

Central Health Medi-Medi Plan I (HMO D-SNP)

خطة تابعة لبرنامج Medicare Medi-Cal

قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية لعام 2025 (قائمة الأدوية أو الوصفات)

يُرجى قراءة: تحتوي هذه الوثيقة على معلومات
حول الأدوية الخاضعة للتغطية في هذه الخطة

الرقم التعريفي لملف كتيب الوصفات الدوائية المعتمد من HPMS هو: 00025316، النسخة 15.

تم تحديث كتيب الوصفات الدوائية بتاريخ 07/01/2025.

للحصول على معلومات أحدث أو إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اتصل بنا على الرقم 665-3086 (800)، وبالنسبة لمستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يمكنهم الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، أو زيارة الموقع الإلكتروني <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

مقدمة

يُطلق على هذا المستند اسم قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية (ويُعرف أيضًا باسم قائمة الأدوية). فهو يوضح لك أدوية الوصفات الطبية المشمولة بتغطية Central Health Medi-Medi Plan I. كما توضح قائمة الأدوية إن كانت هناك أي قيود أو قواعد خاصة على أي من الأدوية المشمولة بتغطية Central Health Medi-Medi Plan I. توجد المصطلحات الرئيسية وتعرفاتها في الفصل الأخير من دليل الأعضاء.

جدول المحتويات

- A. إخلاء المسؤولية..... 3
- B. الأسئلة الشائعة (FAQ)..... 10
- ب1. ما هي الأدوية الموصوفة الموجودة في قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية؟ (نطلق على قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية "قائمة الأدوية" اختصارًا). 10
- ب2. هل يتم إجراء أي تغيير على قائمة الأدوية؟..... 10
- ب3. ما الذي يحدث عند إجراء تغيير على قائمة الأدوية؟..... 11
- ب4. هل توجد أية قيود أو حدود على تغطية الأدوية أو هل يجب القيام بأية إجراءات للحصول على أدوية معينة؟..... 13
- ب5. كيف أعرف ما إذا كان ثمة حدود للدواء الذي أود الحصول عليه أو ما إذا كان ينبغي اتخاذ إجراءات للحصول عليه؟..... 13
- ب6. ماذا يحدث إذا أجرت Central Health Medi-Medi Plan I تغييرات على قواعدها المتعلقة بطريقة تغطيتها لبعض الأدوية (على سبيل المثال، التصريح المسبق و/أو حدود الكمية و/أو قيود العلاج التدريجي)؟..... 13
- ب7. كيف يمكنني العثور على دواء في قائمة الأدوية؟..... 14
- ب8. ماذا أفعل إذا لم أجد الدواء الذي أريده في قائمة الأدوية؟..... 14
- ب9. ماذا أفعل إذا كنت عضوًا جديدًا في خطة Central Health Medi-Medi Plan I ولم أتمكن من العثور على الدواء الذي أريده في قائمة الأدوية، أو إذا واجهتني مشكلة في الحصول على الدواء الذي أريده؟..... 14
- ب10. هل يمكنني طلب الحصول على استثناء لتغطية الدواء الذي أريده؟..... 15
- ب11. كيف يمكنني طلب الحصول على استثناء؟..... 16
- ب12. ما المدة التي يستغرقها الحصول على استثناء؟..... 16

إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بخطة Central Health Medicare Plan على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة

<https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>



- ب13. ما هي الأدوية العامة؟..... 16
- ب14. ما المنتجات البيولوجية الأصلية وما وجه الصلة بينها وبين البدائل الحيوية؟..... 16
- ب15. هل تغطي Central Health Medi-Medi Plan I المنتجات التي تصرف بدون وصفة طبية من غير الأدوية؟..... 16
- ب16. هل تغطي Central Health Medi-Medi Plan I إمدادات الوصفات طويلة الأمد؟..... 17
- ب17. هل يمكنني الحصول على وصفات طبية من الصيدلية المحلية يتم توصيلها إلى منزلي؟..... 17
- ب18. ما هو المبلغ المشترك الذي عليّ دفعه؟..... 17
- C. نظرة عامة على قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية..... 18
- ج1. قائمة الأدوية حسب الحالة الطبية..... 18
- D. فهرس الأدوية الخاضعة للتغطية..... 97

إخلاء المسؤولية

هذه قائمة بالأدوية التي يمكن للأعضاء الحصول عليها في خطة Central Health Medi-Medi Plan I.

يمكنك دائماً التحقق من قائمة الأدوية المغطاة المحدثه لخطة Central Health Medi-Medi Plan I عبر الإنترنت وذلك من خلال الموقع الإلكتروني <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary> أو من خلال الاتصال على الرقم 665-3086 (800)، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني.

يمكنك الحصول على هذا المستند بتنسيقات أخرى مجاناً، مثل الخط الكبير أو بطريقة برايل أو بالصوت. اتصل بالرقم 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني.

خطة Central Health Medi-Medi Plan I هي إحدى خطط HMO/HMO SNP المتعاقدة مع Medicare. يعتمد التسجيل في خطة Central Health Medi-Medi Plan I على تجديد العقد.

تمتثل Central Health Medi-Medi Plan I لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تمارس التمييز على أساس النوع أو الجنس أو اللون أو الدين أو العرق أو الأصل القومي أو المجموعة الإثنية أو العمر أو الإعاقة الجسدية أو العقلية أو الحالة الطبية أو المعلومات الوراثية أو الحالة الاجتماعية أو النوع الاجتماعي أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي.

لمساعدتك على التواصل معنا بشكل فعال، توفر Central Health Medi-Medi Plan I خدمات مجانية وفي الوقت المناسب:

تقدم Central Health Medi-Medi Plan I تعديلات معقولة كما توفر مساعدات وخدمات مناسبة للأشخاص ذوي الإعاقة. ويشمل ذلك: (1) مترجمين فوريين مؤهلين. (2) مواد مكتوبة بتنسيقات أخرى (نصوص مكتوبة بخطوط كبيرة أو إصدارات صوتية أو تنسيقات إلكترونية سهلة الاستخدام أو باستخدام طريقة برايل)

توفر Central Health Medi-Medi Plan I خدمات خاصة باللغات للأشخاص الذين يتحدثون بلغات أخرى أو ممن لديهم قدرة محدودة على التحدث بالإنجليزية. ويشمل ذلك: (1) مترجمين فوريين مؤهلين. (2) مواد مكتوبة ومترجمة إلى اللغة الأم التي تتحدث بها.

إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، فاتصل على خدمات أعضاء Central Health Medi-Medi Plan I على الرقم 665-3086-1-800 وبالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)/أجهزة الاتصال للصم والبكم (TDD)، يمكنهم الاتصال بالرقم: 711.

إذا كنت تعتقد أننا قد مارسنا نوعاً من التمييز ضدك على أساس العمر أو اللون أو الإعاقة أو الأصل القومي أو العرق أو الجنس، فيمكنك تقديم شكوى. يمكنك تقديم شكوى بشكل شخصي أو عبر البريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني أو من خلال الإنترنت. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في كتابة شكواك، فيمكننا مساعدتك. يمكنك التعرف على إجراءات الشكوى الخاصة بنا من خلال زيارة موقعنا الإلكتروني <https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx> كما يمكنك الاتصال على Civil Rights Coordinator من خلال الرقم 1-866-606-3889 وبالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)/أجهزة الاتصال للصم والبكم (TDD)، يمكنهم الاتصال بالرقم: 711 أو إرسال الشكوى إلى:

Civil Rights Unit
200 Ocean Gate
Long Beach, CA 90802

إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بخطة Central Health Medicare Plan على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.



البريد الإلكتروني: civil.rights@molinahealthcare.com
الموقع الإلكتروني: <https://molinahealthcare.Alertline.com>

يمكنك أيضًا تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية (شكوى) إلى U.S. Depa من خلال U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights أو عبر الإنترنت من خلال Portal Office for Civil Rights Complaint عبر الموقع الإلكتروني <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> أو عن طريق البريد أو من خلال الهاتف على الرقم:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
هاتف: 1-800-368-1019

الهاتف النصي (TTY، Teletypewriter)/جهاز الاتصال للصم والبكم (TDD، Telecommunication Device for the Deaf):
7697-537-800

تتوفر نماذج الشكاوى هنا: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>

يمكنك أيضًا تقديم شكوى بخصوص الحقوق المدنية إلى California Department of Health Care Services، Office of Civil Rights عبر الهاتف أو كتابيًا أو إلكترونياً:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
هاتف: 916-440-7370 (أو 711 لخدمة ترحيل الاتصالات)
البريد الإلكتروني: CivilRights@dhcs.ca.gov

تتوفر نماذج الشكاوى عبر http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

NOTICE OF AVAILABILITY

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-866-314-2427 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-866-314-2427 (TTY: 711). These services are free.

انتبه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم 1-866-314-2427 (يمكن لمستخدمي "TTY" الاتصال على الرقم: 711). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بخط برايل والمطبوعة بحروف كبيرة. اتصل على الرقم 1-866-314-2427 (يمكن لمستخدمي "TTY" الاتصال على الرقم: 711). هذه الخدمات مجانية.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե օգնության կարիք ունեք Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-866-314-2427 (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են բրայլի գրերով և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Չանգահարեք 1-866-314-2427 (TTY՝ 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

注意: 如果您需要语言方面的帮助, 请拨打 1-866-314-2427 (TTY: 711)。也为艾滋病人和残障人士服务, 提供如盲文版和大字体印刷版文件。请拨打 1-866-314-2427 (TTY: 711)。上述服务免费。

إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بخطة Central Health Medicare Plan على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>



07/01/2025

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ 1-866-314-2427 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼,

ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-866-314-2427 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ।

ਧਿਆਨ ਦੇਂ: ਯਦਿ ਆਪਕੋ ਅਪਨੀ ਭਾਸ਼ਾ ਮੇਂ ਸਹਾਯਤਾ ਚਾਹਿਏ, ਤੋ 1-866-314-2427 (TTY: 711) ਪਰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪੰਗ ਲੋਗੋਂ ਕੇ ਲਿਏ ਸਹਾਯਕ ਧੰਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਏਂ ਭੀ ਉਪਲਬਧ ਹੈਨ, ਜੈਸੇ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼। 1-866-314-2427 (TTY: 711) ਪਰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਏ ਸੇਵਾਏਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹੈਨ।

TSEEM CEEB: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, hu rau 1-866-314-2427 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua hom ntawv su thiab ua ntawv luam loj. Hu rau 1-866-314-2427 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog muab pub dawb xwb.

注：母国語でのサポートが必要な場合は、1-866-314-2427 (TTY: 711)までお問い合わせください。点字や大きな文字で印刷された書類など、障害のある方向けのサポートやサービスもご利用いただくことが可能です。1-866-314-2427 (TTY: 711)までお問い合わせください。これらは全て無料でご利用いただけます。

주의: 해당 언어로 도움이 필요한 경우 1-866-314-2427 (TTY: 711)번으로 전화하십시오. 점자 및 큰 글씨로 된 문서 등 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 1-866-314-2427 (TTY: 711)번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

ຂ້ອນໃສໃຈ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາ ຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-866-314-2427 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນເພີການ, ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວເພີມໃຫຍ່. ໂທຫາ 1-866-314-2427 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

CAU FIM JANGX LONGX: Se gorngv meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac, douc waac lorz 1-866-314-2427 (TTY: 711). Ninh mbuo mbenc duqv maaih jaa-dorngx aengx caux gong-bou jau-louc tengx ziux goux waaic fangx mienh, dorh sou zoux benx braille, nqaapv bieqc domh zei-linh. Douc waac lorz 1-866-314-2427 (TTY: 711). Naaiv deix gong-bou jau-louc benx wangv-henh tengx hnangv oc.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بخطة Central Health Medicare Plan على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក

សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-866-314-2427 (TTY: 711)។ ជំនួយ

និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្តាប

និងការបោះពុម្ពជាអក្សរធំក៏មានផ្តល់ជូនផងដែរ។

សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-866-314-2427 (TTY: 711)។

សេវាកម្មទាំងនេះផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃ។

توجه: اگر نیازمند کمک به زبان خودتان هستید، با شماره 1-866-314-2427

(TTY: 711) تماس بگیرید. کمک و خدمات برای افراد توانخواه، مانند اسناد به

زبان بریل و با حروف درشت نیز در دسترس هستند. با شماره

(TTY: 711) 1-866-314-2427 تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه

می‌شوند.

