

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If a drug is withdrawn from sale by the manufacturer or the Food and Drug Administration (FDA) determines to be withdrawn for safety or effectiveness reasons, we may immediately remove the drug from our formulary and later provide notice to members who take the drug.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 |
|--|---------------------------------|------------------------------|--|--|-----------------------|
| ABELCET INJ 5MG/ML | Deletion Of Drug From Formulary | Manufacturer Discontinuation | AMPHOTERICIN B LIPOSOME IV FOR SUSP 50MG | Tier 1 | 01/01/2026 |
| DIFICID TAB 200MG | Deletion Of Drug From Formulary | Generic Available | FIDAXOMICIN TAB 200MG | Tier 1 | 02/01/2026 |
| ENTRESTO TAB | Deletion Of Drug From Formulary | Generic Available | SACUBITRIL-VALSARTAN TAB | Tier 1 | 01/01/2026 |
| EPITOL TAB 200MG | Deletion Of Drug From Formulary | Manufacturer Discontinuation | CARBAMAZEPINE TAB 200 MG | Tier 1 | 01/01/2026 |
| EPRONTIA SOL 25MG/ML | Deletion Of Drug From Formulary | Generic Available | TOPIRAMATE SOL 25MG/ML | Tier 1 | 01/01/2026 |
| HALOETTE VA RING | Deletion Of Drug From Formulary | Manufacturer Discontinuation | ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL VA RING 0.12-0.015 MG/24HR; ENILLORING VA RING; ELURYNG VA RING | Tier 1 | 04/01/2026 |
| IXCHIQ INJ | Deletion Of Drug From Formulary | Market Removal | VIMKUNYA INJ 40MCG/0.8ML | Tier 1 | 01/01/2026 |
| JYNARQUE TAB | Deletion Of Drug From Formulary | Generic Available | TOLVAPTAN TAB | Tier 1 | 01/01/2026 |
| KELNOR 1/50 TAB 1 MG-50 MCG | Deletion Of Drug From Formulary | Manufacturer Discontinuation | VALTYA 1/50 TAB 1 MG-50 MCG | Tier 1 | 01/01/2026 |
| NEO-POLYCIN HC OPHTH OINT 1% | Deletion Of Drug From Formulary | Manufacturer Discontinuation | BACITRACIN-POLYMYXIN-NEOMYCIN-HYDROCORTISONE OPHTH OINT 1% | Tier 1 | 03/01/2026 |
| NEO-POLYCIN OPHTH OINT 5-400-10000 | Deletion Of Drug From Formulary | Manufacturer Discontinuation | NEOMYCIN-BACITRACIN ZINC-POLYMYXIN OPHTH OINT 5-400-10000 | Tier 1 | 03/01/2026 |
| OCELLA TAB 3-0.03MG | Deletion Of Drug From Formulary | Manufacturer Discontinuation | DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.03 MG; SYEDA TAB 3-0.03MG; ZUMANDIMINE TAB 3-0.03MG | Tier 1 | 02/01/2026 |
| OGSIVEO TAB 50MG | Deletion Of Drug From Formulary | Manufacturer Discontinuation | OGSIVEO TAB 100MG, 150MG | Tier 1 | 02/01/2026 |
| POLYCIN OPHTH OINT | Deletion Of Drug From Formulary | Manufacturer Discontinuation | BACITRACIN-POLYMYXIN B OPHTH OINT | Tier 1 | 03/01/2026 |
| REGRANEX GEL 0.01% | Deletion Of Drug From Formulary | Manufacturer Discontinuation | Consult Your Health Care Provider | | 01/01/2026 |
| SULFACETAMIDE SODIUM OPHTH OINT 10% | Deletion Of Drug From Formulary | Manufacturer Discontinuation | SULFACETAMIDE SODIUM OPHTH SOLN 10% | Tier 1 | 03/01/2026 |
| SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION AUTO-INJECTOR 4MG/0.5ML | Deletion Of Drug From Formulary | Manufacturer Discontinuation | SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION AUTO-INJECTOR 6MG/0.5ML; SUMATRIPTAN SUCCINATE INJ 6MG/0.5ML | Tier 1 | 02/01/2026 |
| SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION CARTRIDGE 4MG/0.5ML | Deletion Of Drug From Formulary | Manufacturer Discontinuation | SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION AUTO-INJECTOR 6MG/0.5ML; SUMATRIPTAN SUCCINATE INJ 6MG/0.5ML | Tier 1 | 02/01/2026 |
| SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION CARTRIDGE 6MG/0.5ML | Deletion Of Drug From Formulary | Manufacturer Discontinuation | SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION AUTO-INJECTOR 6MG/0.5ML; SUMATRIPTAN SUCCINATE INJ 6MG/0.5ML | Tier 1 | 02/01/2026 |

