

Changes to MetroPlusHealth's Formulary

We may immediately remove a drug from our formulary if we are replacing it with a certain new version of that drug that will appear on the same or lower cost-sharing tier and with the same or fewer restrictions. When we add a new version of a drug to our formulary, we may decide to keep the brand name drug or original biological product on our formulary, but immediately move it to a different cost-sharing tier or add new restrictions. If you are currently taking the brand name drug or original biological product, we may not tell you in advance before we make an immediate change, but we will later provide you with information about the specific change(s) we have made.

If a drug is withdrawn from sale by the manufacturer or the Food and Drug Administration (FDA) determines to be withdrawn for safety or effectiveness reasons, we may immediately remove the drug from our formulary and later provide notice to members who take the drug.

Before we make other changes during the year to our Drug List that affect members currently taking a drug and require us to provide advance notice, we will notify affected members of the change at least thirty (30) days before the change becomes effective, or at the time the member requests a refill of the drug for which the member will receive a one-month supply of the drug.

If you are affected by a change in drug coverage or restriction, depending on the type of change, there may be different options to consider. For example:

You may be able to use another drug on our Drug List to treat your medical condition. Alternative drug(s) are provided below to help your prescriber to find a covered drug that might work for you. Ask your prescriber if one of the possible alternative drug(s) is right for you.

You, your prescriber, or your authorized representative can also ask us to make an exception for you. The notice we provide you will also include information on the steps to request an exception. To learn more about coverage decisions and how to ask for an exception, see your *Evidence of Coverage*, or call Customer Care at 1-866-693-4615 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week.

The table below outlines changes to our formulary that may impact you.

Name of Affected Drug	Description of Change	Reason for Change	Alternative Drug(s) *	Alternative Drug(s) Cost-Sharing Tier	Effective Date
AMOXICILLIN & K CLAVULANATE CHEW TAB 200-28.5 MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE FOR SUSP 200-28.5 MG/5ML	Tier 1	01/01/2025
AMOXICILLIN & K CLAVULANATE CHEW TAB 400-57 MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE FOR SUSP 400-57 MG/5ML	Tier 1	05/01/2025
BRONCHITOL CAP 40MG	Deletion Of Drug From Formulary	Medicare Will No Longer Cover	Consult Your Health Care Provider		10/01/2025
CALQUENCE CAP 100MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	CALQUENCE TAB 100MG	Tier 1	10/01/2025
CORLANOR TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	IVABRADINE TAB	Tier 1	01/01/2025
DESOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	KARIVA TAB 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	Tier 1	08/01/2025
DROXIA CAP	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	Consult Your Health Care Provider		03/01/2025
DUPIXENT INJ 100MG/0.67ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	DUPIXENT INJ 200MG/1.14ML	Tier 1	02/01/2025
ENDARI POW 5GM	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	L-GLUTAMINE POW 5GM	Tier 1	01/01/2025
ENTRESTO TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	SACUBITRIL-VALSARTAN TAB	Tier 1	10/01/2025
ERYTHROCIN TAB 250MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	ERYTHROMYCIN TAB 250MG BS	Tier 1	01/01/2025
EUTHYROX TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; UNITHROID TAB	Tier 1	09/01/2025
FENTANYL OT LOZ	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	MORPHINE SULFATE TAB	Tier 1	02/01/2025
ISOSORBIDE MONONITRATE TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	ISOSORB MONONITRATE TAB ER	Tier 1	05/01/2025
IXCHIQ INJ	Deletion Of Drug From Formulary	Market Removal	VIMKUNYA INJ 40MCG/0.8ML	Tier 1	10/01/2025
LEENA TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	ARANELLE TAB	Tier 1	05/01/2025
LEUKERAN TAB 2MG	Deletion Of Drug From Formulary	Medicare Will No Longer Cover	Consult Your Health Care Provider		01/01/2025
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL (91-DAY)	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	RIVELSA TAB; ROSYRAH TAB	Tier 1	09/01/2025
LIBERVANT FILM	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	VALTOCO LIQD	Tier 1	07/01/2025
MICROGESTIN 24 FE TAB 1-20 MG-MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	HAILEY 24 FE TAB 1-20 MG-MCG	Tier 1	02/01/2025
NATACYN SUS 5% OP	Deletion Of Drug From Formulary	Medicare Will No Longer Cover	Consult Your Health Care Provider		01/01/2025