ВНИМАНИЕ! Если вам необходима помощь на

родном языке, позвоните по номеру 1-866-314-2427

(TTY (телетайп): 711). Также доступны

вспомогательные приспособления и услуги для лиц

с инвалидностью, например документы, набранные

шрифтом Брайля или крупным шрифтом. Позвоните

по номеру 1-866-314-2427 (TTY (телетайп): 711).

Эти услуги предоставляются бесплатно.

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-866-314-2427 (TTY: 711). También se ofrecen servicios y asistencia para personas con discapacidad, como documentos en braille y con letra grande. Llame al 1-866-314-2427 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-866-314-2427 (TTY: 711). Available rin ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking titik. Tumawag sa 1-866-314-2427 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

เรียน: หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ โปรดโทร 1-866-314-2427 (TTY: 711) นอกจากนี้ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับคนพิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และตัวพิมพ์ขนาดใหญ่อีกด้วย โปรดโทร 1-866-314-2427 (TTY: 711) บริการเหล่านี้ฟรี

УВАГА: Щоб отримати допомогу вашою мовою, зателефонуйте за номером 1-866-314-2427 (телетайп: 711). Також доступні допоміжні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, наприклад, документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-866-314-2427 (телетайп: 711). Ці послуги безкоштовні.

LU'U Ý: Nếu quý vị cần được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, xin hãy gọi theo số 1-866-314-2427 (TTY: 711). Phương tiện trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu viết chữ nổi braille và bản in khổ lớn, cũng có sẵn. Xin hãy gọi theo số 1-866-314-2427 (TTY: 711). Những dịch vụ này đều miễn phí.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بخطة Central Health Medicare Plan على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.



تتاح هذه الوثيقة مجانًا باللغات الإسبانية والعربية والأرمنية والكمبودية والصينية (المبسطة أو التقليدية) والفارسية والهمونغية والكورية والروسية والتاغالوغية والفيتنامية.

يمكنك أن تطلب منا أن نرسل لك المعلومات دائمًا باللغة أو التنسيق الذي تحتاجه. ويسمى ذلك طلبًا دائمًا. يمكنك الاتصال على الرقم 665-3086 (800)، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY): 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. ويمكن لأحد ممثلي خدمة الأعضاء مساعدتك في تقديم طلب دائم أو تغييره. وسوف نتابع طلبك الدائم، لذا فإنك لا تحتاج إلى تقديم طلبات منفصلة في كل مرة نرسل لك فيها معلومات.

الأسئلة الشائعة (FAQ)

ستجد هنا أجوبة على أسئلتك بشأن قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية. يمكنك قراءة كل الأسئلة الشائعة لمعرفة المزيد أو يمكنك البحث عن سؤال محدد للحصول على إجابته.

ب1. ما هي الأدوية الموصوفة الموجودة في قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية؟ (نطلق على قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية "قائمة الأدوية" اختصارًا.)

الأدوية الموجودة في قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية التي تبدأ في القسم C1 هي الأدوية المغطاة في Central Health Medi-Medi Plan I (HMO D-SNP). وتتوفر الأدوية في الصيدليات الموجودة ضمن نطاق شبكتنا. وتتواجد الصيدلية ضمن نطاق شبكتنا إذا أبرمنا معها اتفاقية للعمل معنا وتقديم الخدمات لك. ونشير إلى هذه الصيدليات باسم "الصيدليات التابعة للشبكة".

وقد يغطي برنامج Medi-Cal Rx بعض الأدوية الأخرى، مثل الأدوية التي تُصرف من دون وصفة طبية وبعض الفيتامينات. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) للحصول على مزيد من المعلومات. يمكنك كذلك الاتصال على Medi-Cal Rx Customer Service Center على الرقم 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة الهوية الخاصة بالمزاي (BIC) لبرنامج Medi-Cal عند الحصول على الأدوية الموصوفة من خلال برنامج Medi-Cal Rx.

ستعطي خطة Central Health Medi-Medi Plan I جميع الأدوية اللازمة طبياً المدرجة في قائمة الأدوية في الحالات التالية:

إذا أخبرك طبيبك أو أي طبيب آخر أمر بالوصفة أنك بحاجة إلى هذه الأدوية للتحسن أو للحفاظ على صحتك، و

موافقة Central Health Medi-Medi Plan I على أن الدواء يمثل ضرورة طبية بالنسبة لك، و

صرفك الوصفة الطبية في إحدى الصيدليات التابعة لشبكة Central Health Medi-Medi Plan I.

في بعض الحالات، يتعين عليك القيام بإجراء ما قبل الحصول على الدواء. راجع السؤال ب4 للحصول على مزيد من المعلومات.

يمكنك أيضًا الاطلاع على قائمة محدثة من الأدوية التي نغطيها عبر موقعنا الإلكتروني عبر الرابط التالي

<https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary> أو الاتصال على خدمات الأعضاء على الرقم 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يمكنهم الاتصال على الرقم: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

ب2. هل يتم إجراء أي تغيير على قائمة الأدوية؟

نعم، ويجب على خطة Central Health Medi-Medi Plan I اتباع قواعد Medicare وMedi-Cal عند إجراء التغييرات. قد نضيف أدوية إلى قائمة الأدوية أو نزيلها منها على مدار العام.

وقد نغير كذلك قواعدنا المتعلقة بالأدوية. فعلى سبيل المثال، يمكننا:

اتخاذ قرار بشأن ضرورة الحصول على تصريح مسبق على دواء من عدمها. (التصريح المسبق هو إذن من Medi-Cal قبل أن تتمكن من الحصول على الدواء).

إضافة أو تغيير كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها (وتسمى حدود الكمية).

إضافة أو تغيير قيود العلاج التدرجي على دواء ما. (يقصد بعبارة العلاج التدرجي أنه يجب عليك تجربة دواء قبل أن نقوم بتغطية دواء آخر).

للمزيد من المعلومات حول القواعد المفروضة على الأدوية هذه، راجع السؤال ب4.

إذا كنت تتناول دواء تمت تغطيته في بداية العام، فلن نلغي أو نغير تغطية هذا الدواء بصورة عامة خلال الفترة المتبقية من السنة إلا إذا:

ظهر دواء جديد أرخص في السوق وله نفس فعالية الدواء المدرج في قائمة الأدوية الآن، أو

علمنا بأن دواء ما ليس آمنًا، أو

تم سحب الدواء من السوق.

يوجد بالسؤالين ب3 وب6 أدناه المزيد من المعلومات حول ما يحدث عند إجراء تغيير على قائمة الأدوية.

يمكنك دائمًا مراجعة قائمة الأدوية المحدثة التابعة لخطة Central Health Medi-Medi Plan I على الموقع الإلكتروني <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>. يتم نشر تحديثات قائمة الأدوية عبر الموقع الإلكتروني شهريًا.

يمكنك الاتصال على قسم خدمات الأعضاء Member Services على الرقم 665-3086 (800)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية يمكنهم الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي للتحقق من قائمة الأدوية الحالية.

ب3 ما الذي يحدث عند إجراء تغيير على قائمة الأدوية؟

ستطراً بعض التغييرات على قائمة الأدوية في الحال. على سبيل المثال:

استبدال إصدارات جديدة معينة من الأدوية. قد نزيل فوراً الأدوية من قائمة الأدوية حال استبدالها بإصدارات جديدة معينة من الأدوية، ومع ذلك ستظل تكلفة الدواء الجديد \$0. وعند إضافة إصدار جديد من الدواء، فقد نقرر أيضاً الاحتفاظ بالعلامة التجارية للدواء أو المنتج البيولوجي الأصلي في القائمة مع إجراء تغيير على قواعد أو قيود التغطية الخاصة به.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بخطة Central Health Medicare Plan على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.



قد لا نحيطك علمًا قبل أن نجري هذا التغيير، ولكن سنرسل لك معلومات حول التغييرات المحددة التي أجريناها فور حدوثها.

لا يمكننا إجراء هذه التغييرات إلا إذا كان الدواء المضاف:

دواء عام جديد مماثل لدواء آخر يحمل علامة تجارية، أو

إصدار جديد محدد من البدائل الحيوية للمنتجات البيولوجية الأصلية المدرجة في قائمة الأدوية (على سبيل المثال، إضافة بديل حيوي قابل للتبديل يمكن استبداله بمنتج بيولوجي أصلي بدون وصفة طبية جديدة).

قد تكون بعض أنواع هذه الأدوية جديدة بالنسبة لك. لمزيد من المعلومات، راجع القسم ب14.

يمكنك أنت أو موفر الرعاية المتابع لحالتك طلب استثناء من هذه التغييرات. وسنرسل لك إخطارًا بالخطوات التي يمكنك اتباعها لطلب استثناء. يُرجى مراجعة الأسئلة ب10-ب12 لمعرفة المزيد من المعلومات المتعلقة بالاستثناءات.

سحب دواء ما من السوق. إذا أعربت إدارة الغذاء والدواء (Food and Drug Administration, FDA) أن الدواء الذي تتناوله ليس آمنًا أو غير فعال أو قامت الجهة المصنعة للدواء بسحبه من السوق، فإننا قد نستبعد هذا الدواء على الفور من قائمة الأدوية. إذا كنت تتناول الدواء، فسنرسل لك إشعارًا عقب إجراء التغيير. تحدث مع طبيبك أو طبيب أمر بالوصفة آخر للعثور على بديل آمن لك.

قد نقوم بإجراء تغييرات أخرى من شأنها أن تؤثر على الأدوية التي تتناولها. سنبلغك مسبقًا بهذه التغييرات الأخرى التي تطرأ على قائمة الأدوية. وقد تطرأ هذه التغييرات إذا:

قدمت إدارة الغذاء والدواء (FDA) إرشادات جديدة أو إذا ظهرت توجيهات سريرية جديدة بشأن دواء ما.

قمنا بإزالة دواء يحمل علامة تجارية من قائمة الأدوية عند إضافة دواء عام ليس جديدًا في السوق، أو

قمنا بإزالة منتج بيولوجي أصلي عند إضافة بديل حيوي، أو

قمنا بتغيير قواعد أو حدود تغطية الدواء الذي يحمل العلامة التجارية.

عند إجراء هذه التغييرات، سنقوم بما يلي:

إعلامك قبل 30 يومًا على الأقل من إجرائنا التغيير في قائمة الأدوية أو

إعلامك وإمدادك بالدواء لمدة 31 يومًا بعد طلبك إعادة صرف الدواء.

سيمنحك ذلك الوقت الكافي للتحدث مع طبيبك أو أي طبيب أمر بالوصفة آخر، ويمكن أن يساعدك الطبيب على اتخاذ قرار يتعلق بما يلي:

ما إذا كان هناك دواء مشابه في قائمة الأدوية يمكنك تناوله بدلاً من الدواء الأول أو

ما إذا كان ينبغي عليك طلب استثناء من هذه التغييرات. لمعرفة المزيد بشأن الاستثناءات، راجع الأسئلة ب10-ب12.

ب4. هل توجد أية قيود أو حدود على تغطية الأدوية أو هل يجب القيام بأية إجراءات للحصول على أدوية معينة؟

نعم، توجد قواعد تغطية أو حدود على كمية بعض الأدوية التي يمكنك الحصول عليها. وفي بعض الحالات، يجب عليك أو على طبيبك أو أي طبيب آخر أمر بالوصفة القيام بإجراء ما قبل الحصول على الدواء. على سبيل المثال:

التصريح المسبق بالنسبة لبعض الأدوية، يجب عليك أو على طبيبك أو أي طبيب أمر بالوصفة آخر الحصول على تصريح من خطة Central Health Medi-Medi Plan I قبل صرف وصفتك الطبية. يختلف الحصول على التصريح المسبق عن الإحالة. قد لا تقوم Central Health Medi-Medi Plan I بتغطية الدواء إذا لم تحصل على تصريح مسبق.

حدود الكمية: في بعض الأحيان، تحد خطة Central Health Medi-Medi Plan I من كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها.

العلاج التدريجي: تتطلب Central Health Medi-Medi Plan I منك في بعض الأحيان أن تقوم بعلاج تدريجي. مما يعني أنه سيتعين عليك تجربة الأدوية بترتيب معين وفقاً لحالتك الصحية. وقد تضطر إلى تجربة دواء قبل أن تقوم بتغطية دواء آخر. وإذا رأى الطبيب الأمر بالوصفة أن الدواء الأول لا يتناسب مع حالتك، سنقوم حينها بتغطية الدواء الثاني.

يمكنك معرفة ما إذا كان للدواء الخاص بك أي متطلبات أو حدود إضافية من خلال مراجعة الجداول الموجودة في القسم C1. ويمكنك أيضاً الحصول على المزيد من المعلومات من خلال زيارة موقعنا الإلكتروني عبر الرابط التالي <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>. لقد قمنا بنشر وثائق عبر الإنترنت تشرح الحصول على الموافقة المسبقة وقيود العلاج التدريجي. ويمكنك أيضاً أن تطلب منا إرسال نسخة إليك.