| Name of Affected Drug | Description of Change | Reason for Change | Alternative Drug(s) * | Alternative Drug(s) Cost-Sharing Tier | Effective Date |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------|---|--|-----------------------|
| TOBRAMYCIN SULFATE INJ 2GM/50ML | Deletion Of Drug From Formulary | Manufacturer Discontinuation | TOBRAMYCIN SULFATE INJ 80MG/2ML | Tier 1 | 02/01/2026 |
| VIGPODER POW 500MG | Deletion Of Drug From Formulary | Manufacturer Discontinuation | VIGABATRIN PAK 500MG; VIGADRONE POW 500MG | Tier 1 | 02/01/2026 |
| XARELTO SUSP 1MG/ML | Deletion Of Drug From Formulary | Generic Available | RIVAROXABAN SUSP 1MG/ML | Tier 1 | 01/01/2026 |

*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.

La siguiente tabla describe los cambios en nuestro formulario que podrían afectarlo:

| 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 |
|---|--|--------------------------------|---|---|----------------------------------|
| ABELCET INYECCIÓN 5 MG/ML | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación del fabricante | ANFOTERICINA B LIPOSOMAL IV PARA SUSPENSIÓN, 50 MG | Nivel 1 | 01/ene/2026 |
| DIFICID TABLETA 200 MG | Eliminación del medicamento del Formulario | Genérico disponible | FIDAXOMICIN TABLETA 200 MG | Nivel 1 | 01/feb/2026 |
| ENTRESTO TABLETA | Eliminación del medicamento del formulario | Genérico disponible | SACUBITRIL-VALSARTAN TABLETA | Nivel 1 | 01/ene/2026 |
| EPITOL TABLETA 200 MG | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación del fabricante | CARBAMAZEPINA TABLETA 200 MG | Nivel 1 | 01/ene/2026 |
| EPRONTIA SOLUCIÓN 25 MG/ML | Eliminación del medicamento del Formulario | Genérico disponible | TOPIRAMATO SOLUCIÓN 25MG/ML | Nivel 1 | 01/ene/2026 |
| HALOETTE ANILLO VAGINAL | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación del fabricante | ETONOGESTREL-ETINILESTRADIOL ANILLO VAGINAL 0.12-0.015 MG CADA 24H; ENILLORING ANILLO VAGINAL; ELURYNG ANILLO VAGINAL | Nivel 1 | 01/abr/2026 |
| IXCHIQ INYECTABLE | Eliminación del medicamento del formulario | Retiro del mercado | VIMKUNYA INYECTABLE 40 MCG/0.8 ML | Nivel 1 | 01/ene/2026 |
| JYNARQUE TABLETA | Eliminación del medicamento del Formulario | Genérico disponible | TOLVAPTÁN TABLETA | Nivel 1 | 01/ene/2026 |
| KELNOR 1/50 TABLETA 1 MG-50 MCG | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación del fabricante | VALTYA 1/50 TABLETA 1 MG-50 MCG | Nivel 1 | 01/ene/2026 |
| NEO-POLYCIN HC CREMA OFTÁLMICA 1 % | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación del fabricante | BACITRACINA-POLIMIXINA-NEOMICINA-HIDROCORTISONA CREMA OFTÁLMICA 1 % | Nivel 1 | 01/mar/2026 |
| NEO-POLYCIN CREMA OFTÁLMICA 5-400-10000 | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación del fabricante | NEOMICINA-BACITRACINA ZINC-POLIMIXINA CREMA OFTÁLMICA 5-400-10000 | Nivel 1 | 01/mar/2026 |
| OCELLA TABLETA 3-0.03 MG | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación del fabricante | DROSPIRENONA Y ETINILESTRADIOL TABLETA 3-0.03 MG; SYEDA TABLETA 3-0.03 MG; ZUMANDIMINE TABLETA 3-0.03 MG | Nivel 1 | 01/feb/2026 |
| OGSIVEO TABLETA 50 MG | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación del fabricante | OGSIVEO TABLETA 100 MG, 150 MG | Nivel 1 | 01/feb/2026 |
| POLYCIN CREMA OFTÁLMICA | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación del fabricante | BACITRACINA-POLIMIXINA B CREMA OFTÁLMICA | Nivel 1 | 01/mar/2026 |
| REGANEX GEL 0.01 % | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación del fabricante | Consulte a su proveedor de atención médica | | 01/ene/2026 |

