

Easy Choice Best Plan (HMO), City of Houston Group Retirees (HMO),
WellCare Champion (HMO SNP), WellCare Choice (HMO),
WellCare Dividend (HMO), WellCare Dividend Prime (HMO),
WellCare Elite (HMO), WellCare Essential (HMO-POS),
WellCare Guardian (HMO SNP), Easy Choice Plus Plan (HMO),
WellCare Premier (PPO), WellCare Prime (PPO), Easy Choice Rx (HMO),
WellCare TexanPlus Choice (HMO-POS), WellCare TexanPlus Classic
(HMO), WellCare Value (HMO), WellCare Value (HMO-POS)

2019 처방 규정 변경 사항 통지

HPMS 승인 처방 규정 파일 제출 IDs 19374, 19472, 19473, 19475



당사 플랜 처방 규정의 향후 변경 사항

당사 플랜은 의약품 목록의 상호명 약을 비용 부담이 같거나 더 낮은 단계에 있고 제한 규정이 같거나 더 적은 신규 복제약으로 대체하는 경우 즉시 이를 삭제할 수 있습니다. 또한, 신규 복제약 추가 시 의약품 목록에 상호명 약을 계속 두되 즉시 다른 비용 부담 단계로 변경하거나 새로운 제한 규정을 추가할 수 있습니다. 변경 전에 미리 알려드리지 못하더라도 추후에 변경 사항에 대한 자세한 정보를 제공해 드릴 것입니다. 또한, 식품의약처가 처방 규정에 있는 의약품을 안전하지 않다고 간주하거나 의약품 제조사가 시장에서 해당 의약품을 철수할 경우 당사는 이를 처방 규정에서 즉시 삭제하고 복용 중인 가입자들에게 통지할 수 있습니다.

현재 의약품을 복용 중인 가입자에게 영향을 미쳐 당사가 사전 통지를 제공해야 하는 의약품 목록의 연중 변경 사항은 변경 사항이 발효되기 최소 30일 전 또는 가입자가 의약품의 리필을 요청할 때(가입자가 해당 의약품 한 달 분을 받을 때) 변경 사항의 영향을 받는 가입자에게 통지해 드립니다.

아래 표에는 가입자에게 영향을 줄 수 있는 처방 규정의 향후 변경 사항이 요약되어 있습니다.

영향을 받는 의약품 이름	변경 사항 설명	변경 이유	대체약	대체약 본인 부담금*	발효일
ADAGEN INJ 250/ML	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	담당 의료 전문가와 상담하십시오		06/01/2019
AFEDITAB TAB 30MG CR	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	NIFEDIPINE TAB 30MG ER	의약품 범주 2	03/01/2019
AFEDITAB TAB 60MG CR	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	NIFEDIPINE TAB 60MG ER	의약품 범주 2	02/01/2019
ALBENZA TAB 200MG	처방 규정에서 의약품 삭제	복제약 사용 가능	ALBENDAZOLE TAB 200 MG	의약품 범주 5	05/01/2019

영향을 받는 의약품 이름	변경 사항 설명	변경 이유	대체약	대체약 본인 부담금*	발효일
AMINOSYN 7% INJ /LYTES	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	PROCALAMINE INJ 3%	의약품 범주 4	07/01/2019
AMINOSYN II INJ 8.5%	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	PREMASOL SOLN 10%	의약품 범주 4	07/01/2019
AMINOSYN II INJ 8.5/LYTE	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	PROCALAMINE INJ 3%	의약품 범주 4	07/01/2019
AMINOSYN INJ 10%	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	PREMASOL SOLN 10%	의약품 범주 4	07/01/2019
AMINOSYN INJ 8.5%	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	PREMASOL SOLN 10%	의약품 범주 4	07/01/2019
AMINOSYN INJ 8.5/LYTE	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	PROCALAMINE INJ 3%	의약품 범주 4	07/01/2019
AMINOSYN M INJ 3.5%	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	PROCALAMINE INJ 3%	의약품 범주 4	07/01/2019
AMINOSYN-HBC INJ 7%	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	AMINOSYN-PF INJ 7%	의약품 범주 4	07/01/2019
AMINOSYN-RF INJ 5.2%	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	NEPHRAMINE INJ 5.4%	의약품 범주 4	07/01/2019
AMINOSYN 7% INJ /LYTES	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	PROCALAMINE INJ 3%	의약품 범주 4	07/01/2019
AMPYRA TAB 10MG	처방 규정에서 의약품 삭제	복제약 사용 가능	DALFAMPRIDINE TAB 10MG ER	의약품 범주 5	05/01/2019