يمكنك طلب استثناء من هذه التغييرات. سيمنحك ذلك الوقت الكافي للتحدث مع طبيبك أو أي طبيب أمر بالوصفة آخر، إذ يمكنه مساعدتك في اتخاذ قرار بشأن ما إذا كان هناك دواء مشابه في قائمة الأدوية يمكنك تناوله بدلاً من الدواء الأول أو ما إذا كان ينبغي عليك طلب استثناء. يُرجى مراجعة الأسئلة ب10-ب12 لمعرفة المزيد من المعلومات بشأن الاستثناءات.

ب5. كيف أعرف ما إذا كان ثمة حدود للدواء الذي أود الحصول عليه أو ما إذا كان ينبغي اتخاذ إجراءات للحصول عليه؟
يتضمن الجدول الوارد في قائمة الأدوية حسب الحالة الطبية على عمود بعنوان "الإجراءات الضرورية أو القيود أو حدود الاستخدام".

ب6. ماذا يحدث إذا أجرت Central Health Medi-Medi Plan I تغييرات على قواعدها المتعلقة بطريقة تغطيتها لبعض الأدوية (على سبيل المثال، التصريح المسبق و/أو حدود الكمية و/أو قيود العلاج التدريجي)؟

في بعض الحالات، سنقوم بإبلاغك مسبقاً إذا قمنا بإضافة أو تغيير التصريح المسبق و/أو حدود الكمية و/أو قيود العلاج التدريجي الخاصة بالدواء. راجع السؤال ب3 للحصول على المزيد من المعلومات حول هذا الإخطار المسبق والمواقف التي قد لا نتمكن فيها من إبلاغك مسبقاً عند تغيير قواعدها الخاصة بالأدوية الموجودة في قائمة الأدوية.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بخطة Central Health Medicare Plan على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

ب7. كيف يمكنني العثور على دواء في قائمة الأدوية؟

توجد طريقتان للعثور على دواء ما:

يمكنك البحث حسب الترتيب الأبجدي، أو

ويمكنك البحث بحسب الحالة الصحية.

للبحث حسب الترتيب الأبجدي، ابحث عن الدواء الخاص بك في قسم فهرس الأدوية الخاضعة للتغطية. ويمكنك العثور عليه في القسم D .

للبحث حسب الحالة الصحية، ابحث عن القسم C1 تحت عنوان "قائمة الأدوية حسب الحالة الطبية". تم تصنيف الأدوية في هذا القسم إلى فئات وفقاً لنوع الحالات الصحية المستخدمة في علاجها. على سبيل المثال، إذا كانت لديك مشكلة بالقلب، يجب عليك النظر في فئة "أمراض الأوعية القلبية". وستجد في هذه الفئة الأدوية التي تعالج مشاكل القلب.

ب8. ماذا أفعل إذا لم أجد الدواء الذي أريده في قائمة الأدوية؟

إذا لم تجد دواءك في قائمة الأدوية، عليك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 3086-665 (800)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية "TTY"، يمكنهم الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي، ويمكنك الاستفسار عن ذلك. وإذا علمت أن خطة Central Health Medi-Medi Plan I لن تقوم بتغطية الدواء، يمكنك القيام بأحد الإجراءات التالية:

اطلب من *Member Services* تزويدك بقائمة أدوية مماثلة للدواء الذي تود الحصول عليه. ثم قم بعرض القائمة على طبيبك أو أي طبيب أمر بالوصفة آخر. يمكنه وصف دواء موجود في قائمة الأدوية مماثل للدواء الذي كنت تود الحصول عليه. أو

يمكنك أن تطلب من خطة Central Health Medi-Medi Plan I تقديم استثناء بخصوص تغطية دوائك. يُرجى مراجعة الأسئلة ب10-ب12 لمعرفة المزيد من المعلومات بشأن الاستثناءات.

ب9. ماذا أفعل إذا كنت عضواً جديداً في خطة Central Health Medi-Medi Plan I ولم أتمكن من العثور على الدواء الذي أريده في قائمة الأدوية، أو إذا واجهتني مشكلة في الحصول على الدواء الذي أريده؟

يمكننا تقديم المساعدة. قد نغطي إمدادات لمدة 31 يوماً من عقارك خلال أول 90 يوماً من كونك عضواً في خطة Central Health Medi-Medi Plan I. سيمنحك ذلك الوقت الكافي للتحدث مع طبيبك أو أي واصل آخر. إذ يمكنه مساعدتك في اتخاذ قرار بشأن ما إذا كان هناك دواء مشابه في قائمة الأدوية يمكنك تناوله بدلاً من الدواء الأول أو ما إذا كان ينبغي عليك طلب استثناء.

إذا كانت وصفتك الطبية تغطي أياماً أقل، فسنتيح لك صرف الدواء عدة مرات لتغطية مدة تصل إلى 31 يوماً من العلاج كحد أقصى.

سنقوم بتغطية إمدادك بالدواء لمدة 31 يوماً إذا:

كنت تتناول دواء غير موجود في قائمة الأدوية لدينا، أو

لم تكن قواعد الخطة الخاصة بنا تسمح لك بالحصول على الكمية التي حددها الطبيب الأمر بالوصفة المتابع لحالتك، أو

يتطلب الدواء تصريحًا مسبقًا من جانب Central Health Medi-Medi Plan I، أو

كنت تتناول دواء يُعد جزءًا من قيود العلاج التدريجي.

إذا كنت تتناول دواء لا تعتبره خطة Central Health Medi-Medi Plan I دواءً من الجزء D، ولم يكن الدواء مدرجًا في قائمة الأدوية فضلاً عن كونك تواجه مشكلة في الحصول عليه، فقد يتم تغطيته من خلال Medi-Cal Rx. إذا كان الدواء المستثنى من الفئة D يتطلب الحصول على استثناء، وكنت تعاني من حالة طارئة، فإن Medi-Cal Rx سيسمح لك بالحصول على إمداد من الدواء يكفي لمدة لا تقل عن 72 ساعة. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) للحصول على المزيد من المعلومات. يمكنك كذلك الاتصال على Medi-Cal Rx Customer Service Center على الرقم 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة الهوية الخاصة بالمزايا (BIC) لبرنامج Medi-Cal عند الحصول على الأدوية الموصوفة من خلال Medi-Cal Rx.

إذا كنت في دار للرعاية أو في أي مرفق آخر للرعاية طويلة الأمد وكنت بحاجة إلى دواء غير موجود في قائمة الأدوية أو إذا لم تتمكن من الحصول على الدواء الذي تريده، فبإمكاننا مساعدتك. وإذا كنت عضوًا في الخطة لمدة تخطت 90 يومًا، وتعيش في إحدى مرافق الرعاية طويلة الأمد وتحتاج إلى إمداد فورًا:

سنقوم بتغطية إمداد الدواء الذي تحتاجه لمدة 31 يومًا (ما لم تكن الوصفة الطبية لعدد أيام أقل)، سواء كنت عضوًا جديدًا في خطة Central Health Medi-Medi Plan I أم لا.

وذلك بالإضافة إلى إمدادك بشكل مؤقت بالدواء خلال الـ 90 يومًا الأولى من عضويتك في خطة Central Health Medi-Medi Plan I.

ستوفر خطة Central Health Medi-Medi Plan I صرفًا مؤقتًا لمدة 31 يومًا على الأقل (ما لم تكن الوصفة الطبية محددة لأقل من 31 يومًا أو تم صرف الوصفة الطبية بأقل من الكمية المحددة بسبب حدود الكمية لأغراض السلامة أو تعديلات استخدام الدواء استنادًا إلى ملصق المنتج المعتمد، وفي هذه الحالة ستسمح Central Health Medi-Medi Plan I بصرف الأدوية المتعددة لتوفير ما يصل إلى 31 يومًا من الأدوية) في بيئة الرعاية طويلة الأجل في أي وقت خلال أول 90 يومًا من تسجيل العضو، بدءًا من تاريخ التغطية الفعلي للمسجل.

ب10. هل يمكنني طلب الحصول على استثناء لتغطية الدواء الذي أريده؟

نعم. يمكن طلب استثناء من خطة Central Health Medi-Medi Plan I لتغطية الدواء غير الموجود في قائمة الأدوية.

يمكنك أيضًا أن تطلب منا تغيير القواعد المطبقة على الدواء الذي تتناوله.

على سبيل المثال، قد تحد خطة Central Health Medi-Medi Plan I من كمية الدواء التي سنقوم بتغطيتها. فإذا كان هناك حد لكمية الدواء الذي تريده، يمكنك أن تطلب منا تغيير هذا الحد وتغطية كمية أكبر.

أمثلة أخرى: يمكنك أن تطلب منا إلغاء قيود العلاج التدريجي أو متطلبات الموافقة المسبقة.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بخطة Central Health Medicare Plan على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.



ب11. كيف يمكنني طلب الحصول على استثناء؟

لطلب الحصول على استثناء، اتصل بقسم خدمات الأعضاء *Member Services*. سيتعاون معك ممثل قسم *Member Services* ومع موفر الرعاية لديك لمساعدتك في طلب الحصول على استثناء. ويمكنك أيضًا مطالعة الفصل 9 القسم G2 من دليل الأعضاء لمعرفة المزيد بشأن الاستثناءات.

ب12. ما المدة التي يستغرقها الحصول على استثناء؟

بعد استلامنا بيانًا من الطبيب الأمر بالوصفة يدعم فيه طلبك بالحصول على استثناء، سنعملك بالقرار في غضون 72 ساعة. يمكن لموفر الرعاية أو أي شخص آخر وصف لك الدواء إرسال بيان الدعم إلينا عبر الفاكس أو البريد على الرقم 1309-290 (866). كما يمكنهما إخبارنا بشأن البيان عبر الهاتف، ثم إرساله عبر الفاكس أو البريد.

أرسل بيان موفر الرعاية إلى:

Central Health Medicare Plan
Attn: Pharmacy Department
7050 S Union Park Center, Suite 600
Midvale, Utah 84107

إذا كنت تعتقد أنت أو الطبيب الأمر بالوصفة أن صحتك قد تتضرر إذا انتظرت مدة 72 ساعة لمعرفة القرار، يمكنك طلب استثناء سريع. ويعجل هذا الطلب عملية إصدار القرار. إذا دعم الطبيب الأمر بالوصفة طلبك، فسنصدر القرار في غضون 24 ساعة من تلقي البيان الداعم منه.

ب13. ما هي الأدوية العامة؟

يتم صنع الأدوية العامة من نفس مكونات الأدوية الفعالة التي تحمل علامة تجارية. وعادةً ما تكون تكلفة هذه الأدوية أقل مقارنة بالدواء الذي يحمل علامة تجارية فضلاً عن كونها ذات تأثير مماثل. وفي كثير من الأحيان لا يكون لهذه الأدوية أسماء معروفة. وتقوم إدارة الغذاء والدواء (FDA) باعتماد هذه الأدوية العامة. وهناك أدوية عامة بديلة للعديد من الأدوية التي تحمل علامات تجارية. يمكن استبدال الأدوية العامة عادةً بالأدوية ذات العلامات التجارية في الصيدلية دون وصفة طبية جديدة - اعتمادًا على قوانين الولاية المعمول بها.

تغطي Central Health Medi-Medi Plan I الأدوية التي تحمل علامات تجارية والأدوية العامة.

ب14. ما المنتجات البيولوجية الأصلية وما وجه الصلة بينها وبين البدائل الحيوية؟

عندما نشير إلى الأدوية، فقد يعني ذلك دواءً أو منتجًا بيولوجيًا. وتتسم المنتجات البيولوجية بكونها أدوية أكثر تعقيدًا من الأدوية المتعارف عليها. ونظرًا لأن المنتجات البيولوجية أكثر تعقيدًا من الأدوية المتعارف عليها، فبدلاً من وجود شكل عام، يكون لها أشكالاً تسمى البدائل الحيوية. وبوجه عام، تتمتع البدائل الحيوية بقدر مماثل من الفعالية التي يتمتع بها المنتج البيولوجي الأصلي وقد تكون ذات تكلفة أقل. وهناك العديد من البدائل الحيوية لبعض المنتجات البيولوجية الأصلية. تكون بعض البدائل الحيوية قابلة للتبديل، واعتمادًا على قوانين الولاية المعمول بها، يمكن استبدالها بمنتج بيولوجي أصلي في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة، على نحو مماثل لاستبدال الأدوية العامة بالأدوية التي تحمل علامة تجارية.