| 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 |
|---|--|--------------------------------|---|---|----------------------------------|
| SULFACETAMIDA SÓDICA CREMA OFTÁLMICA 10 % | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación del fabricante | SULFACETAMIDA SÓDICA SOLUCIÓN OFTÁLMICA 10 % | Nivel 1 | 01/mar/2026 |
| SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SOLUCIÓN EN AUTOINYECTOR 4 MG/0.5 ML | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación del fabricante | SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SOLUCIÓN EN AUTOINYECTOR 6 MG/0.5 ML; SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SOLUCIÓN INYECTABLE 6 MG/0.5 ML | Nivel 1 | 01/feb/2026 |
| SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SOLUCIÓN INYECTABLE EN CARTUCHO 4 MG/0.5 ML | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación del fabricante | SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SOLUCIÓN EN AUTOINYECTOR 6 MG/0.5 ML; SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SOLUCIÓN INYECTABLE 6 MG/0.5 ML | Nivel 1 | 01/feb/2026 |
| SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SOLUCIÓN INYECTABLE EN CARTUCHO 6 MG/0.5 ML | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación del fabricante | SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SOLUCIÓN EN AUTOINYECTOR 6 MG/0.5 ML; SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SOLUCIÓN INYECTABLE 6 MG/0.5 ML | Nivel 1 | 01/feb/2026 |
| SULFATO DE TOBRAMICINA, SOLUCIÓN INYECTABLE 2 GM/50 ML | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación del fabricante | SULFATO DE TOBRAMICINA, SOLUCIÓN INYECTABLE 80 MG/2 ML | Nivel 1 | 01/feb/2026 |
| VIGPODER EN POLVO 500 MG | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación del fabricante | VIGABATRINA ENVASE DE 500 MG; VIGADRONE EN POLVO 500 MG | Nivel 1 | 01/feb/2026 |
| XARELTO SUSPENSIÓN 1 MG/ML | Eliminación del medicamento del Formulario | Genérico disponible | RIVAROXABAN SUSPENSIÓN 1 MG/ML | Nivel 1 | 01/ene/2026 |