영향을 받는 의약품 이름	변경 사항 설명	변경 이유	대체약	대체약 본인 부담금*	발효일
AURYXIA TAB 210MG	사전 승인 추가	Part D 보장 표시에 사용되도록 사전 승인 추가	담당 의료 전문가와 상담하십시오		01/01/2019
AZACTAM IN DEXTROSE INJ	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	AZTREONAM INJ	의약품 범주 2	09/01/2019
BILTRICIDE TAB 600MG	처방 규정에서 의약품 삭제	복제약 사용 가능	PRAZIQUANTEL TAB 600MG	의약품 범주 2	05/01/2019
BLISOVI FE TAB 1/20	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	MICROGESTIN TAB FE 1/20	의약품 범주 2	07/01/2019
BRAFTOVI CAP 50MG	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	BRAFTOVI CAP 75MG	의약품 범주 5	09/01/2019
CANASA SUPP 1000MG	처방 규정에서 의약품 삭제	복제약 사용 가능	MESALAMINE SUPP 1000 MG	의약품 범주 2	05/01/2019
CARIMUNE NF INJ 6GM	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	GAMMAGARD SD INJ 5GM	의약품 범주 5	06/01/2019
CEFAZOLIN INJ 20GM	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	CEFAZOLIN INJ 10GM	의약품 범주 2	12/01/2019
CEFOTAXIME INJ 2GM	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	CEFOTAXIME INJ 500MG	의약품 범주 2	02/01/2019
CIPROFLOXACIN FOR ORAL SUSP 250 MG/5ML	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	CIPROFLOXACIN FOR ORAL SUSP 500 MG/5ML	의약품 범주 2	06/01/2019

영향을 받는 의약품 이름	변경 사항 설명	변경 이유	대체약	대체약 본인 부담금*	발효일
CLINIMIX INJ 2.75/D5W	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	CLINIMIX INJ 4.25/D5W	의약품 범주 4	02/01/2019
CLINIMIX INJ 4.25/D20	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	CLINIMIX INJ 5%/D20W	의약품 범주 4	02/01/2019
DILTIAZEM CAP 120MG ER	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	DILT-XR CAP 120MG	의약품 범주 2	07/01/2019
DILTIAZEM CAP 180MG ER	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	DILT-XR CAP 180MG	의약품 범주 2	11/01/2019
DILTIAZEM CAP 240MG ER	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	DILT-XR CAP 240MG	의약품 범주 2	11/01/2019
DOXORUBICIN INJ 10MG	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	DOXORUBICIN INJ 2MG/ML	의약품 범주 5	05/01/2019
ESOMEPRAZOLE INJ 20MG	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	ESOMEPRAZOLE INJ 40MG	의약품 범주 2	12/01/2019
FARESTON TAB 60MG	처방 규정에서 의약품 삭제	복제약 사용 가능	TOREMIFENE CITRATE TAB 60 MG	의약품 범주 5	05/01/2019
FINACEA GEL 15%	처방 규정에서 의약품 삭제	복제약 사용 가능	AZELAIC ACID GEL 15%	의약품 범주 2	05/01/2019

영향을 받는 의약품 이름	변경 사항 설명	변경 이유	대체약	대체약 본인 부담금*	발효일
FLUCONAZOLE IN DEXTROSE INJ 200 MG/100ML	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	FLUCONAZOLE/ INJ NACL 200	의약품 범주 2	10/01/2019
FLUCONAZOLE IN DEXTROSE INJ 400 MG/200ML	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	FLUCONAZOLE/ INJ NACL 400	의약품 범주 2	10/01/2019
GRANISETRON INJ 0.1MG/ML	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	GRANISETRON INJ 1MG/ML	의약품 범주 2	03/01/2019
HEXALEN CAP 50MG	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	담당 의료 전문가와 상담하십시오		02/01/2019
INVANZ INJ 1GM	처방 규정에서 의약품 삭제	복제약 사용 가능	ERTAPENEM INJ 1GM	의약품 범주 2	05/01/2019
INVANZ INJ 1GM ADVANTAGE VIAL	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	ERTAPENEM INJ 1GM	의약품 범주 2	03/01/2019
INVIRASE CAP 200MG	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	INVIRASE TAB 500MG	의약품 범주 5	03/01/2019
KETOPROFEN CAP 75MG	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	NAPROXEN TAB	의약품 범주 1	01/01/2019
KIMIDESS TAB	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	KARIVA TAB	의약품 범주 2	02/01/2019