للحصول على مزيد من المعلومات حول أنواع الأدوية، راجع الفصل 5 من دليل الأعضاء.

ب15. هل تغطي Central Health Medi-Medi Plan I المنتجات التي تصرف بدون وصفة طبية من غير الأدوية؟

تغطي خطة Central Health Medi-Medi Plan I بعض المنتجات غير الدوائية التي تُصرف بدون وصفة طبية (OTC) عندما يتم كتابتها كوصفات طبية من قبل موفر الرعاية الخاص بك.

يمكنك الاطلاع على قائمة الأدوية في خطة Central Health Medi-Medi Plan I لمعرفة المنتجات غير الدوائية التي لا تستلزم وصفة طبية التي تتم تغطيتها.

ب16. هل تغطي Central Health Medi-Medi Plan I إمدادات الوصفات طويلة الأمد؟

برامج الطلب بالبريد. نقدم برنامج الطلب بالبريد الذي يسمح لك بالحصول على ما يصل إلى 100 يومًا من الإمداد بالعقاقير الموصوفة لك وإرسالها مباشرة إلى منزلك. ويتم دفع نفس رسوم التأمين الصحي نظير الإمداد بالدواء لمدة 100 يومًا كإمداد لمدة شهر واحد.

برامج الصيدليات التي تقدم خدمة البيع بالتجزئة لمد 100 يومًا قد تقدم بعض صيدليات البيع بالتجزئة أيضًا ما يصل إلى 100 يومًا من الإمداد بالأدوية الطبية الخاضعة للتغطية. ويتم دفع نفس رسوم التأمين الصحي نظير الإمداد بالدواء لمدة 100 يومًا كإمداد لمدة شهر واحد.

ب17. هل يمكنني الحصول على وصفات طبية من الصيدلية المحلية يتم توصيلها إلى منزلي؟

قد يتاح لدى الصيدلية المحلية توصيل الوصفة الطبية إلى منزلك. ويمكنك الاتصال بالصيدلية لمعرفة إذا ما كانت تقدم خدمات التوصيل إلى المنزل.

ب18 ما هو المبلغ المشترك الذي علي دفعه؟

يستطيع الأعضاء في خطة Central Health Medi-Medi Plan I الحصول على الأدوية الموصوفة والأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية والمنتجات غير الدوائية إذا ما اتبع العضو قواعد الخطة. راجع الأسئلة ب15 وب16 للتعرف على المزيد من المعلومات حول الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية والمنتجات غير الدوائية.

الفئات هي عبارة عن مجموعات من الأدوية الموجودة في قائمة الأدوية لدينا.

يدفع العضو \$0 مدفوعات مشتركة للحصول على الأدوية العامة من الفئة 1.

يدفع العضو \$0 مدفوعات مشتركة للحصول على الأدوية من الفئة 1 ذات العلامة التجارية.

لا تتطلب جميع المستويات مدفوعات مشتركة.

تتطلب الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية \$0 مدفوعات مشتركة.

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بقسم Member Services على الرقم 3086-665 (800) ولمستخدمي الهاتف النصي TTY يمكنهم الاتصال على الرقم: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بخطة Central Health Medicare Plan على 3086-665 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة

<https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>



نظرة عامة على قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية

توفر لك قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية معلومات بشأن الأدوية المشمولة بتغطية Central Health Medi-Medi Plan I. إذا كنت تواجه مشكلة في العثور على دواء في القائمة، فارجع إلى فهرس الأدوية الخاضعة للتغطية الذي يبدأ في القسم D. يسرد الفهرس أجدياً كافة الأدوية المشمولة بتغطية Central Health Medi-Medi Plan I.

وقد يغطي برنامج Medi-Cal Rx بعض الأدوية الأخرى، مثل الأدوية التي تُصرف من دون وصفة طبية وبعض الفيتامينات. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) للحصول على مزيد من المعلومات. يمكنك كذلك الاتصال على Medi-Cal Rx Customer Service Center على الرقم 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة الهوية الخاصة بالمزايا (BIC) لبرنامج Medi-Cal عند الحصول على الأدوية الموصوفة من خلال برنامج Medi-Cal Rx.

طلبات الاستئناف ضمن القسم D

يُعدُّ الاستئناف وسيلة رسمية لمطالبتنا بمراجعة قرار اتخذناه حول التغطية الخاصة بك وتغييره إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ.

على سبيل المثال، قد نقرر أن الدواء الذي تريده غير خاضع للتغطية أو لم يعد خاضعاً للتغطية من جانب Medicare أو Medi-Cal.

فإذا لم تكن موافقاً أنت أو الطبيب الأمر بالوصفة الخاص بك على قرارنا، فيمكنك طلب استئناف. إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بقسم Member Services على الرقم 3086-665 (800) ولمستخدمي الهاتف النصي TTY يمكنهم الاتصال على الرقم: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي..

يمكنك أيضاً قراءة الفصل 9 من دليل الأعضاء لمعرفة كيفية الاستئناف على قرار ما.

تحتل الأدوية التي لا تندرج ضمن الأدوية المدرجة في الجزء D بقواعد مختلفة فيما يتعلق بطلبات الاستئناف.

ج-1. قائمة الأدوية حسب الحالة الطبية

تم تصنيف الأدوية في هذا القسم إلى فئات وفقاً لنوع الحالات الصحية المستخدمة في علاجها. على سبيل المثال، إذا كانت لديك مشكلة بالقلب، يجب عليك النظر في فئة "قلبي وعائي". وستجد في هذه الفئة الأدوية التي تعالج مشاكل القلب.

في ما يلي معاني الرموز المستخدمة في عمود "الإجراءات الضرورية أو القيود أو حدود الاستخدام":

PA = التصريح (الموافقة) المسبق: يجب أن تحصل على موافقة قبل أن تتمكن من الحصول على هذا الدواء.

QL = حدود الكمية: كمية الدواء التي ستغطيها الخطة.

ST = معايير العلاج التدريجي: يجب أن تجرب دواءً آخر قبل أن تتمكن من الحصول على هذا الدواء.

NM = طلب غير بريدي: لا يمكن صرف هذا الدواء بطلب عن طريق البريد.

B/D = قد يتم تغطية هذا الدواء بموجب الجزء B أو D من برنامج Medicare حسب الظروف.

LA = الدواء محدود الوصول: قد يتوفر هذا الدواء فقط في صيدليات معينة.

_ = الأدوية غير المدرجة في الجزء د، أو العناصر التي تُصرف بدون وصفة طبية (OTC) والتي يغطيها برنامج Medicaid.

NDS = الإمداد لأيام غير ممتدة: ستقتصر على عدد الأيام التي يمكنك الحصول فيها على إمداد.

يشتمل العمود الأول من الجدول على اسم الدواء. يتم سرد الأدوية العامة بأحرف مائلة صغيرة (على سبيل المثال، *metformin hcl*)، في حين تتم كتابة الأدوية ذات العلامات التجارية بأحرف كبيرة (على سبيل المثال، JANUVIA TABS)، وتخبرك المعلومات المدرجة في عمود "الإجراءات الضرورية أو القيود أو حدود الاستخدام" إذا ما كان لدى Central Health Medi-Medi Plan I أي قواعد لتغطية دوائك.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بخطة Central Health Medicare Plan على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.



MOLINA_CY25_1T_SNP_PMOD eff 07/01/2025

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
-----------	-----------	---------------------

ANALGESICS**GOUT**

<i>allopurinol</i> TABS 100mg, 300mg	1	
<i>colchicine</i> CAPS .6mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>colchicine</i> TABS .6mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	1	
MITIGARE CAPS .6mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>probenecid</i> TABS 500mg	1	

MISCELLANEOUS

<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> SOLN .5%, 1%, 1.5%, 2%	1	B/D
---	---	-----

NSAIDS

<i>celecoxib</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>celecoxib</i> CAPS 400mg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg; TBEC 25mg, 50mg, 75mg	1	
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	1	
<i>etodolac</i> CAPS 200mg, 300mg; TABS 400mg, 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg	1	
<i>flurbiprofen</i> TABS 100mg	1	
<i>ibu</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	1	
<i>ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml; TABS 400mg, 600mg, 800mg	1	
<i>meloxicam</i> TABS 7.5mg, 15mg	1	
<i>nabumetone</i> TABS 500mg, 750mg	1	
<i>naproxen</i> TABS 250mg, 375mg, 500mg	1	
<i>naproxen</i> TBEC 375mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>naproxen dr</i> TBEC 500mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>naproxen sodium</i> TABS 275mg, 550mg	1	
<i>piroxicam</i> CAPS 10mg, 20mg	1	
<i>sulindac</i> TABS 150mg, 200mg	1	

OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING

<i>buprenorphine</i> PTWK 5mcg/hr, 7.5mcg/hr, 10mcg/hr, 15mcg/hr, 20mcg/hr	1	QL (4 patches / 28 days), PA
<i>fentanyl</i> PT72 12mcg/hr, 25mcg/hr, 37.5mcg/hr, 50mcg/hr, 62.5mcg/hr, 75mcg/hr, 87.5mcg/hr, 100mcg/hr	1	QL (10 patches / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 100mg, 120mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>methadone hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 10mg/5ml	1	QL (450 mL / 30 days), PA
<i>methadone hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>methadone hydrochloride i</i> CONC 10mg/ml	1	QL (90 mL / 30 days), PA
<i>morphine sulfate</i> TBCR 15mg, 30mg, 60mg, 100mg, 200mg	1	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>OXYCONTIN</i> T12A 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING</i>		
<i>acetaminophen w/ codeine soln</i> 120-12 mg/5ml	1	QL (2700 mL / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-15 mg	1	QL (400 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-30 mg	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-60 mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>butorphanol tartrate</i> SOLN 1mg/ml, 2mg/ml	1	
<i>endocet tab</i> 2.5-325mg	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab</i> 5-325mg	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab</i> 7.5-325mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>endocet tab</i> 10-325mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen soln</i> 7.5-325 mg/15ml	1	QL (2700 mL / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab</i> 5-325 mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab</i> 7.5-325 mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab</i> 10-325 mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen tab</i> 7.5-200 mg	1	QL (150 tabs / 30 days)
<i>hydromorphone hcl</i> LIQD 1mg/ml	1	QL (600 mL / 30 days)
<i>hydromorphone hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> SOLN 2mg/ml, 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	1	B/D
<i>morphine sulfate</i> SOLN 10mg/5ml, 20mg/5ml	1	QL (900 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> SOLN 100mg/5ml	1	QL (180 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> TABS 15mg, 30mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>nalbuphine hcl</i> SOLN 10mg/ml, 20mg/ml	1	
<i>oxycodone hcl</i> CONC 100mg/5ml	1	QL (180 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> SOLN 5mg/5ml	1	QL (900 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i> 2.5-325 mg	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i> 5-325 mg	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i> 7.5-325 mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i> 10-325 mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>tramadol hcl</i> TABS 50mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen tab</i> 37.5-325 mg	1	QL (240 tabs / 30 days)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ANTI-INFECTIVES		
ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS		
<i>albendazole</i> TABS 200mg	1	NDS, QL (672 tabs / year), PA
<i>amikacin sulfate</i> SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml	1	
ARIKAYCE SUSP 590mg/8.4ml	1	NDS, NM, PA
<i>atovaquone</i> SUSP 750mg/5ml	1	QL (300 mL / 30 days), PA
<i>aztreonam</i> SOLR 1gm, 2gm	1	
CAYSTON SOLR 75mg	1	NDS, NM, PA
<i>clindamycin hcl</i> CAPS 75mg, 150mg, 300mg	1	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> SOLR 75mg/5ml	1	
<i>clindamycin phosphate</i> SOLN 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 300 mg/50ml	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 600 mg/50ml	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 900 mg/50ml	1	
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	1	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	1	
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	1	
<i>colistimethate sodium</i> SOLR 150mg	1	
<i>dapsone</i> TABS 25mg, 100mg	1	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	1	NDS
<i>daptomycin</i> SOLR 350mg, 500mg	1	NDS
EMVERM CHEW 100mg	1	NDS, QL (12 tabs / year)
<i>ertapenem sodium</i> SOLR 1gm	1	
<i>gentamicin in saline inj</i> 0.8 mg/ml	1	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1 mg/ml	1	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1.2 mg/ml	1	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1.6 mg/ml	1	
<i>gentamicin in saline inj</i> 2 mg/ml	1	
<i>gentamicin sulfate</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 250 mg	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 500 mg	1	
IMPAVIDO CAPS 50mg	1	NDS, PA
<i>ivermectin</i> TABS 3mg	1	QL (12 tabs / 90 days), PA
<i>linezolid</i> SOLN 600mg/300ml	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>linezolid</i> SUSR 100mg/5ml	1	NDS, QL (1800 mL / 30 days)
<i>linezolid</i> TABS 600mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
LINEZOLID INJ 2MG/ML	1	
<i>meropenem</i> SOLR 1gm, 500mg	1	
<i>methenamine hippurate</i> TABS 1gm	1	
<i>metronidazole</i> SOLN 500mg/100ml; TABS 250mg, 500mg	1	
<i>neomycin sulfate</i> TABS 500mg	1	
<i>nitazoxanide</i> TABS 500mg	1	NDS, QL (6 tabs / 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> CAPS 50mg, 100mg	1	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> CAPS 100mg	1	
<i>pentamidine isethionate inh</i> SOLR 300mg	1	B/D
<i>pentamidine isethionate inj</i> SOLR 300mg	1	
<i>polymyxin b sulfate</i> SOLR 500000unit	1	
<i>praziquantel</i> TABS 600mg	1	
<i>pyrimethamine</i> TABS 25mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	1	NDS
<i>sulfadiazine</i> TABS 500mg	1	NDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln</i> 400-80 mg/5ml	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i> 200-40 mg/5ml	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 400-80 mg	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 800-160 mg	1	
<i>tinidazole</i> TABS 250mg, 500mg	1	
TOBI PODHALER CAPS 28mg	1	NDS, NM, PA
<i>tobramycin</i> NEBU 300mg/5ml	1	NDS, NM, PA
<i>tobramycin sulfate</i> SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	1	
<i>trimethoprim</i> TABS 100mg	1	
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 125mg	1	QL (80 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 250mg	1	QL (160 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> SOLR 1gm, 1.25gm, 1.5gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	1	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	1	
VANCOMYCIN INJ 500MG	1	
VANCOMYCIN INJ 750MG	1	
ANTIFUNGALS		
ABELCET SUSP 5mg/ml	1	B/D
<i>amphotericin b</i> SOLR 50mg	1	B/D
<i>amphotericin b liposome</i> SUSR 50mg	1	NDS, B/D
<i>caspofungin acetate</i> SOLR 50mg, 70mg	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>fluconazole</i> SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i>	1	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i>	1	
<i>flucytosine</i> CAPS 250mg, 500mg	1	NDS, PA
<i>griseofulvin microsize</i> SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> TABS 125mg, 250mg	1	
<i>itraconazole</i> CAPS 100mg	1	PA
<i>ketoconazole</i> TABS 200mg	1	PA
<i>miconazole sodium</i> SOLR 50mg, 100mg	1	
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	1	
<i>posaconazole</i> SUSP 40mg/ml	1	NDS, QL (630 mL / 30 days), PA
<i>posaconazole</i> TBEC 100mg	1	NDS, QL (93 tabs / 30 days), PA
<i>terbinafine hcl</i> TABS 250mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies after a 90 day supply in a calendar year
<i>voriconazole</i> SOLR 200mg	1	PA
<i>voriconazole</i> SUSR 40mg/ml	1	NDS, QL (600 mL / 28 days), PA
<i>voriconazole</i> TABS 50mg	1	QL (480 tabs / 30 days)
<i>voriconazole</i> TABS 200mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
ANTIMALARIALS		
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>	1	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i>	1	
<i>chloroquine phosphate</i> TABS 250mg, 500mg	1	
COARTEM TAB 20-120MG	1	
<i>mefloquine hcl</i> TABS 250mg	1	
<i>primaquine phosphate</i> TABS 26.3mg	1	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	1	
<i>quinine sulfate</i> CAPS 324mg	1	PA
ANTI-RETROVIRAL AGENTS		
<i>abacavir sulfate</i> SOLN 20mg/ml; TABS 300mg	1	NM
APTIVUS CAPS 250mg	1	NDS, NM
<i>atazanavir sulfate</i> CAPS 150mg, 200mg, 300mg	1	NM
<i>darunavir</i> TABS 600mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>darunavir</i> TABS 800mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
EDURANT TABS 25mg	1	NDS, NM
<i>efavirenz</i> TABS 600mg	1	NM

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى رقم الصفحة.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>emtricitabine</i> CAPS 200mg	1	NM
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	1	NM
<i>etravirine</i> TABS 100mg, 200mg	1	NDS, NM
<i>fosamprenavir calcium</i> TABS 700mg	1	NDS, NM
FUZEON SOLR 90mg	1	NDS, NM
INTELENCE TABS 25mg	1	NM
ISENTRESS CHEW 25mg	1	NM
ISENTRESS CHEW 100mg; PACK 100mg; TABS 400mg	1	NDS, NM
ISENTRESS HD TABS 600mg	1	NDS, NM
<i>lamivudine</i> SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	1	NM
<i>maraviroc</i> TABS 150mg, 300mg	1	NDS, NM
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TABS 200mg; TB24 400mg	1	NM
NORVIR PACK 100mg	1	NM
PIFELTRO TABS 100mg	1	NDS, NM
PREZISTA SUSP 100mg/ml	1	NDS, QL (400 mL / 30 days), NM
PREZISTA TABS 75mg	1	QL (480 tabs / 30 days), NM
PREZISTA TABS 150mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM
REYATAZ PACK 50mg	1	NDS, NM
<i>ritonavir</i> TABS 100mg	1	NM
RUKOBIA TB12 600mg	1	NDS, NM
SELZENTRY SOLN 20mg/ml	1	NDS, NM
SUNLENCA TABS 300mg; TBPk 300mg	1	NDS, NM
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> TABS 300mg	1	NM
TIVICAY TABS 10mg	1	NM
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	1	NDS, NM
TIVICAY PD TBSO 5mg	1	NDS, NM
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	1	NDS, NM
TYBOST TABS 150mg	1	NM
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	1	NDS, NM
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	1	NDS, NM
<i>zidovudine</i> CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml; TABS 300mg	1	NM
ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS		
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab</i> 600-300 mg	1	NM
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	1	NDS, NM
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	1	NDS, NM
CIMDUO TAB 300-300	1	NDS, NM
COMPLERA TAB	1	NDS, NM
DELSTRIGO TAB	1	NDS, NM
DESCOVY TAB 120-15MG	1	NDS, NM

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
DESCOVY TAB 200/25MG	1	NDS, NM
DOVATO TAB 50-300MG	1	NDS, NM
efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg	1	NDS, NM
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg	1	NDS, NM
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg	1	NDS, NM
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg	1	NDS, NM
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg	1	NDS, NM
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg	1	NDS, NM
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg	1	NM
EVOTAZ TAB 300-150	1	NDS, NM
GENVOYA TAB	1	NDS, NM
JULUCA TAB 50-25MG	1	NDS, NM
lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg	1	NM
lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)	1	NM
lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg	1	NM
lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg	1	NM
ODEFSEY TAB	1	NDS, NM
PREZCOBIX TAB 800-150	1	NDS, NM
STRIBILD TAB	1	NDS, NM
SYMTUZA TAB	1	NDS, NM
TRIUMEQ PD TAB	1	NM
TRIUMEQ TAB	1	NDS, NM
ANTITUBERCULAR AGENTS		
cycloserine CAPS 250mg	1	NDS
ethambutol hcl TABS 100mg, 400mg	1	
isoniazid SYRP 50mg/5ml; TABS 100mg, 300mg	1	
PRIFTIN TABS 150mg	1	
pyrazinamide TABS 500mg	1	
rifabutin CAPS 150mg	1	
rifampin CAPS 150mg, 300mg; SOLR 600mg	1	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	1	NDS, NM, PA
TRECTOR TABS 250mg	1	
ANTIVIRALS		
acyclovir CAPS 200mg; SUSP 200mg/5ml; TABS 400mg, 800mg	1	
acyclovir sodium SOLN 50mg/ml	1	B/D

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>adefovir dipivoxil</i> TABS 10mg	1	NM
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	1	NDS, NM, ST
<i>entecavir</i> TABS .5mg, 1mg	1	NM
EPCLUSA PAK 150-37.5	1	NDS, NM, PA
EPCLUSA PAK 200-50MG	1	NDS, NM, PA
EPCLUSA TAB 200-50MG	1	NDS, NM, PA
EPCLUSA TAB 400-100	1	NDS, NM, PA
<i>famciclovir</i> TABS 125mg, 250mg, 500mg	1	
<i>ganciclovir sodium</i> SOLR 500mg	1	B/D
HARVONI PAK 33.75-150MG	1	NDS, NM, PA
HARVONI PAK 45-200MG	1	NDS, NM, PA
HARVONI TAB 45-200MG	1	NDS, NM, PA
HARVONI TAB 90-400MG	1	NDS, NM, PA
<i>lamivudine (hbv)</i> TABS 100mg	1	NM
LIVTENCITY TABS 200mg	1	NDS, QL (336 tabs / 28 days), NM, PA
MAVYRET PAK 50-20MG	1	NDS, NM, PA
MAVYRET TAB 100-40MG	1	NDS, NM, PA
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 30mg	1	QL (168 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 45mg, 75mg	1	QL (84 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> SUSR 6mg/ml	1	QL (1080 mL / year)
PAXLOVID PAK	1	QL (22 tabs / 90 days)
PAXLOVID TAB 150-100	1	QL (40 tabs / 90 days)
PAXLOVID TAB 300-100	1	QL (60 tabs / 90 days)
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	1	NDS, NM, PA
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days), PA
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister	1	QL (6 inhalers / year)
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	1	NM
<i>rimantadine hydrochloride</i> TABS 100mg	1	
<i>valacyclovir hcl</i> TABS 1gm, 500mg	1	
<i>valganciclovir hcl</i> SOLR 50mg/ml	1	NDS
<i>valganciclovir hcl</i> TABS 450mg	1	
VOSEVI TAB	1	NDS, NM, PA
XOFLUZA TBPB 40mg, 80mg	1	QL (1 tab / 180 days)
CEPHALOSPORINS		
<i>cefaclor</i> CAPS 250mg, 500mg	1	
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg; SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	1	
CEFAZOLIN SOLR 2gm, 3gm	1	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	1	
<i>cefazolin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 3gm, 10gm, 500mg	1	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	1	
CEFAZOLIN/DEX SOL 1GM/50ML-4%	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
CEFAZOLIN/DEX SOL 2GM/50ML-3%	1	
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/50ML-2%	1	
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/150ML-4%	1	
<i>cefдинир</i> CAPS 300mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	1	
<i>cefepime hcl</i> SOLR 1gm, 2gm	1	
<i>cefixime</i> CAPS 400mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	1	
<i>cefotetan disodium</i> SOLR 1gm, 2gm	1	
<i>cefoxitin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	1	
<i>cefpodoxime proxetil</i> SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml; TABS 100mg, 200mg	1	
<i>cefprozil</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	1	
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	1	
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	1	
<i>cefuroxime axetil</i> TABS 250mg, 500mg	1	
<i>cefuroxime sodium</i> SOLR 1.5gm, 750mg	1	
<i>cephalexin</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	1	
<i>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	1	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	1	NDS
ERYTHROMYCINS/MACROLIDES		
<i>azithromycin</i> PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 600mg	1	
<i>clarithromycin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg; TB24 500mg	1	
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	1	NDS
<i>e.e.s. 400</i> TABS 400mg	1	
<i>ery-tab</i> TBEC 250mg, 333mg, 500mg	1	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	1	
<i>erythromycin base</i> CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> TABS 400mg	1	
<i>erythromycin lactobionate</i> SOLR 500mg	1	
FLUOROQUINOLONES		
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	1	
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	
<i>levofloxacin</i> SOLN 25mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	1	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى رقم الصفحة.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>moxifloxacin hcl TABS 400mg</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	1	
PENICILLINS		
<i>amoxicillin CAPS 250mg, 500mg; CHEW 125mg, 250mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	1	
<i>ampicillin CAPS 500mg</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	1	
<i>ampicillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg</i>	1	
<i>BICILLIN L-A SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml</i>	1	
<i>dicloxacillin sodium CAPS 250mg, 500mg</i>	1	
<i>nafcillin sodium SOLR 1gm, 2gm</i>	1	
<i>nafcillin sodium SOLR 10gm</i>	1	NDS
<i>oxacillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm</i>	1	
<i>penicillin g potassium SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	1	
<i>penicillin g sodium SOLR 5000000unit</i>	1	
<i>penicillin v potassium SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg</i>	1	
<i>pfizerpen SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	1	
TETRACYCLINES		
<i>doxy 100 SOLR 100mg</i>	1	
<i>doxycycline (monohydrate) CAPS 50mg, 100mg; SUSR 25mg/5ml; TABS 50mg, 75mg, 100mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate CAPS 50mg, 100mg; SOLR 100mg; TABS 20mg, 100mg</i>	1	
<i>minocycline hcl CAPS 50mg, 75mg, 100mg</i>	1	
NUZYRA SOLR 100mg	1	NDS, NM
NUZYRA TABS 150mg	1	NDS, QL (30 tabs / 14 days), NM
<i>tetracycline hcl CAPS 250mg, 500mg</i>	1	
<i>tigecycline SOLR 50mg</i>	1	NDS
ANTINEOPLASTIC AGENTS		
ALKYLATING AGENTS		
BENDAMUSTINE HYDROCHLORID SOLN 100mg/4ml	1	NDS, B/D, NM
BENDEKA SOLN 100mg/4ml	1	NDS, B/D, NM
<i>carboplatin SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml</i>	1	B/D
<i>cisplatin SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml</i>	1	B/D
<i>cyclophosphamide CAPS 25mg, 50mg; SOLR 1gm, 500mg</i>	1	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/2ml, 2gm/4ml, 500mg/ml	1	NDS, B/D, NM
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml, 500mg/5ml, 1000mg/10ml, 2000mg/20ml	1	NDS, B/D
<i>cyclophosphamide SOLR 2gm</i>	1	NDS, B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg, 50mg	1	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	1	NDS, B/D
FRINDOVYX SOLN 1gm/2ml, 2gm/4ml, 500mg/ml	1	NDS, B/D, NM
GLEOSTINE CAPS 10mg, 40mg	1	NM
GLEOSTINE CAPS 100mg	1	NDS, NM
LEUKERAN TABS 2mg	1	NDS

