPSUMIT 10 MG TABLET ^{DL,LA}	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)
zafirlukast 20 mg TABLET ^{MO}	4	QL (每 30 天 60 劑量)
骨骼肌鬆弛劑		
cyclobenzaprine 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	2	
methocarbamol 500 mg, 750 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 11 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

B vs D - B 部分相較於 D 部分 • MO - 郵購 • PA - 事先授權 • QL - 數量限制 • ST - 階梯療法
 • DL - 配藥限制 • ISP - 胰島素費用節省方案 • LA - 有限存取

藥物名稱	等級	用藥管理規定
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}	4	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 11 頁。需要更多有關用藥管理規定的資訊嗎？請翻至第 6 頁。

B vs D - B 部分相較於 D 部分 • MO - 郵購 • PA - 事先授權 • QL - 數量限制 • ST - 階梯療法
 • DL - 配藥限制 • ISP - 胰島素費用節省方案 • LA - 有限存取

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 Humana 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)。

B vs D - B 部分相較於 D 部分 • MO - 郵購 • PA - 事先授權 • QL - 數量限制 • ST - 階梯療法
• DL - 配藥限制 • ISP - 胰島素費用節省方案 • LA - 有限存取

28 - 2023 年 HUMANA 簡略處方列表 (更新日期 2023 年 12 月)

Index

A	B	C
ABILIFY MAINTENA... 15	baclofen... 16	CLENPIQ... 22
acamprosate... 12	BAQSIMI... 17	clindamycin hcl... 12
acetaminophen-codeine... 12	BD ALCOHOL SWABS... 24	clonazepam... 17
acyclovir... 16	BELBUCA... 12	clonidine hcl... 20
ADEMPAS... 25	BELSOMRA... 27	clopidogrel... 19
ADVAIR DISKUS... 25	BETASERON... 21	clotrimazole-betamethasone... 14
ADVAIR HFA... 25	BEVESPI AEROSPHERE... 26	COMBIGAN... 25
AIMOVIG AUTOINJECTOR... 14	BREO ELLIPTA... 26	COMBIVENT RESPIMAT... 26
albuterol sulfate... 25	BREZTRI AEROSPHERE... 26	CONTRAVE... 28
ALECENSA... 15	BRILINTA... 19	COPAXONE... 21
alendronate... 24	brimonidine... 25	CORLANOR... 20
allopurinol... 14	bumetanide... 20	COSENTYX (2 SYRINGES)... 23
ALPHAGAN P... 25	bupropion hcl... 13	COSENTYX PEN (2 PENS)... 23
alprazolam... 17	buspirone... 17	COSENTYX... 23
ALUNBRIG... 15	butalbital-acetaminophen-caff... 24	CREON... 22
amiodarone... 19	BYDUREON BCISE... 17	cyanocobalamin (vitamin b-12)... 28
amitriptyline... 13	C	cyclobenzaprine... 26
amlodipine... 19	CABOMETYX... 15	D
amoxicillin... 12	calcium acetate(phosphat bind)... 21	dantrolene... 16
amoxicillin-pot clavulanate... 12	carbidopa-levodopa... 15	DESCOVY... 16
anastrozole... 15	carvedilol... 20	diazepam... 17
ARISTADA INITIO... 16	cefdinir... 12	diclofenac sodium... 12
ARISTADA... 15, 16	celecoxib... 12	dicyclomine... 22
ARNUITY ELLIPTA... 26	cephalexin... 12	digoxin... 20
atenolol... 20	CERDELGA... 22	diltiazem hcl... 20
atorvastatin... 20	chlorhexidine gluconate... 21	dodex... 28
AUSTEDO... 21	chlorthalidone... 20	donepezil... 13
azelastine... 25, 26	ciprofloxacin hcl... 12	dorzolamide-timolol... 25
azithromycin... 12	citalopram... 13	doxycycline hydyclate... 12
	clarithromycin... 12	DUAVEE... 23

