



全民健康保險藥品新收載品項明細表

項次	健保代碼	藥品名稱	成分及含量	規格量	藥商名稱	廠商建議價	支付價格	初核說明	生效日期
1	BC27555100	Prevymis F.C. Tablets 240mg	letermovir 240mg		美商默沙東藥廠股份有限公司台灣分公司	6,319	6,319	1.本案藥品為新成分新藥。2.依全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第43次(109年4月)會議結論辦理。3.給付規定:適用通則規定及10.7.12.規定。	109/6/01
2	BC27559230	Prevymis Concentrate for Solution for Infusion 20mg/mL	letermovir 240mg	12 mL	美商默沙東藥廠股份有限公司台灣分公司	7,424	7,424	1.本案藥品為新成分新藥。2.依全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第43次(109年4月)會議結論辦理。3.給付規定:適用通則規定及10.7.12.規定。	109/6/01

## 「藥品給付規定」修訂對照表

## 第 10 節 抗微生物劑 Antimicrobialagents

(自 109 年 6 月 1 日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p><u>10.7.12. Letermovir (如 Prevyms) : (109/6/1)</u></p> <p>1. <u>經事前審查核准後使用。</u></p> <p>2. <u>適用於接受異體造血幹細胞移植 (allogeneic HSCT) 的 18 歲以上且受贈者為 CMV 血清抗體陽性之病患，藉以預防巨細胞病毒(CMV)感染及相關疾病。</u></p> <p>3. <u>僅限於第一次接受異體造血幹細胞移植時可使用。</u></p> <p>4. <u>限用於移植術後至第 84 天為止。</u></p> <p>5. <u>具下列條件之一的 CMV 感染之高風險病患方得使用：</u></p> <p><u>(1)親屬間捐贈：其 HLA-A/B/C/DR 具有 2 個或以上之位點不相符者。</u></p> <p><u>(2)非親屬間捐贈：其 HLA-A/B/C/DR 具有 1 個或以上之位點不相符者。</u></p> <p><u>(3)接受臍帶血移植者。</u></p>	無

備註：劃線部分為新修訂規定