Name of Affected Drug	Description of Change	Reason for Change	Alternative Drug(s) *	Alternative Drug(s) Cost-Sharing Tier	Effective Date
NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB CHEWABLE 0.8 MG-25MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	KAITLIB FE TAB CHEWABLE 0.8 MG-25MCG	Tier 1	05/01/2025
NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	MICROGESTIN TAB FE 1/20; AUROVELA FE TAB 1/20; LARIN FE TAB 1/20; LOESTRIN FE TAB 1/20; TARINA FE TAB 1/20 EQ; FEIRZA TAB 1/20; JUNEL FE TAB 1/20	Tier 1	10/01/2025
NORETHINDRONE ACETATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1.5 MG-30 MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	MICROGESTIN TAB 1.5MG/30MCG	Tier 1	07/01/2025
NORETHINDRONE AC-ETHINYL ESTRAD-FE TAB 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	XARAH FE TAB; TRI-LEGEST FE TAB; XARAH FE TAB	Tier 1	10/01/2025
NYMYO TAB 0.25MG-35MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25MG-35MCG	Tier 1	02/01/2025
PREHEVBRIO SUS 10MCG/ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	ENGERIX-B INJ; HEPLISAV-B INJ; RECOMBIVAX HB INJ	Tier 1	03/01/2025
REGRANEX GEL 0.01%	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	Consult Your Health Care Provider		10/01/2025
SANDIMMUNE SOL 100MG/ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	CYCLOSPORINE CAP	Tier 1	01/01/2025
SELZENTRY TAB 25MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	SELZENTRY SOL 20MG/ML	Tier 1	02/01/2025
SELZENTRY TAB 75MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	SELZENTRY SOL 20MG/ML	Tier 1	02/01/2025
SPRYCEL TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	DASATINIB TAB	Tier 1	02/01/2025
TABLOID TAB 40MG	Deletion Of Drug From Formulary	Medicare Will No Longer Cover	Consult Your Health Care Provider		01/01/2025
TDVAX INJ 2-2 LF	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	TENIVAC INJ 5-2LF	Tier 1	03/01/2025
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05%	Deletion Of Drug From Formulary	Medicare Will No Longer Cover	TOBRAMYCIN-DEXAMETHASONE SUS 0.3-0.1%	Tier 1	01/01/2025
TRECTOR TAB 250MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	Consult Your Health Care Provider		10/01/2025
TRIVORA-28 TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.05-30/0.075-40/0.125-30MG-MCG; ENPRESSE-28 TAB; LEVONEST TAB	Tier 1	09/01/2025
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	VRAYLAR CAP	Tier 1	02/01/2025
ZERVIAE DRO 0.24%	Deletion Of Drug From Formulary	Medicare Will No Longer Cover	AZELASTINE DRO 0.05%	Tier 1	01/01/2025
ZYPREXA RELPREVV INJ	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	RISPERIDONE ER INJ	Tier 1	02/01/2025

*Alternative drug(s) are drugs that you could consider with your prescriber. Only your prescriber can determine alternative drugs that are appropriate for you given the individualized nature of drug therapy. Please consult your prescriber to confirm if this is an appropriate drug for you.

Cambios en el formulario de MetroPlusHealth

Es posible que eliminemos de inmediato un medicamento de nuestro formulario si lo sustituimos por una nueva versión específica de ese medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro formulario, pero trasladarlo de inmediato a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente toma el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no se lo informemos con anticipación antes de realizar un cambio inmediato; sin embargo, más adelante le brindaremos información sobre los cambios específicos que hayamos realizado.

Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) determina que debe retirarse por razones de seguridad o eficacia, podemos eliminar de inmediato el medicamento de nuestro formulario y, luego, notificar a los miembros que toman el medicamento.

Antes de realizar otros cambios durante el año en nuestra Lista de medicamentos que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento y deban recibir un aviso previo, le notificaremos a los miembros afectados acerca del cambio al menos treinta (30) días antes de que este entre en vigor, o en el momento en que el miembro solicita una reposición del medicamento, para el cual recibirá un suministro del medicamento para un mes.