duloxetine... 13, 14	fenofibrate nanocrystallized... 20	HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS... 24
DUPIXENT PEN... 23	fenofibrate... 20	HUMIRA PEN... 24
DUPIXENT SYRINGE... 23	FIASP FLEXTOUCH U-100	HUMIRA... 24
DUREZOL... 25	INSULIN... 17	
	FIASP PENFILL U-100 INSULIN... 17	HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER... 24
E	FIASP U-100 INSULIN... 17	
ELELYSO... 22	finasteride... 22	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS... 24
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START... 19	FLOVENT DISKUS... 26	HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC... 24
ELIQUIS... 19	FLOVENT HFA... 26	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS... 24
EMGALITY PEN... 14	fluconazole... 14	HUMIRA(CF) PEN... 24
EMGALITY SYRINGE... 14	fluoxetine... 14	HUMIRA(CF)... 24
ENBREL MINI... 23	fluticasone propion-salmeterol... 26	hydralazine... 20
ENBREL SURECLICK... 23	fluticasone propionate... 26	hydrochlorothiazide... 20
ENBREL... 23	folic acid... 28	hydrocodone-acetaminophen... 12
ENSTILAR... 21	FORTEO... 24	hydroxychloroquine... 15
ENTRESTO... 20	furosemide... 20	hydroxyzine hcl... 17
ENVARSUS XR... 23		hydroxyzine pamoate... 26
EPCLUSA... 16	G	I
EPIDIOLEX... 13	gabapentin... 13	IBRANCE... 15
ergocalciferol (vitamin d2)... 28	GAMUNEX-C... 24	ibuprofen... 12
ERIVEDGE... 15	GEMTESA... 22	ILEVRO... 25
ERLEADA... 15	GENVOYA... 16	IMBRUICA... 15
erythromycin with ethanol... 21	GILENYA... 21	imipramine hcl... 14
erythromycin... 25	glimepiride... 17	INVEGA HAFYERA... 16
escitalopram oxalate... 14	glipizide... 17	INVEGA SUSTENNA... 16
esomeprazole magnesium... 22	GLYXAMBI... 17	INVEGA TRINZA... 16
exemestane... 15	guanfacine... 20	INVOKAMET XR... 17
EYSUVIS... 25	GVOKE HYPOPEN 2-PACK... 17	INVOKAMET... 17
ezetimibe... 20	GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE... 17	INVOKANA... 17
	GVOKE... 17	irbesartan... 20
F		ISENTRESS HD... 16
famotidine... 22	H	ISOLYTE S PH 7.4... 21
FARXIGA... 17	HARVONI... 16	
FASENRA PEN... 26	HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START... 24	

isosorbide mononitrate... 20	lisinopril-hydrochlorothiazide... 20	NEXLETOL... 20
J	lorazepam... 17	NEXLIZET... 20
JANUMET XR... 17	losartan... 20	nitazoxanide... 15
JANUMET... 17	losartan-hydrochlorothiazide... 20	nitrofurantoin monohyd/m-cryst... 13
JANUVIA... 17	LOTEMAX SM... 25	nitroglycerin... 20
JARDIANCE... 18	lovastatin... 20	NIVESTYM... 19
JENTADUETO XR... 18	LUMIGAN... 25	NOVOLIN N FLEXPEN... 18
JENTADUETO... 18	LUPRON DEPOT-PED... 23	NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN... 18
K	M	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100... 18
KESIMPTA PEN... 21	meclizine... 14	NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN... 18
ketoconazole... 14	meloxicam... 12	NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN... 18
ketorolac... 25	memantine... 13	NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN... 18
KEVZARA... 24	metformin... 18	NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100... 18
KOMBIGLYZE XR... 18	methocarbamol... 26	NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN... 18
KYNMOBI... 15	methotrexate sodium... 24	NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART... 18
L	methylprednisolone... 22	NUBEQA... 15
lactulose... 22	metoprolol succinate... 20	NUCALA... 26
lamotrigine... 13	metoprolol tartrate... 20	NUZYRA... 13
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN... 18	metronidazole... 13	O
LANTUS U-100 INSULIN... 18	mirtazapine... 14	ODEFSEY... 17
latanoprost... 25	misoprostol... 22	OFEV... 26
ledipasvir-sofosbuvir... 16	MITIGARE... 14	olmesartan... 20
LEVEMIR FLEXTOUCH U100 INSULIN... 18	montelukast... 26	omeprazole... 22
LEVEMIR U-100 INSULIN... 18	morphine... 12	OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)... 25
levetiracetam... 13	MOUNJARO... 18	OMNITROPE... 23
levobunolol... 25	MOVANTIK... 22	ondansetron hcl... 14
levocetirizine... 26	moxifloxacin... 25	ondansetron... 14
levofloxacin... 12	MULTAQ... 20	
levothyroxine... 23	mupirocin... 21	
LINZESS... 22	MYRBETRIQ... 22	
liothyronine... 23	N	
lisinopril... 20	NAMZARIC... 13	
	naproxen... 12	