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى رقم الصفحة.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml; SOLR 50mg	1	B/D
<i>oxaliplatin</i> SOLR 100mg	1	NDS, B/D
VIVIMUSTA SOLN 100mg/4ml	1	NDS, B/D, NM
ANTIMETABOLITES		
<i>azacitidine</i> SUSR 100mg	1	NDS, B/D, NM
<i>cytarabine</i> SOLN 20mg/ml	1	B/D
<i>fluorouracil</i> SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	1	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml; SOLR 1gm, 2gm, 200mg	1	B/D
INQOVI TAB 35-100MG	1	NDS, QL (5 tabs / 28 days), NM, PA
LONSURF TAB 15-6.14	1	NDS, QL (100 tabs / 28 days), NM, PA
LONSURF TAB 20-8.19	1	NDS, QL (80 tabs / 28 days), NM, PA
<i>mercaptopurine</i> SUSP 2000mg/100ml	1	NDS, NM
<i>mercaptopurine</i> TABS 50mg	1	
<i>methotrexate sodium</i> SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	1	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg	1	NDS, QL (14 tabs / 28 days), NM, PA
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	1	NDS, B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	1	NDS, NM
TABLOID TABS 40mg	1	NDS
HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS		
<i>abiraterone acetate</i> TABS 250mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
<i>abiraterone acetate</i> TABS 500mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>abirtega</i> TABS 250mg	1	QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AKEEGA TAB 50/500MG	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AKEEGA TAB 100/500	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>anastrozole</i> TABS 1mg	1	
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	1	
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	1	NM, PA
ERLEADA TABS 60mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
ERLEADA TABS 240mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
EULEXIN CAPS 125mg	1	NDS
<i>exemestane</i> TABS 25mg	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
FIRMAGON SOLR 80mg	1	NM, PA
FIRMAGON SOLR 120mg/vial	1	NDS, NM, PA
<i>fulvestrant</i> SOSY 250mg/5ml	1	NDS, B/D
<i>letrozole</i> TABS 2.5mg	1	
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	1	NM, PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	1	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	1	NDS, NM, PA
LYSODREN TABS 500mg	1	NDS, NM
<i>megestrol acetate</i> TABS 20mg, 40mg	1	
<i>nilutamide</i> TABS 150mg	1	NDS
NUBEQA TABS 300mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
ORGOVYX TABS 120mg	1	NDS, NM, PA
ORSERDU TABS 86mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
ORSERDU TABS 345mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	1	NDS
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	1	
<i>toremifene citrate</i> TABS 60mg	1	PA
XTANDI CAPS 40mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
XTANDI TABS 40mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
XTANDI TABS 80mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
IMMUNOMODULATORS		
<i>lenalidomide</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	1	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, PA
<i>lenalidomide</i> CAPS 20mg, 25mg	1	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
POMALYST CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	1	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAPS 50mg	1	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAPS 100mg	1	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAPS 150mg, 200mg	1	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA
MISCELLANEOUS		
BESREMI SOSY 500mcg/ml	1	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
<i>bexarotene</i> CAPS 75mg	1	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA
<i>doxorubicin hcl</i> SOLN 2mg/ml	1	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> SUSP 2mg/ml	1	NDS, B/D

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى رقم الصفحة.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>hydroxyurea</i> CAPS 500mg	1	
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	1	B/D
IWILFIN TABS 192mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
MATULANE CAPS 50mg	1	NDS, NM
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	1	NDS
WELIREG TABS 40mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
MITOTIC INHIBITORS		
<i>docetaxel</i> CONC 20mg/ml	1	B/D
<i>docetaxel</i> CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	1	NDS, B/D
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	1	NDS, B/D
DOCIVYX SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	1	NDS, B/D, NM
<i>etoposide</i> SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml, 500mg/25ml	1	B/D
<i>paclitaxel</i> CONC 6mg/ml, 30mg/5ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	1	B/D
<i>paclitaxel inj</i> 100mg	1	NDS, B/D, NM
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	1	B/D
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	1	B/D
MOLECULAR TARGET AGENTS		
ALECENSA CAPS 150mg	1	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
ALUNBRIG TABS 30mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
ALUNBRIG TABS 90mg, 180mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ALUNBRIG PAK	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AUGTYRO CAPS 40mg	1	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
AUGTYRO CAPS 160mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
BALVERSA TABS 3mg	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
BALVERSA TABS 4mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
BALVERSA TABS 5mg	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg	1	NM, PA
<i>bortezomib</i> SOLR 3.5mg	1	NDS, NM, PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
BOSULIF CAPS 50mg	1	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, PA
BOSULIF CAPS 100mg	1	NDS, QL (150 caps / 25 days), NM, PA
BOSULIF TABS 100mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
BOSULIF TABS 400mg, 500mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
BRAFTOVI CAPS 75mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
BRUKINSA CAPS 80mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
CALQUENCE CAPS 100mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
CALQUENCE TABS 100mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
CAPRELSA TABS 100mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
CAPRELSA TABS 300mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	1	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
COMETRIQ KIT 100MG	1	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA
COMETRIQ KIT 140MG	1	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	1	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA
COTELLIC TABS 20mg	1	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA
DANZITEN TABS 71mg, 95mg	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
<i>dasatinib</i> TABS 20mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>dasatinib</i> TABS 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
DAURISMO TABS 25mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
DAURISMO TABS 100mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ERIVEDGE CAPS 150mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 25mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>erlotinib hcl</i> TABS 100mg, 150mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 2mg	1	NDS, QL (150 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 3mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 5mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg	1	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
FRUZAQLA CAPS 1mg	1	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
FRUZAQLA CAPS 5mg	1	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
GAVRETO CAPS 100mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
<i>gefitinib</i> TABS 250mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
GOMEKLI CAPS 1mg	1	NDS, QL (168 caps / 28 days), NM, PA
GOMEKLI CAPS 2mg	1	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
GOMEKLI TBSO 1mg	1	NDS, QL (168 tabs / 28 days), NM, PA
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	1	NDS, NM, PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	1	NDS, NM, PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	1	NDS, NM, PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg	1	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg	1	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg, 30mg, 45mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
IDHIFA TABS 50mg, 100mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 100mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 400mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA CAPS 70mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA CAPS 140mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA SUSP 70mg/ml	1	NDS, QL (216 mL / 27 days), NM, PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
IMKELDI SOLN 80mg/ml	1	NDS, QL (280 mL / 28 days), NM, PA
INLYTA TABS 1mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
INLYTA TABS 5mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
INREBIC CAPS 100mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
ITOVEBI TABS 3mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
ITOVEBI TABS 9mg	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
JAYPIRCA TABS 50mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
JAYPIRCA TABS 100mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	1	NDS, B/D, NM
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	1	NDS, NM, PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	1	NDS, NM, PA
KISQALI 200 DOSE TBPk 200mg	1	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 200 PAK FEMARA	1	NDS, QL (49 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 DOSE TBPk 200mg	1	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 PAK FEMARA	1	NDS, QL (70 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 DOSE TBPk 200mg	1	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 PAK FEMARA	1	NDS, QL (91 tabs / 28 days), NM, PA
KOSELUGO CAPS 10mg	1	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
KOSELUGO CAPS 25mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
KRAZATI TABS 200mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
<i>lapatinib ditosylate</i> TABS 250mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
LAZCLUZE TABS 80mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
LAZCLUZE TABS 240mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى رقم الصفحة.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA CAP 14 MG	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA CAP 18 MG	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA CAP 24 MG	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
LORBRENA TABS 25mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
LORBRENA TABS 100mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
LUMAKRAS TABS 120mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
LUMAKRAS TABS 240mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
LUMAKRAS TABS 320mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) TBPk 4mg	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) TBPk 4mg	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) TBPk 4mg	1	NDS, QL (140 tabs / 28 days), NM, PA
MEKINIST SOLR .05mg/ml	1	NDS, QL (1260 mL / 30 days), NM, PA
MEKINIST TABS 2mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
MEKINIST TABS .5mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
MEKTOVI TABS 15mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
MONJUVI SOLR 200mg	1	NDS, NM, PA
NERLYNX TABS 40mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg	1	NDS, QL (3 caps / 28 days), NM, PA
ODOMZO CAPS 200mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
OGIVRI SOLR 150mg, 420mg	1	NDS, NM, PA
OGSIVEO TABS 50mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
OGSIVEO TABS 100mg, 150mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
OJEMDA SUSR 25mg/ml	1	NDS, QL (96 mL / 28 days), NM, PA
OJEMDA TABS 100mg	1	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, PA
OJJAARA TABS 100mg, 150mg, 200mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	1	NDS, NM, PA
<i>pazopanib hcl</i> TABS 200mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
PHESGO SOL	1	NDS, NM, PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPk 200mg	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPk 150mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
QINLOCK TABS 50mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
RETEVMO CAPS 40mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
RETEVMO CAPS 80mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
RETEVMO TABS 40mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
RETEVMO TABS 80mg, 120mg, 160mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
REVUFORJ TABS 25mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
REVUFORJ TABS 110mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
REVUFORJ TABS 160mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
REZLIDHIA CAPS 150mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
ROMVIMZA CAPS 14mg, 20mg, 30mg	1	NDS, QL (8 caps / 28 days), NM, PA
ROZLYTREK CAPS 100mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
ROZLYTREK CAPS 200mg	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى رقم الصفحة.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ROZLYTREK PACK 50mg	1	NDS, QL (336 packets / 28 days), NM, PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
RYDAPT CAPS 25mg	1	NDS, QL (224 caps / 28 days), NM, PA
SCSEMBLIX TABS 20mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
SCSEMBLIX TABS 40mg	1	NDS, QL (300 tabs / 30 days), NM, PA
SCSEMBLIX TABS 100mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sorafenib tosylate</i> TABS 200mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
STIVARGA TABS 40mg	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
<i>sunitinib malate</i> CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
TAFINLAR TBSO 10mg	1	NDS, QL (900 tabs / 30 days), NM, PA
TAGRISSO TABS 40mg, 80mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg, .5mg, .75mg, 1mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
TALZENNA CAPS .25mg	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
TASIGNA CAPS 50mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
TASIGNA CAPS 150mg, 200mg	1	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
TAZVERIK TABS 200mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	1	NDS, NM, PA
TECENTRIQ INJ HYBREZA	1	NDS, QL (1 vial / 21 days), NM, PA
TEPMETKO TABS 225mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
TIBSOVO TABS 250mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>torpenz</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	1	NDS, NM, PA
TRUQAP TABS 160mg, 200mg	1	NDS, QL (64 tabs / 28 days), NM, PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TRUQAP TBPK 160mg, 200mg	1	NDS, QL (4 packs / 28 days), NM, PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	1	NDS, NM, PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
TURALIO CAPS 125mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
VANFLYTA TABS 17.7mg, 26.5mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
VENCLEXTA TABS 10mg	1	QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
VENCLEXTA TABS 50mg	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
VENCLEXTA TABS 100mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
VENCLEXTA TAB START PK	1	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
VITRAKVI CAPS 25mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
VITRAKVI CAPS 100mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
VITRAKVI SOLN 20mg/ml	1	NDS, QL (300 mL / 30 days), NM, PA
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
VONJO CAPS 100mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
VORANIGO TABS 10mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
VORANIGO TABS 40mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg; CPSP 50mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
XALKORI CPSP 20mg	1	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
XALKORI CPSP 150mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
XOSPATA TABS 40mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) TBPK 10mg	1	NDS, QL (16 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) TBPK 40mg	1	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY) TBPK 40mg	1	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى رقم الصفحة.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY) TBPk 60mg	1	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY) TBPk 20mg	1	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY) TBPk 40mg	1	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY) TBPk 20mg	1	NDS, QL (32 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY) TBPk 50mg	1	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA
ZEJULA TABS 100mg, 200mg, 300mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ZELBORAF TABS 240mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	1	NDS, NM, PA
ZOLINZA CAPS 100mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
ZYKADIA TABS 150mg	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA

PROTECTIVE AGENTS

<i>leucovorin calcium</i> SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	1	B/D
<i>leucovorin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 25mg	1	
<i>mesna</i> TABS 400mg	1	NDS
MESNEX TABS 400mg	1	NDS

CARDIOVASCULAR

ACE INHIBITOR COMBINATIONS

<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	1	
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	1	
ACE INHIBITORS		
<i>benazepril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>captopril TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	
<i>enalapril maleate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg</i>	1	
<i>fosinopril sodium TABS 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>lisinopril TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	1	
<i>moexipril hcl TABS 7.5mg, 15mg</i>	1	
<i>perindopril erbumine TABS 2mg, 4mg, 8mg</i>	1	
<i>quinapril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>ramipril CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	1	
<i>trandolapril TABS 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	
ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>eplerenone TABS 25mg, 50mg</i>	1	
<i>KERENDIA TABS 10mg, 20mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>spironolactone TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	
ALPHA BLOCKERS		
<i>doxazosin mesylate TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg</i>	1	
<i>prazosin hcl CAPS 1mg, 2mg, 5mg</i>	1	
<i>terazosin hcl CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg</i>	1	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
ENTRESTO CAP 6-6MG	1	QL (240 caps / 30 days)
ENTRESTO CAP 15-16MG	1	QL (240 caps / 30 days)
ENTRESTO TAB 24-26MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 49-51MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 97-103MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	1	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	1	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>candesartan cilexetil TABS 4mg, 8mg, 16mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil TABS 32mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>irbesartan TABS 75mg, 150mg, 300mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil TABS 5mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil TABS 20mg, 40mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan TABS 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan TABS 40mg, 80mg, 160mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>valsartan TABS 320mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
ANTIARRHYTHMICS		
<i>amiodarone hcl SOLN 50mg/ml, 150mg/3ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 200mg, 400mg</i>	1	
<i>disopyramide phosphate CAPS 100mg, 150mg</i>	1	
<i>dofetilide CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg</i>	1	NM
<i>flecainide acetate TABS 50mg, 100mg, 150mg</i>	1	
<i>MULTAQ TABS 400mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pacerone TABS 100mg, 200mg, 400mg</i>	1	
<i>propafenone hcl CP12 225mg, 325mg, 425mg; TABS 150mg, 225mg, 300mg</i>	1	
<i>quinidine sulfate TABS 200mg, 300mg</i>	1	
<i>sotalol hcl TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg</i>	1	
<i>sotalol hcl (afib/af) TABS 80mg, 120mg, 160mg</i>	1	
ANTILIPEMICS, FIBRATES		
<i>fenofibrate TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg</i>	1	
<i>fenofibrate micronized CAPS 67mg, 134mg, 200mg</i>	1	
<i>gemfibrozil TABS 600mg</i>	1	
ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS		
<i>atorvastatin calcium TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lovastatin TABS 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pravastatin sodium TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>rosuvastatin calcium TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>simvastatin TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS		
<i>cholestyramine PACK 4gm; POWD 4gm/dose</i>	1	
<i>cholestyramine light PACK 4gm; POWD 4gm/dose</i>	1	
<i>colesevelam hcl PACK 3.75gm; TABS 625mg</i>	1	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى رقم الصفحة.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>colestipol hcl</i> GRAN 5gm; PACK 5gm; TABS 1gm	1	
<i>ezetimibe</i> TABS 10mg	1	
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
NEXLETOL TABS 180mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
NEXLIZET TAB 180/10MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> TBCR 500mg, 750mg, 1000mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	1	PA
<i>prevalite</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	1	
REPATHA SOSY 140mg/ml	1	NM, PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SOCT 420mg/3.5ml	1	NM, PA
REPATHA SURECLICK SOAJ 140mg/ml	1	NM, PA
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	1	
BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS		
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	1	
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	1	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	1	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	1	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	1	
BETA-BLOCKERS		
<i>acebutolol hcl</i> CAPS 200mg, 400mg	1	
<i>atenolol</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>betaxolol hcl</i> TABS 10mg, 20mg	1	
<i>bisoprolol fumarate</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>carvedilol</i> TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg	1	
<i>labetalol hcl</i> TABS 100mg, 200mg, 300mg	1	
<i>metoprolol succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1	
<i>metoprolol tartrate</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>nadolol</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	
<i>nebivolol hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>nebivolol hcl</i> TABS 20mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pindolol</i> TABS 5mg, 10mg	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>propranolol hcl</i> CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg; SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	1	
<i>timolol maleate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS		
<i>amlodipine besylate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>cartia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	1	
<i>dilt-xr</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	1	
<i>diltiazem hcl</i> CP12 60mg, 90mg, 120mg; SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml; TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg	1	
<i>diltiazem hcl coated beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	1	
<i>diltiazem hcl extended release beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	1	
<i>felodipine</i> TB24 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>isradipine</i> CAPS 2.5mg, 5mg	1	
<i>nicardipine hcl</i> CAPS 20mg, 30mg	1	
<i>nifedipine</i> TB24 30mg, 60mg, 90mg	1	
<i>nimodipine</i> CAPS 30mg	1	
<i>tiadylt er</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	1	
<i>verapamil hcl</i> CP24 100mg, 120mg, 180mg, 200mg, 240mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml; TABS 40mg, 80mg, 120mg; TBCR 120mg, 180mg, 240mg	1	
DIURETICS		
<i>acetazolamide</i> CP12 500mg; TABS 125mg, 250mg	1	
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	1	
<i>amiloride hcl</i> TABS 5mg	1	
<i>bumetanide</i> SOLN .25mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	
<i>chlorthalidone</i> TABS 25mg, 50mg	1	
<i>furosemide</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/5ml; TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	
<i>furosemide inj</i> SOLN 10mg/ml	1	
<i>hydrochlorothiazide</i> CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	1	
<i>indapamide</i> TABS 1.25mg, 2.5mg	1	
<i>methazolamide</i> TABS 25mg, 50mg	1	
<i>metolazone</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	1	
<i>torsemide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	1	
MISCELLANEOUS		
<i>aliskiren fumarate TABS 150mg, 300mg</i>	1	
<i>clonidine PTWK .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr</i>	1	
<i>clonidine hcl TABS .1mg, .2mg, .3mg</i>	1	
<i>CORLANOR SOLN 5mg/5ml</i>	1	QL (450 mL / 30 days)
<i>digoxin SOLN .05mg/ml, .25mg/ml</i>	1	
<i>digoxin TABS 125mcg, 250mcg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>droxidopa CAPS 100mg</i>	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
<i>droxidopa CAPS 200mg, 300mg</i>	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>epinephrine (anaphylaxis) SOLN 1mg/ml</i>	1	
<i>guanfacine hcl TABS 1mg, 2mg</i>	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>hydralazine hcl SOLN 20mg/ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	
<i>ivabradine hcl TABS 5mg, 7.5mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>metirosine CAPS 250mg</i>	1	NDS, NM, PA
<i>midodrine hcl TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	1	
<i>minoxidil TABS 2.5mg, 10mg</i>	1	
<i>ranolazine TB12 500mg, 1000mg</i>	1	
<i>VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
NITRATES		
<i>isosorbide dinitrate TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate TB24 30mg, 60mg, 120mg</i>	1	
<i>NITRO-BID OINT 2%</i>	1	
<i>nitroglycerin PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SOLN .4mg/spray; SUBL .3mg, .4mg, .6mg</i>	1	
PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION		
<i>alyq TABS 20mg</i>	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>ambrisentan TABS 5mg, 10mg</i>	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>bosentan TABS 62.5mg, 125mg</i>	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>OPSUMIT TABS 10mg</i>	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	1	QL (360 tabs / 30 days), NM, PA
<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	1	NDS, NM, PA

CENTRAL NERVOUS SYSTEM

ANTI-ANXIETY

<i>alprazolam</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	1	QL (150 tabs / 30 days)
<i>buspirone hcl</i> TABS 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg, 30mg	1	
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml	1	QL (150 mL / 30 days)
<i>lorazepam</i> SOLN 4mg/ml, 20mg/10ml	1	
<i>lorazepam</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	QL (150 tabs / 30 days)
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml	1	QL (150 mL / 30 days)

ANTI-DEMENTIA

<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 5mg; TBDP 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 10mg; TBDP 10mg	1	
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml	1	QL (200 mL / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> TABS 4mg, 8mg, 12mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>memantine hcl</i> CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml; TABS 5mg, 10mg	1	PA; PA applies if 29 years and younger
<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i> <i>titration pack</i>	1	PA; PA applies if 29 years and younger
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 14-10</i> <i>mg</i>	1	
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 21-10</i> <i>mg</i>	1	
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 28-10</i> <i>mg</i>	1	
NAMZARIC CAP 7-10MG	1	
NAMZARIC CAP 14-10MG	1	
NAMZARIC CAP 21-10MG	1	
NAMZARIC CAP 28-10MG	1	
NAMZARIC CAP PACK	1	
<i>rivastigmine</i> PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr	1	QL (30 patches / 30 days)
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg	1	QL (60 caps / 30 days)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ANTIDEPRESSANTS		
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	1	
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	1	
AUVELITY TAB 45-105MG	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg	1	
<i>bupropion hcl</i> TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl</i> TB24 300mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 10mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>clomipramine hcl</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg	1	PA
<i>desipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	1	
<i>desvenlafaxine succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg; CONC 10mg/ml	1	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg	1	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 20mg, 30mg, 60mg	1	QL (60 caps / 30 days)
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr	1	NDS, QL (30 patches / 30 days), PA
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	
FETZIMA CP24 20mg, 40mg	1	QL (60 caps / 30 days), PA
FETZIMA CP24 80mg, 120mg	1	QL (30 caps / 30 days), PA
FETZIMA CAP TITRATIO	1	QL (2 packs / year), PA
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg; SOLN 20mg/5ml	1	
<i>imipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg	1	
MARPLAN TABS 10mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>mirtazapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 30mg, 45mg; TBDP 15mg, 30mg, 45mg	1	
<i>nefazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	1	
<i>nortriptyline hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg; SOLN 10mg/5ml	1	
<i>paroxetine hcl</i> SUSP 10mg/5ml	1	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>paroxetine hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	
<i>phenelzine sulfate</i> TABS 15mg	1	
<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
RALDESY SOLN 10mg/ml	1	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>sertraline hcl</i> CONC 20mg/ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>tranylcypromine sulfate</i> TABS 10mg	1	
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg, 50mg	1	QL (120 caps / 30 days)
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg	1	QL (60 caps / 30 days)
TRINTELLIX TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>venlafaxine hcl</i> CP24 37.5mg, 75mg, 150mg; TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	1	
<i>vilazodone hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
ZURZUVAE CAPS 20mg, 25mg	1	NDS, QL (28 caps / 14 days), NM, PA
ZURZUVAE CAPS 30mg	1	NDS, QL (14 caps / 14 days), NM, PA