Si usted se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos o en las restricciones, dependiendo del tipo de cambio, podría haber diferentes opciones a considerar. Por ejemplo:

Es posible que pueda tomar otro medicamento de la Lista de medicamentos para tratar su afección médica. A continuación, se muestran medicamentos alternativos para que el profesional que receta encuentre un medicamento con cobertura que sea eficaz para usted. Pregúntele si alguno de los posibles medicamentos alternativos es una buena opción para usted.

Usted, el profesional que receta o su representante autorizado también pueden pedirnos hacer una excepción en su caso. El aviso que le enviaremos también incluirá información sobre los pasos que debe seguir para solicitar una excepción. Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura y cómo solicitar una excepción, consulte su *Evidencia de cobertura* o llame a Atención al Cliente al 1-866-693-4615 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamentos alternativos *	Nivel de costo compartido de los medicamentos alternativos	Fecha de entrada en vigor
AMOXICILINA Y CLAVULANATO DE POTASIO TABLETA MASTICABLE 200-28.5 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	AMOXICILINA Y CLAVULANATO DE POTASIO PARA SUSP. 200-28.5 MG/5 ML	Nivel 1	1/ene/2025
AMOXICILINA Y CLAVULANATO DE POTASIO TABLETA MASTICABLE 400-57 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	AMOXICILINA Y CLAVULANATO DE POTASIO PARA SUSP. 400-57 MG/5 ML	Nivel 1	1/mayo/2025
BRONCHITOL CÁPSULAS 40 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no lo cubrirá	Consulte a su proveedor de atención médica		1/oct/2025
CALQUENCE CÁPSULAS 100 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	CALQUENCE TABLETA 100 MG	Nivel 1	1/oct/2025
CORLANOR TABLETA	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	IVABRADINA TABLETA	Nivel 1	1/ene/2025
DESOGESTREL-ETINILESTRADIOL TABLETA 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	KARIVA TABLETA 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	Nivel 1	1/ago/2025
DROXIA CÁPSULAS	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	Consulte a su proveedor de atención médica		1/marzo/2025
DUPIXENT INYECTABLE 100 MG/0.67 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	DUPIXENT INYECTABLE 200 MG/1.14 ML	Nivel 1	1/feb/2025
ENDARI EN POLVO 5 G	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	L-GLUTAMINA EN POLVO 5 G	Nivel 1	1/ene/2025
ENTRESTO TABLETA	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	SACUBITRIL-VALSARTAN TABLETA	Nivel 1	1/oct/2025
ERITROCINA TABLETA 250 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	ERITROMICINA TABLETA 250 MG BLÍSTER	Nivel 1	1/ene/2025
EUTHYROX TABLETA	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	LEVOTIROXINA SÓDICA TABLETA; UNITHROID TABLETA	Nivel 1	1/sep/2025
FENTANILO OT PASTILLA	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	SULFATO DE MORFINA TABLETA	Nivel 1	1/feb/2025
MONONITRATO DE ISOSORBIDA TABLETA	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	MONONITRATO DE ISOSORBIDA TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA	Nivel 1	1/mayo/2025
IXCHIQ INYECTABLE	Eliminación del medicamento del formulario	Retiro del mercado	VIMKUNYA INYECTABLE 40 MCG/0.8 ML	Nivel 1	1/oct/2025
LEENA TABLETA	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	ARANELLE TABLETA	Nivel 1	1/mayo/2025
LEUKERAN TABLETA 2 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no lo cubrirá	Consulte a su proveedor de atención médica		1/ene/2025
LEVONORGESTREL-ETINILESTRADIOL (91 DÍAS)	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	RIVELSA TABLETA; ROSYRAH TABLETA	Nivel 1	1/sep/2025