영향을 받는 의약품 이름	변경 사항 설명	변경 이유	대체약	대체약 본인 부담금*	발효일
LETAIRIS TAB 10MG	처방 규정에서 의약품 삭제	복제약 사용 가능	AMBRISENTAN TAB 10 MG	의약품 범주 5	08/01/2019
LETAIRIS TAB 5MG	처방 규정에서 의약품 삭제	복제약 사용 가능	AMBRISENTAN TAB 5 MG	의약품 범주 5	08/01/2019
LYNPARZA CAP 50MG	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	LYNPARZA TAB	의약품 범주 5	03/01/2019
METIPRANOLOL SOLN 0.3% OPH	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	BETAXOLOL SOLN 0.5% OPHTH	의약품 범주 2	03/01/2019
MG SO4/D5W INJ 20MG/ML	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	의약품 범주 3	05/01/2019
MODERIBA TAB 200MG	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	RIBAVIRIN TAB 200MG	의약품 범주 2	04/01/2019
MOEXIPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	LISINOPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB	의약품 범주 1	10/01/2019
MONONESSA TAB	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	SPRINTEC 28 TAB	의약품 범주 2	10/01/2019
MORPHINE SULFATE INJ 2 MG/ML	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	MORPHINE SULFATE INJ PF 2 MG/ML	의약품 범주 4	10/01/2019
MORPHINE SULFATE INJ 4 MG/ML	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	MORPHINE SULFATE INJ PF 4 MG/ML	의약품 범주 4	10/01/2019

영향을 받는 의약품 이름	변경 사항 설명	변경 이유	대체약	대체약 본인 부담금*	발효일
MORPHINE SULFATE INJ 5 MG/ML	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	MORPHINE SULFATE INJ PF 5 MG/ML	의약품 범주 4	10/01/2019
NECON TAB 1/50-28	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1/20	의약품 범주 2	05/01/2019
NIVA-PLUS TAB	처방 규정에서 의약품 삭제	Medicare에서 더 이상 보장하지 않음	PRENATAL PLUS TAB	의약품 범주 3	05/01/2019
NORVIR CAP 100MG	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	RITONAVIR TAB 100MG	의약품 범주 2	02/01/2019
O-CAL FA TAB	처방 규정에서 의약품 삭제	Medicare에서 더 이상 보장하지 않음	PRENATAL PLUS TAB	의약품 범주 3	05/01/2019
ONFI SUSP 2.5MG/ML	처방 규정에서 의약품 삭제	복제약 사용 가능	CLOBAZAM SUSP 2.5 MG/ML	의약품 범주 2	05/01/2019
ONFI TAB 10MG	처방 규정에서 의약품 삭제	복제약 사용 가능	CLOBAZAM TAB 10MG	의약품 범주 2	05/01/2019
ONFI TAB 20MG	처방 규정에서 의약품 삭제	복제약 사용 가능	CLOBAZAM TAB 20MG	의약품 범주 2	05/01/2019
PNV PRENATAL TAB PLUS	처방 규정에서 의약품 삭제	Medicare에서 더 이상 보장하지 않음	PRENATAL PLUS TAB	의약품 범주 3	05/01/2019
POLYETHYLENE GLYCOL 3350 ORAL PACKET	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	LACTULOSE SOLN 10GM/15 ML	의약품 범주 2	03/01/2019

영향을 받는 의약품 이름	변경 사항 설명	변경 이유	대체약	대체약 본인 부담금*	발효일
POLYETHYLENE GLYCOL 3350 ORAL POWDER	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	LACTULOSE SOLUTION 10 GM/15ML	의약품 범주 2	03/01/2019
PREPLUS TAB 27-1MG	처방 규정에서 의약품 삭제	Medicare에서 더 이상 보장하지 않음	PRENATAL PLUS TAB	의약품 범주 3	05/01/2019
RANEXA TAB 1000MG	처방 규정에서 의약품 삭제	복제약 사용 가능	RANOLAZINE TAB 1000MG	의약품 범주 2	08/01/2019
RANEXA TAB 500MG	처방 규정에서 의약품 삭제	복제약 사용 가능	RANOLAZINE TAB 500MG	의약품 범주 2	08/01/2019
RAPAFLO CAP 4MG	처방 규정에서 의약품 삭제	복제약 사용 가능	SILODOSIN CAP 4 MG	의약품 범주 2	05/01/2019
RAPAFLO CAP 8MG	처방 규정에서 의약품 삭제	복제약 사용 가능	SILODOSIN CAP 8 MG	의약품 범주 2	05/01/2019
REBETOL SOLN 40MG/ML	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	RIBAVIRIN TAB 200MG	의약품 범주 2	12/01/2019
RESCRIPTOR TAB 100 MG	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	RESCRIPTOR TAB 200MG	의약품 범주 4	06/01/2019
RIBASPHERE CAP 200MG	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	RIBAVIRIN CAP 200MG	의약품 범주 2	12/01/2019
RIBASPHERE TAB 200MG	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	RIBAVIRIN TAB 200MG	의약품 범주 2	12/01/2019

