

分步療法編輯內容

San Francisco Health Plan 在 Healthy Workers HMO 處方集中列出了分步療法 (ST) 藥物。如果有首選藥物的付費索賠，這些藥物將在藥房銷售點進行處理。如果沒有首選藥物的付費索賠，必須提交事先授權請求以考慮承保事項。

仿製藥名稱	品牌藥名稱	首選藥物
alogliptin	Nesina®	含 metformin 產品 (使用至少 3 個月)
alogliptin-metformin	Kazano®	含 metformin 產品 (使用至少 3 個月)
alogliptin-pioglitazone	Oseni®	含 metformin 產品 (使用至少 3 個月)
aripiprazole	Abilify Asimtufii®, Abilify Maintena®	既往使用過任何含 aripiprazole 製劑至少 14 天，且目前正在接受任何抗精神病藥物維持治療，定義為在過去 30 天內至少有 1 次含抗精神病藥物製劑配藥，至少 14 天藥量)
aripiprazole lauroxil	Aristada®, Aristada Initio ER®	目前正在接受任何含 aripiprazole 製劑的維持治療，且在過去 30 天內至少配取 14 天藥量
difluprednate 0.05% 眼用乳劑	Durezol®	prednisolone acetate 1% 混懸液或 prednisolone acetate 1% 混懸液
epinastine 0.05% 滴眼液	Elestat®	ketotifen
eplerenone	Inspra®	spironolactone
estradiol 陰道環	Estring®	estradiol 陰道乳膏或 estradiol 陰道片
結合雌激素乳膏	Premarin®	estradiol 陰道乳膏或 estradiol 陰道片
eszopiclone 2 mg	Lunesta®	既往使用過 1 mg
eszopiclone 3 mg	Lunesta®	既往使用過 2 mg
fluphenazine	fluphenazine decanoate	目前正在接受任何含 phenothiazine 類產品的維持治療，且在過去 30 天內配藥

仿製藥名稱	品牌藥名稱	首選藥物
fluticasone-umeclidinium-vilanterol	Trelegy Ellipta®	既往使用過以下三類藥物組合：長效膽鹼能受體拮抗劑、長效 β 受體激動劑和吸入性皮質類固醇
haloperidol	Haldol Decanoate®	既往使用過任何含氟哌啶醇製劑，且目前正在使用任何抗精神病藥物，定義為在過去 30 天內至少有 1 次含抗精神病藥物製劑配藥，至少 14 天藥量)
insulin degludec	Tresiba®, Tresiba Flextouch®	insulin glargine、insulin glargine-yfgn 或 Rezvoglar™
普通胰島素，人胰島素 500 單位/mL	Humulin R® 500 單位/mL Kwikpen®, 瓶裝	insulin glargine、insulin glargine-yfgn 或 Rezvoglar™
levalbuterol	Xopenex®	硫酸沙丁胺醇製劑、霧化器或沙丁胺醇 HFA
mesalamine DR	Asacol® HD	mesalamine 1.2 g
metronidazole gel	Metrogel® 1%	metronidazole 0.75% gel
naratriptan	Amerge®	sumatriptan 與 rizatriptan
olanzapine	Zyprexa Relprevv®	目前正在接受任何含奧氮平製劑的維持治療，且在過去 30 天內至少配取 7 天藥量
olopatadine 0.1% 眼藥水	Patanol®	ketotifen
paliperidone	Erzofri®, Invega Hafyera®, Invega Sustenna®, Invega Trinza®	既往使用任何 paliperidone 或 risperidone 製劑至少 5 天藥量，且目前正在接受任何抗精神病藥物維持治療，定義為在過去 30 天內至少配 1 次含抗精神病藥物製藥，至少配 14 天藥量。在使用任何 Erzofri®, Invega Sustenna® 或 Invega Trinza® 產品後，可配取 Invega Hafyera®。
patiromer	Veltassa®	Lokelma®

仿製藥名稱	品牌藥名稱	首選藥物
prednisolone acetate 0.12% 眼藥水	Pred Mild®	Prednisolone AC 1%
ranolazine	Ranexa®	試用以下任一藥物且治療失敗：β 受體阻滯劑、鈣通道阻滯劑或長效硝酸酯類藥物
rifaximin	Xifaxan®	lactulose
risperidone	Perseris®, Uzedy®	目前正在接受任何含 olanzapine 製劑的維持治療，且在過去 30 天內至少配取 7 天藥量
risperidone	Risperdal Consta®, Rykindo®	既往使用過任何含利培酮製劑至少 7 天，且目前正在接受任何抗精神病藥物維持治療，定義為在過去 30 天內至少配 1 次含抗精神病藥物製劑，至少配 7 天藥量
semaglutide	Ozempic®, Rybelsus®	含 metformin 製劑或胰島素
solifenacin	Vesicare®	oxybutynin
tacrolimus	Protopic®	1 種中效至高效的外用類固醇
tirzepatide	Mounjaro®	含 metformin 製劑或胰島素
tobramycin-dexamethasone	Tobradex®	neomycin-bacitracin-polymyxin B-hydrocortisone 或 neomycin-polymyxin B-dexamethasone ointment
tolterodine , tolterodine ER	Detrol®, Detrol LA®	oxybutynin
trospium , trospium ER	Sanctura®, Sanctura XR®	oxybutynin
zolpidem 10 mg	Ambien®	既往使用初始劑量 5 mg(僅限女性患者)
zolpidem CR	Ambien CR®	試用至少 2 種處方藥替代藥物並治療失敗，包括 zolpidem IR：eszopiclone、zaleplon、temazepam

若您為聽力受損者，請透過 California Relay Service 撥打 **711** 接入 TDD/TYY 專線。您可以索取本文件的其他格式，如盲文、大號字體和音訊。如需其他格式，或需要幫助閱讀本文件和其他 SFHP 的材料，請致電客戶服務部電話 **1(415) 547-7800** 或免費電話 **1(800) 288-5555**。