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamentos alternativos *	Nivel de costo compartido de los medicamentos alternativos	Fecha de entrada en vigor
LIBERVANT PELÍCULA	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	VALTOCO LÍQUIDO	Nivel 1	1/jul/2025
MICROGESTIN 24 FE TABLETA 1-20 MG-MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	HAILEY 24 FE TABLETA 1-20 MG-MCG	Nivel 1	1/feb/2025
NATAMICINA SUSP. OFTÁLMICA 5 %	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no lo cubrirá	Consulte a su proveedor de atención médica		1/ene/2025
NORETINDRONA, ETINILESTRADIOL Y FUMARATO FERROSO TABLETA MASTICABLE 0.8 MG - 25 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	KAITLIB FE TABLETA MASTICABLE 0.8 MG - 25 MCG	Nivel 1	1/mayo/2025
ACETATO DE NORETISTERONA-ETINILESTRADIOL-FE TABLETA 1 MG-20 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	MICROGESTIN FE TABLETA 1/20; AUROVELA FE TABLETA 1/20; LARIN FE TABLETA 1/20; LOESTRIN FE TABLETA 1/20; TARINA FE 1/20 EQ TABLETA; FEIRZA 1/20 TABLETA; JUNEL FE 1/20 TABLETA	Nivel 1	1/oct/2025
ACETATO DE NORETISTERONA-ETINILESTRADIOL TABLETA 1.5 MG-30 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	MICROGESTIN TABLETA 1.5 MG/30 MCG	Nivel 1	1/jul/2025
ACETATO DE NORETISTERONA-ETINILESTRADIOL-FE TABLETA 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	XARAH FE TABLETA; TRI-LEGEST FE TABLETA; XARAH FE TABLETA	Nivel 1	1/oct/2025
NYMYO TABLETA 0.25 MG-35 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	NORGESTIMATO-ETINILESTRADIOL TABLETA 0.25 MG-35 MCG	Nivel 1	1/feb/2025
PREHEVBRIO SUSP. 10 MCG/ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	ENGERIX-B SUSP. INYECTABLE; HEPLISAV-B SUSP. INYECTABLE; RECOMBIVAX HB SUSP. INYECTABLE	Nivel 1	1/marzo/2025
REGANEX GEL 0.01 %	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	Consulte a su proveedor de atención médica		1/oct/2025
SANDIMMUNE SOLUCIÓN ORAL 100 MG/ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	CICLOSPORINA CÁPSULAS	Nivel 1	1/ene/2025
SELZENTRY TABLETA 25 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	SELZENTRY SOLUCIÓN ORAL 20 MG/ML	Nivel 1	1/feb/2025
SELZENTRY TABLETA 75 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	SELZENTRY SOLUCIÓN ORAL 20 MG/ML	Nivel 1	1/feb/2025
SPRYCEL TABLETA	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	DASATINIB TABLETA	Nivel 1	1/feb/2025
TABLOID TABLETA 40 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no lo cubrirá	Consulte a su proveedor de atención médica		1/ene/2025

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamentos alternativos *	Nivel de costo compartido de los medicamentos alternativos	Fecha de entrada en vigor
TDVAX 2-2 LF INYECTABLE	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	TENIVAC 5-2 LF INYECTABLE	Nivel 1	1/marzo/2025
TOBRADEX ST SUSP. 0.3-0.05 %	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no lo cubrirá	TOBRAMICINA-DEXAMETASONA SUSP. 0.3-0.1 %	Nivel 1	1/ene/2025
TRECATOR TABLETA 250 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	Consulte a su proveedor de atención médica		1/oct/2025
TRIVORA-28 TABLETA	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	LEVONORGESTREL-ETINILESTRADIOL TABLETA 0.05-30/0.075-40/0.125-30 MG-MCG; ENPRESSE-28 TABLETA; LEVONEST TABLETA	Nivel 1	1/sep/2025
VRAYLAR CÁPSULAS 1.5-3 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	VRAYLAR CÁPSULAS	Nivel 1	1/feb/2025
ZERVIAE GOTAS 0.24 %	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no lo cubrirá	AZELASTINA GOTAS 0.05 %	Nivel 1	1/ene/2025
ZYPREXA RELPREVV INYECTABLE	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	RISPERIDONA ER INYECTABLE	Nivel 1	1/feb/2025

*Los medicamentos alternativos son medicamentos cuyo uso puede considerar, junto con su profesional médico. Solamente el profesional que receta puede determinar los medicamentos alternativos que son apropiados para usted, dada la naturaleza personalizada del tratamiento farmacológico. Consulte al profesional que receta para confirmar si puede consumir este medicamento.