*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。

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 |
|-------------------------------|-------------|-------|---|------------|----------------|
| ABELCET 注射劑 5 毫克/毫升 | 藥物從處方一覽表中刪除 | 製造商停產 | AMPHOTERICIN B LIPOSOME IV 混懸液 50 毫克 | 第 1 級 | 2026 年 1 月 1 日 |
| DIFICID 片劑 200 毫克 | 藥物從處方一覽表中刪除 | 學名藥可用 | FIDAXOMICIN 片劑 200 毫克 | 第 1 級 | 2026 年 2 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 | 2026 年 1 月 1 日 |
| EPITOL 片劑 200 毫克 | 藥物從處方一覽表中刪除 | 製造商停產 | CARBAMAZEPINE 片劑 200 毫克 | 第 1 級 | 2026 年 1 月 1 日 |
| EPRONTIA 溶液 25 毫克/毫升 | 藥物從處方一覽表中刪除 | 學名藥可用 | TOPIRAMATE 溶液 25 毫克/毫升 | 第 1 級 | 2026 年 1 月 1 日 |
| HALOETTE VA RING | 藥物從處方一覽表中刪除 | 製造商停產 | ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL VA RING 0.12-0.015 毫克/24 小時; ENILLORING VA RING; ELURYNG VA RING | 第 1 級 | 2026 年 4 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 | 2026 年 1 月 1 日 |
| JYNARQUE 片劑 | 藥物從處方一覽表中刪除 | 學名藥可用 | TOLVAPTAN 片劑 | 第 1 級 | 2026 年 1 月 1 日 |
| KELNOR 1/50 片劑 1 毫克-50 微克 | 藥物從處方一覽表中刪除 | 製造商停產 | VALTYA 1/50 片劑 1 毫克-50 微克 | 第 1 級 | 2026 年 1 月 1 日 |
| NEO-POLYCIN HC 眼用軟膏 1% | 藥物從處方一覽表中刪除 | 製造商停產 | BACITRACIN-POLYMYXIN-NEOMYCIN-HYDROCORTISONE 眼用軟膏 1% | 第 1 級 | 2026 年 3 月 1 日 |
| NEO-POLYCIN 眼用軟膏 5-400-10000 | 藥物從處方一覽表中刪除 | 製造商停產 | NEOMYCIN-BACITRACIN ZINC-POLYMYXIN 眼用軟膏 5-400-10000 | 第 1 級 | 2026 年 3 月 1 日 |
| OCELLA 片劑 3-0.03 毫克 | 藥物從處方一覽表中刪除 | 製造商停產 | DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL 片劑 3-0.03 毫克; SYEDA 片劑 3-0.03 毫克; ZUMANDIMINE 片劑 3-0.03 毫克 | 第 1 級 | 2026 年 2 月 1 日 |
| OGSIVEO 片劑 50 毫克 | 藥物從處方一覽表中刪除 | 製造商停產 | OGSIVEO 片劑 100 毫克、150 毫克 | 第 1 級 | 2026 年 2 月 1 日 |
| POLYCIN 眼用軟膏 | 藥物從處方一覽表中刪除 | 製造商停產 | BACITRACIN-POLYMYXIN B 眼用軟膏 | 第 1 級 | 2026 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 | | 2026 年 1 月 1 日 |
| SULFACETAMIDE SODIUM 眼用軟膏 10% | 藥物從處方一覽表中刪除 | 製造商停產 | SULFACETAMIDE SODIUM 眼用軟膏 10% | 第 1 級 | 2026 年 3 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 |
|--|-------------|-------|---|------------|----------------|
| SUMATRIPTAN SUCCINATE 自動注射溶液 4 毫克/0.5 毫升 | 藥物從處方一覽表中刪除 | 製造商停產 | SUMATRIPTAN SUCCINATE 自動注射溶液 6 毫克/0.5 毫升; SUMATRIPTAN SUCCINATE 注射液 6 毫克/0.5 毫升 | 第 1 級 | 2026 年 2 月 1 日 |
| SUMATRIPTAN SUCCINATE 筒裝溶液 4 毫克/0.5 毫升 | 藥物從處方一覽表中刪除 | 製造商停產 | SUMATRIPTAN SUCCINATE 自動注射溶液 6 毫克/0.5 毫升; SUMATRIPTAN SUCCINATE 注射液 6 毫克/0.5 毫升 | 第 1 級 | 2026 年 2 月 1 日 |
| SUMATRIPTAN SUCCINATE 筒裝溶液 6 毫克/0.5 毫升 | 藥物從處方一覽表中刪除 | 製造商停產 | SUMATRIPTAN SUCCINATE 自動注射溶液 6 毫克/0.5 毫升; SUMATRIPTAN SUCCINATE 注射液 6 毫克/0.5 毫升 | 第 1 級 | 2026 年 2 月 1 日 |
| TOBRAMYCIN SULFATE 注射液 2 克/50 毫升 | 藥物從處方一覽表中刪除 | 製造商停產 | TOBRAMYCIN SULFATE 注射液 80 毫克/2 毫升 | 第 1 級 | 2026 年 2 月 1 日 |
| VIGPODER 散劑 500 毫克 | 藥物從處方一覽表中刪除 | 製造商停產 | VIGABATRIN 包裝散劑 500 毫克; VIGADRONE 散劑 500 毫克 | 第 1 級 | 2026 年 2 月 1 日 |
| XARELTO 混懸液 1 毫克/毫升 | 藥物從處方一覽表中刪除 | 學名藥可用 | RIVAROXABAN 混懸液 1 毫克/毫升 | 第 1 級 | 2026 年 1 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。