영향을 받는 의약품 이름	변경 사항 설명	변경 이유	대체약	대체약 본인 부담금*	발효일
RIBASPHERE TAB 400MG	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	RIBAVIRIN TAB 200MG	의약품 범주 2	06/01/2019
RIBASPHERE TAB 600MG	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	RIBAVIRIN TAB 200MG	의약품 범주 2	12/01/2019
SABRIL TAB 500MG	처방 규정에서 의약품 삭제	복제약 사용 가능	VIGABATRIN TAB 500 MG	의약품 범주 5	05/01/2019
SUBOXONE MIS 12-3MG	처방 규정에서 의약품 삭제	복제약 사용 가능	BUPREN/NALOX MIS 12-3MG	의약품 범주 2	08/01/2019
SUBOXONE MIS 2-0.5MG	처방 규정에서 의약품 삭제	복제약 사용 가능	BUPREN/NALOX MIS 2-0.5MG	의약품 범주 2	08/01/2019
SUBOXONE MIS 4-1MG	처방 규정에서 의약품 삭제	복제약 사용 가능	BUPREN/NALOX MIS 4-1MG	의약품 범주 2	08/01/2019
SUBOXONE MIS 8-2MG	처방 규정에서 의약품 삭제	복제약 사용 가능	BUPREN/NALOX MIS 8-2MG	의약품 범주 2	08/01/2019
SUPRAX CAP 400MG	처방 규정에서 의약품 삭제	복제약 사용 가능	CEFIXIME CAP 400 MG	의약품 범주 2	06/17/2019
THEOPHYLLINE TAB 100MG CR	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	THEOPHYLLINE TAB 400MG ER	의약품 범주 2	11/01/2019
THEOPHYLLINE TAB 200MG CR	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	THEOPHYLLINE TAB 400MG ER	의약품 범주 2	11/01/2019
VESICARE TAB 10MG	처방 규정에서 의약품 삭제	복제약 사용 가능	SOLIFENACIN SUCCINATE TAB 10 MG	의약품 범주 2	08/01/2019

영향을 받는 의약품 이름	변경 사항 설명	변경 이유	대체약	대체약 본인 부담금*	발효일
VESICARE TAB 5MG	처방 규정에서 의약품 삭제	복제약 사용 가능	SOLIFENACIN SUCCINATE TAB 5 MG	의약품 범주 2	08/01/2019
VESTURA TAB 3-0.02MG	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	NIKKI TAB 3-0.02MG	의약품 범주 2	01/01/2019
VINCASAR PFS INJ 1MG/ML	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	VINCRISTINE INJ 1MG/ML	의약품 범주 2	11/01/2019
VOL-PLUS TAB	처방 규정에서 의약품 삭제	Medicare에서 더 이상 보장하지 않음	PRENATAL PLUS TAB	의약품 범주 3	05/01/2019
WELCHOL PACK 3.75GM	처방 규정에서 의약품 삭제	복제약 사용 가능	COLESEVELAM PAK 3.75 GM	의약품 범주 2	05/01/2019
ZENCHENT TAB	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	VYFEMLA TAB 0.4-35	의약품 범주 2	03/01/2019
ZERIT SOLN 1MG/ML	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	STAVUDINE CAP	의약품 범주 2	03/01/2019
ZOVIA 1/50E TAB	처방 규정에서 의약품 삭제	제조사 중단	KELNOR 1/50 TAB	의약품 범주 2	05/01/2019
ZYTIGA TAB 250MG	처방 규정에서 의약품 삭제	복제약 사용 가능	ABIRATERONE TAB 250MG	의약품 범주 5	05/01/2019

*대체약은 영향을 받는 의약품과 같은 치료 범주/등급 또는 비용 분담 단계에 있는 의약품입니다. 약물 요법의 개별적 특성을 고려할 때 여기 나열된 대체약 중 하나가 가입자에게 적합한 의약품인지 아닌지는 담당 의사만 결정할 수 있습니다. 귀하에게 적합한 의약품인지 확인하려면 담당 의사와 상담하십시오.

WellCare Health Plans, Inc.는 Medicare와 계약을 체결한 HMO, PPO, PDP, PFFS 플랜이자 승인된 Part D 후원사입니다. 당사 플랜의 가입은 계약 갱신에 따라 달라집니다. 자세한 정보는 플랜 측에 문의해 주십시오.

WellCare Health Plans, Inc.에서는 관련 연방 공민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 장애 또는 성별을 이유로 차별하지 않습니다.

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-374-4056 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-374-4056 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-374-4056 (TTY: 711)。



MedicareRx
Prescription Drug Coverage