MetroPlusHealth 《處方一覽表》變更

如果我們用一種新的、位於相同或較低費用分攤層級的、具有相同或更少限制的學名藥替代某種品牌藥，我們可立即將該藥從我們的《處方一覽表》上移除。當我們將一種藥物的新版本添加到我們的《處方一覽表》中時，我們也可能決定將品牌藥或原始生物製劑繼續保留在我們的《處方一覽表》中，但可立即將其移至不同的分攤費用層級或添加新的限制。如果您目前正在服用該品牌藥或原始生物製劑，我們可能不會在立即進行變更之前提前告知您，但我們之後會向您提供有關我們所做出的具體變更的資訊。

如果製造商停止銷售某種藥物，或者食品藥品監督管理局(FDA)出於安全或有效性原因決定停止銷售某種藥物，我們可能會立即將該藥物從我們的《處方一覽表》中刪除，並在稍後通知服用該藥物的會員。

我們在年內對《藥物清單》執行會對目前正在服用某種藥品的會員產生影響的其他變更之前，如果按規定我們需要提供提前變更通知，那麼我們將在變更生效前至少三十(30)天內通知受影響的會員這一變更情況，或在會員要求續開藥品時進行通知，在這種情況下，此會員將獲得一個月的藥品供應量。

如果您受到藥品保險範圍或限制變更的影響，根據變更類型的不同，您將可考慮不同的選項。例如：

您可能可以使用我們的《藥物清單》上的另一種藥品治療您的疾病。下方已列出替代藥品，以幫助您的開藥醫生找到可能對您有效的承保藥品。請向您的開藥醫生諮詢是否有適合您的替代藥品。

您、您的開藥醫生或您的授權代表還可以要求我們為您進行特例處理。我們向您提供的通知中還將包括申請特例處理的步驟的相關資訊。如需瞭解有關保險決定的更多資訊以及如何申請特例處理，請參閱您的《承保福利說明》，或致電客戶關懷部，電話1-866-693-4615（聽力障礙電傳：711），該號碼每週7天，每天24小時開放。

下表列出了可能對您產生影響的《處方一覽表》變更。

受影響藥物名稱	變更描述	變更原因	替代藥物*	替代藥物 分攤費用 等級	生效日期
AMOXICILLIN & K CLAVULANATE咀嚼片 200- 28.5毫克	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE口服混懸液 200-28.5毫克/5毫升	第1級	2025年1月1日
AMOXICILLIN & K CLAVULANATE咀嚼片 400-57 毫克	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE口服混懸液 400-57毫克/5毫升	第1級	2025年5月1日
BRONCHITOL膠囊40毫克	藥物從處方一覽表中刪除	Medicare將不再承保	諮詢您的醫療保健服務提供者		2025年10月1日
CALQUENCE膠囊100毫克	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	CALQUENCE片劑100毫克	第1級	2025年10月1日
CORLANOR片劑	藥物從處方一覽表中刪除	學名藥可用	IVABRADINE片劑	第1級	2025年1月1日
DESOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL片劑0.15- 0.02/0.01 毫克 (21/5)	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	KARIVA片劑0.15-0.02/0.01 毫克 (21/5)	第1級	2025年8月1日
DROXIA膠囊	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	諮詢您的醫療保健服務提供者		2025年3月1日
DUPIXENT注射劑100毫克 /0.67毫升	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	DUPIXENT注射劑200毫克/1.14毫升	第1級	2025年2月1日
ENDARI散劑5克	藥物從處方一覽表中刪除	學名藥可用	L-GLUTAMINE散劑5克	第1級	2025年1月1日
ENTRESTO片劑	藥物從處方一覽表中刪除	學名藥可用	SACUBITRIL-VALSARTAN片劑	第1級	2025年10月1日
ERYTHROCIN片劑250毫克	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	ERYTHROMYCIN片劑250毫克BS	第1級	2025年1月1日
EUTHYROX片劑	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	LEVOTHYROXINE SODIUM片劑； UNITHROID片劑	第1級	2025年9月1日
FENTANYL口服經黏膜含片	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	MORPHINE SULFATE片劑	第1級	2025年2月1日
ISOSORBIDE MONONITRATE片劑	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	ISOSORB MONONITRATE緩釋片劑	第1級	2025年5月1日
IXCHIQ注射劑	藥物從處方一覽表中刪除	市場撤市	VIMKUNYA注射劑40微克/0.8毫升	第1級	2025年10月1日
LEENA片劑	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	ARANELLE片劑	第1級	2025年5月1日
LEUKERAN片劑2毫克	藥物從處方一覽表中刪除	Medicare將不再承保	諮詢您的醫療保健服務提供者		2025年1月1日
LEVONORGESTREL- ETHINYL ESTRADIOL (91 天)	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	RIVELSA片劑；ROSYRAH片劑	第1級	2025年9月1日
LIBERVANT膜劑	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	VALTOCO溶液	第1級	2025年7月1日
MICROGESTIN 24 FE片劑1- 20毫克-微克	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	HAILEY 24 FE片劑1-20毫克-微克	第1級	2025年2月1日
NATACYN眼用混懸液5%	藥物從處方一覽表中刪除	Medicare將不再承保	諮詢您的醫療保健服務提供者		2025年1月1日