ONGLYZA...	18	RECTIV...	25	STRIVERDI RESPIMAT...	26
OPSUMIT...	26	REGRANEX...	21	sucralfate...	22
ORGOVYX...	23	REPATHA PUSHTRONEX...	20	sulfacetamide sodium...	13
OSPHENA...	23	REPATHA SURECLICK...	20	sulfamethoxazole-trimethoprim...	13
OTEZLA STARTER...	21	REPATHA SYRINGE...	20	sumatriptan succinate...	15
OTEZLA...	21	RESTASIS MULTIDOSE...	25	SYMBICORT...	26
oxybutynin chloride...	22	RESTASIS...	25	SYNJARDY XR...	18
oxycodone...	12	RETACRIT...	19	SYNJARDY...	18
oxycodone-acetaminophen...	12	RHOPRESSA...	25		T
OZEMPI...	18	RINVOQ...	24	tamsulosin...	22
		RISPERDAL CONSTA...	16	TDVAX...	24
P		rizatriptan...	14	temazepam...	27
pantoprazole...	22	ROCKLATAN...	25	timolol maleate...	25
paroxetine hcl...	14	rosuvastatin...	21	tizanidine...	16
PERSERIS...	16	RUXIENCE...	15	topiramate...	15
pioglitazone...	18	RYBELSUS...	18	torsemide...	21
PLASMA-LYTE A...	21	RYTARY...	15	TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR...	18
PLASMA-LYTE 148...	21			TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN...	18
potassium chloride...	21, 22	S		TRADJENTA...	18
pravastatin...	20	SANCUSO...	14	tramadol...	12
prednisolone acetate...	25	SAVELLA...	21	TRAZIMERA...	15
prednisone...	23	sertraline...	14	trazodone...	14
pregabalin...	21	SHINGRIX (PF)...	24	TRELEGY ELLIPTA...	26
PREMARIN...	23	sildenafil...	28	TRESIBA FLEXTOUCH U-100...	18
primidone...	13	simvastatin...	21	TRESIBA U-100 INSULIN...	19
PROCRT...	19	SIVEXTRO...	13	triamicinolone acetonide...	21, 23
PROLASTIN-C...	22	SKYRIZI...	24	triamterene-hydrochlorothiazid...	21
PROLIA...	24	SOLIQUA 100/33...	18	TRIJARDY XR...	19
promethazine...	14	SOMATULINE DEPOT...	23	TRINTELLIX...	14
PYLERA...	22	SPIRIVA RESPIMAT...	26	TRULICITY...	19
		SPIRIVA WITH HANDIHALER...	26	TYMLOS...	24
Q		spironolactone...	21		
quetiapine...	16	STELARA...	24		
		STIOLTO RESPIMAT...	26		
R					
RAYALDEE...	24				

U

UDENYCA... 19

V

V-GO 20... 25

V-GO 30... 25

V-GO 40... 25

valacyclovir... 17

valsartan... 21

VASCEPA... 21

VELTASSA... 22

venlafaxine... 14

VENTOLIN HFA... 26

VERZENIO... 15

VICTOZA 3-PAK... 19

vitamin d2... 28

VIVITROL... 12

VOSEVI... 17

VUMERITY... 21

VYZULTA... 25

W

warfarin... 19

X

XARELTO DVT-PE TREAT 30D

START... 19

XARELTO... 19

XCOPRI MAINTENANCE PACK... 13

XCOPRI TITRATION PACK... 13

XCOPRI... 13

XIFAXAN... 22

XIGDUO XR... 19

XOFLUZA... 17

XTAMPZA ER... 12

XTANDI... 15

XULTOPHY 100/3.6... 19

Z

zafirlukast... 26

ZARXIO... 19

ZEGALOGUE AUTOINJECTOR... 19

ZEGALOGUE SYRINGE... 19

ZENPEP... 22

ZERVIATE... 25

ZIRABEV... 15

zolpidem... 27

ZUBSOLV... 12

ZYPITAMAG... 21

重要信息

在 Humana，我們十分重視讓您得到公平對待。

Humana Inc. 及其附屬機構不會因為種族、膚色、原國籍、年齡、殘障、性別、性傾向、社會性別、性別認同、血統、民族、婚姻狀況、宗教或語言而歧視或排斥任何人。歧視是違法的。Humana 及其附屬機構遵守適用的聯邦民權法。如果您認為自己受到 Humana 或其附屬機構的歧視，您可以透過各種方式獲得幫助。

- 您可以提出投訴，也稱為申訴：

Discrimination Grievances, P.O.Box 14618, Lexington, KY 40512-4618

如果您需要幫助提出申訴，請撥 **1-877-320-1235**（聽障人士請撥 **711**）。

- 您也可以透過民權辦公室的民權申訴入口網站，以電子方式向**美國衛生和人類服務部**

(U.S. Department of Health and Human Services) 民權辦公室提出申訴：

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或者寫信或致電美國衛生和人類服務部，

地址：**U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW,

Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201，電話：**1-800-368-1019** 或 **800-537-7697**

（聽障專線）。您可在 <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 取得投訴表格。

- **加州居民：**您也可以致電加州保險部免費熱線號碼：**1-800-927-HELP (4357)** 提出申訴。

您可以免費使用輔助設備和服務。**1-877-320-1235**（聽障專線：**711**）

Humana 當需要確保平等參與機會時，為殘障人士提供免費輔助幫助和服務，例如合格的手語翻譯員、遠端視訊口譯和其他格式的書面資訊。

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 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 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 (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 بخطتنا الصحية أو خطة الأدوية الموصوفة لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-877-320-1235 (TTY: 711). 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。

備註

備註



本簡略處方列表於 2023 年 12 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 治詢 Humana，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**。

H3533-010, 032, 033

Humana[®]

Humana.com