受影響藥物名稱	變更描述	變更原因	替代藥物*	替代藥物 分攤費用 等級	生效日期
NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL-FE咀嚼片0.8毫克-25微克	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	KAITLIB FE咀嚼片0.8毫克-25微克	第1級	2025年5月1日
NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE片劑1 毫克-20 微克	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	MICROGESTIN片劑FE 1/20；AUROVELA FE片劑1/20；LARIN FE片劑1/20；LOESTRIN FE片劑1/20；TARINA FE片劑1/20 EQ；FEIRZA片劑1/20；JUNEL FE片劑1/20	第1級	2025年10月1日
NORETHINDRONE ACETATE & ETHINYL ESTRADIOL片劑1.5 毫克-30 微克	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	MICROGESTIN片劑1.5毫克/30微克	第1級	2025年7月1日
NORETHINDRONE AC-ETHINYL ESTRAD-FE片劑1-20/1-30/1-35 毫克-微克	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	XARAH FE片劑；TRI-LEGEST FE片劑；XARAH FE片劑	第1級	2025年10月1日
NYMYO片劑0.25毫克-35微克	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL片劑0.25毫克-35微克	第1級	2025年2月1日
PREHEVBRIO混懸液10微克/毫升	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	ENGERIX-B注射劑；HEPLISAV-B注射劑；RECOMBIVAX HB注射劑	第1級	2025年3月1日
REGRANEX凝膠0.01%	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	諮詢您的醫療保健服務提供者		2025年10月1日
SANDIMMUNE溶液100毫克/毫升	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	CYCLOSPORINE膠囊	第1級	2025年1月1日
SELZENTRY片劑25毫克	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	SELZENTRY溶液20毫克/毫升	第1級	2025年2月1日
SELZENTRY片劑75毫克	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	SELZENTRY溶液20毫克/毫升	第1級	2025年2月1日
SPRYCEL片劑	藥物從處方一覽表中刪除	學名藥可用	DASATINIB片劑	第1級	2025年2月1日
TABLOID片劑40毫克	藥物從處方一覽表中刪除	Medicare將不再承保	諮詢您的醫療保健服務提供者		2025年1月1日
TDVAX注射劑2-2 LF	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	TENIVAC注射劑5-2LF	第1級	2025年3月1日
TOBRADEX ST混懸液0.3-0.05%	藥物從處方一覽表中刪除	Medicare將不再承保	TOBRAMYCIN-DEXAMETHASONE混懸液0.3-0.1%	第1級	2025年1月1日
TRECTOR片劑250毫克	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	諮詢您的醫療保健服務提供者		2025年10月1日
TRIVORA-28片劑	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL片劑0.05-30/0.075-40/0.125-30毫克-微克；ENPRESSE-28片劑；LEVONEST片劑	第1級	2025年9月1日
VRAYLAR膠囊1.5-3毫克	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	VRAYLAR膠囊	第1級	2025年2月1日
ZERVATE滴劑0.24%	藥物從處方一覽表中刪除	Medicare將不再承保	AZELASTINE滴劑0.05%	第1級	2025年1月1日
ZYPREXA RELPREVV注射劑	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	RISPERIDONE緩釋注射劑	第1級	2025年2月1日

*替代藥物需要您和開藥醫生一起討論。鑒於藥物治療的個體化性質，只有您的開藥醫生才能確定適合您的替代藥物。請諮詢您的開藥醫生，確認藥物是否適合您。