ANTIPARKINSONIAN AGENTS

<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg	1	QL (120 caps / 30 days)
<i>amantadine hcl</i> SOLN 50mg/5ml; TABS 100mg	1	
<i>benztropine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	1	
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>bromocriptine mesylate</i> CAPS 5mg; TABS 2.5mg	1	
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i> 10-100mg	1	
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i> 25-100mg	1	
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i> 25-250mg	1	
<i>carbidopa & levodopa tab</i> 10-100 mg	1	
<i>carbidopa & levodopa tab</i> 25-100 mg	1	
<i>carbidopa & levodopa tab</i> 25-250 mg	1	
<i>carbidopa & levodopa tab er</i> 25-100 mg	1	
<i>carbidopa & levodopa tab er</i> 50-200 mg	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 12.5-50-200 mg	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 18.75-75-200 mg	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 25-100-200 mg	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 31.25-125-200 mg	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 37.5-150-200 mg	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 50-200-200 mg	1	
<i>entacapone</i> TABS 200mg	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
INBRIJA CAPS 42mg	1	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	1	
<i>rasagiline mesylate</i> TABS .5mg, 1mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ropinirole hydrochloride</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	1	
<i>selegiline hcl</i> CAPS 5mg; TABS 5mg	1	
<i>trihexyphenidyl hcl</i> SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg	1	PA; PA applies if 70 years and older
ANTIPSYCHOTICS		
ABILIFY ASIMTUFII PRSY 720mg/2.4ml, 960mg/3.2ml	1	NDS, QL (1 syringe / 56 days)
ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg	1	NDS, QL (1 injection / 28 days)
<i>aripiprazole</i> SOLN 1mg/ml	1	QL (900 mL / 30 days)
<i>aripiprazole</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>aripiprazole</i> TBDP 10mg, 15mg	1	QL (60 tabs / 30 days), ST
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml	1	NDS, QL (1 syringe / 56 days)
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	1	NDS
<i>asenapine maleate</i> SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days)
<i>chlorpromazine hcl</i> CONC 30mg/ml, 100mg/ml; SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1	
<i>clozapine</i> TABS 25mg, 50mg	1	
<i>clozapine</i> TABS 100mg	1	QL (270 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TABS 200mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	1	PA
<i>clozapine</i> TBDP 100mg	1	QL (270 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 150mg	1	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 200mg	1	QL (120 tabs / 30 days), PA
COBENFY CAP 50-20MG	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA
COBENFY CAP 100-20MG	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
COBENFY CAP 125-30MG	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA
COBENFY STRT CAP PACK	1	NDS, QL (2 packs / year), PA
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
FANAPT PAK	1	QL (2 packs / year), PA
fluphenazine decanoate SOLN 25mg/ml	1	
fluphenazine hcl CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
haloperidol TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	
haloperidol decanoate SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	1	
haloperidol lactate CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	1	
INVEGA HAFYERA SUSY 1092mg/3.5ml, 1560mg/5ml	1	NDS, QL (1 injection / 180 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml	1	QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml	1	NDS, QL (1 syringe / 90 days)
loxapine succinate CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	1	
lurasidone hcl TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
lurasidone hcl TABS 80mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 5-10MG	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 10-10MG	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 15-10MG	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 20-10MG	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
molindone hcl TABS 5mg, 10mg, 25mg	1	
NUPLAZID CAPS 34mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
NUPLAZID TABS 10mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
olanzapine SOLR 10mg	1	QL (3 vials / 1 day)
olanzapine TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
olanzapine TABS 7.5mg, 15mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
olanzapine TBDP 5mg, 15mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days), ST

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى رقم الصفحة.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>olanzapine</i> TBDP 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days), ST
OPIPZA FILM 2mg, 5mg	1	NDS, QL (30 films / 30 days), PA
OPIPZA FILM 10mg	1	NDS, QL (90 films / 30 days), PA
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg, 3mg, 9mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>paliperidone</i> TB24 6mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	1	
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	1	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 300mg, 400mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> SOLN 1mg/ml	1	QL (240 mL / 30 days)
<i>risperidone</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	1	
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg	1	QL (60 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone</i> TBDP 4mg	1	QL (120 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg	1	QL (90 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone microspheres</i> SRER 12.5mg, 25mg	1	QL (2 injections / 28 days)
<i>risperidone microspheres</i> SRER 37.5mg, 50mg	1	NDS, QL (2 injections / 28 days)
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr	1	NDS, QL (30 patches / 30 days)
<i>thioridazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>thiothixene</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
<i>trifluoperazine hcl</i> TABS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml	1	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA
VRAYLAR CAPS 1.5mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days)
VRAYLAR CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>ziprasidone hcl</i> CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>ziprasidone mesylate</i> SOLR 20mg	1	QL (6 injections / 3 days)
ANTISEIZURE AGENTS		
APTiom TABS 200mg, 400mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
APTiom TABS 600mg, 800mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
BRIVIACT SOLN 10mg/ml	1	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg, 200mg; CP12 100mg, 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TABS 200mg; TB12 100mg, 200mg, 400mg	1	
<i>clobazam</i> SUSP 2.5mg/ml	1	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>clobazam</i> TABS 10mg, 20mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>clonazepam</i> TABS 2mg; TBDP 2mg	1	QL (300 tabs / 30 days)
<i>clonazepam</i> TABS .5mg, 1mg; TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg	1	QL (180 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
DIACOMIT CAPS 250mg	1	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, PA
DIACOMIT CAPS 500mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
DIACOMIT PACK 250mg	1	NDS, QL (360 packets / 30 days), NM, PA
DIACOMIT PACK 500mg	1	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml	1	QL (1200 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
<i>diazepam</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg	1	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	1	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>diazepam intensol</i> CONC 5mg/ml	1	QL (240 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
DILANTIN CAPS 30mg	1	
<i>divalproex sodium</i> CSDR 125mg; TB24 250mg, 500mg; TBEC 125mg, 250mg, 500mg	1	
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml	1	NDS, QL (600 mL / 30 days), NM, PA
<i>epitol</i> TABS 200mg	1	
EPRONTIA SOLN 25mg/ml	1	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>ethosuximide</i> CAPS 250mg; SOLN 250mg/5ml	1	
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml; TABS 400mg, 600mg	1	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml	1	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, PA
FYCOMPA SUSP .5mg/ml	1	NDS, QL (720 mL / 30 days), PA
FYCOMPA TABS 2mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>gabapentin</i> CAPS 100mg, 300mg	1	QL (360 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> CAPS 400mg	1	QL (270 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> SOLN 250mg/5ml, 300mg/6ml	1	QL (2160 mL / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 600mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 800mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> SOLN 200mg/20ml	1	
<i>lacosamide</i> TABS 50mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> TABS 100mg, 150mg, 200mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>lacosamide oral</i> SOLN 10mg/ml	1	QL (1200 mL / 30 days)
<i>lamotrigine</i> CHEW 5mg, 25mg; TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	
<i>lamotrigine</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg	1	ST
<i>levetiracetam</i> SOLN 100mg/ml, 500mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	1	
LEVETIRACETAM TB3D 250mg	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	1	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	1	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	1	
<i>methsuximide</i> CAPS 300mg	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	1	QL (10 nasal units per 30 days)
oxcarbazepine SUSP 300mg/5ml; TABS 150mg, 300mg, 600mg	1	
phenobarbital ELIX 20mg/5ml	1	QL (1500 mL / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
phenobarbital TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg	1	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
phenobarbital sodium SOLN 65mg/ml, 130mg/ml	1	PA; PA applies if 70 years and older
phenytek CAPS 200mg, 300mg	1	
phenytoin CHEW 50mg; SUSP 125mg/5ml	1	
phenytoin sodium SOLN 50mg/ml	1	
phenytoin sodium extended CAPS 100mg, 200mg, 300mg	1	
pregabalin CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	1	QL (120 caps / 30 days), PA
pregabalin CAPS 200mg	1	QL (90 caps / 30 days), PA
pregabalin CAPS 225mg, 300mg	1	QL (60 caps / 30 days), PA
pregabalin SOLN 20mg/ml	1	QL (900 mL / 30 days), PA
primidone TABS 50mg, 125mg, 250mg	1	
roweepra TABS 500mg	1	
rufinamide SUSP 40mg/ml	1	NDS, QL (2400 mL / 30 days), PA
rufinamide TABS 200mg	1	QL (480 tabs / 30 days), PA
rufinamide TABS 400mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), PA
SPRITAM TB3D 250mg	1	QL (360 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 500mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 750mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 1000mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
subvenite TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	
SYMPAZAN FILM 5mg, 10mg, 20mg	1	NDS, QL (60 films / 30 days), PA
tiagabine hcl TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	1	
topiramate CPSP 15mg, 25mg, 50mg; TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1	
valproate sodium SOLN 100mg/ml, 250mg/5ml	1	
valproic acid CAPS 250mg	1	
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD 5mg/0.1ml	1	QL (10 blister packs per 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى رقم الصفحة.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD 10mg/0.1ml	1	QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5mg/0.1ml	1	QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10mg/0.1ml	1	QL (10 blister packs per 30 days)
<i>vigabatrin</i> PACK 500mg	1	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
<i>vigabatrin</i> TABS 500mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
<i>vigadrone</i> PACK 500mg	1	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
<i>vigadrone</i> TABS 500mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
VIGAFYDE SOLN 100mg/ml	1	NDS, QL (900 mL / 30 days), NM, PA
<i>vigpoder</i> PACK 500mg	1	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
XCOPRI TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
XCOPRI TABS 150mg, 200mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
XCOPRI PAK 12.5-25	1	QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 50-100MG	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 100-150	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
ZONISADE SUSP 100mg/5ml	1	NDS, QL (900 mL / 30 days), PA
<i>zonisamide</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	1	
ZTALMY SUSP 50mg/ml	1	NDS, QL (1100 mL / 30 days), NM, PA

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	1	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>atomoxetine hcl CAPS 10mg, 18mg, 25mg</i>	1	QL (120 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 40mg</i>	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 60mg, 80mg, 100mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 2.5mg, 5mg</i>	1	QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 10mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>guanfacine hcl (adhd) TB24 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>guanfacine hcl (adhd) TB24 3mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>methylphenidate hcl CHEW 2.5mg, 5mg, 10mg; TABS 5mg, 10mg</i>	1	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl SOLN 5mg/5ml</i>	1	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl SOLN 10mg/5ml</i>	1	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl TABS 20mg; TBCR 10mg, 20mg</i>	1	QL (90 tabs / 30 days), PA
HYPNOTICS		
<i>DAYVIGO TABS 5mg, 10mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl (sleep) TABS 3mg, 6mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>eszopiclone TABS 1mg, 2mg, 3mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>tasimelteon CAPS 20mg</i>	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>temazepam</i> CAPS 7.5mg, 30mg	1	QL (30 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>temazepam</i> CAPS 15mg	1	QL (60 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>zaleplon</i> CAPS 5mg	1	QL (30 caps / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>zaleplon</i> CAPS 10mg	1	QL (60 caps / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>zolpidem tartrate</i> TABS 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year

MIGRAINE

AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml	1	QL (1 pen / 30 days), NM, PA
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	1	NDS
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 4mg/ml	1	NDS, QL (8 mL / 30 days), PA
EMGALITY SOAJ 120mg/ml	1	QL (2 pens / 30 days), NM, PA
EMGALITY SOSY 100mg/ml	1	QL (3 syringes / 30 days), NM, PA
EMGALITY SOSY 120mg/ml	1	QL (2 syringes / 30 days), NM, PA
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	1	QL (40 tabs / 28 days), PA
<i>naratriptan hcl</i> TABS 1mg, 2.5mg	1	QL (12 tabs / 30 days)
NURTEC TBDP 75mg	1	QL (16 tabs / 30 days), PA
QULIPTA TABS 10mg, 30mg, 60mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg	1	QL (18 tabs / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 5mg/act	1	QL (24 units / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 20mg/act	1	QL (12 units / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml	1	QL (18 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml	1	QL (12 injections / 30 days)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>sumatriptan succinate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	QL (12 tabs / 30 days)
UBRELVY TABS 50mg, 100mg	1	QL (16 tabs / 30 days), PA
MISCELLANEOUS		
AUSTEDO TABS 6mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 6mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 12mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 18mg, 24mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 30mg, 36mg, 42mg, 48mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	1	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
<i>lithium</i> SOLN 8meq/5ml	1	
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg; TBCR 300mg, 450mg	1	
NUEDEXTA CAP 20-10MG	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pyridostigmine bromide</i> TABS 60mg	1	
<i>riluzole</i> TABS 50mg	1	
<i>tetrabenazine</i> TABS 12.5mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>tetrabenazine</i> TABS 25mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS		
BAFIERTAM CPDR 95mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
BETASERON KIT .3mg	1	NDS, QL (14 syringes / 28 days), NM, PA
COPAXONE SOSY 20mg/ml	1	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
COPAXONE SOSY 40mg/ml	1	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
<i>dalfampridine</i> TB12 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>fingolimod hcl</i> CAPS .5mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 20mg/ml	1	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 40mg/ml	1	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى رقم الصفحة.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>glatopa</i> SOSY 20mg/ml	1	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatopa</i> SOSY 40mg/ml	1	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml	1	NDS, QL (16 pens / 365 days), NM, PA

MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS

<i>baclofen</i> TABS 5mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>baclofen</i> TABS 10mg, 20mg	1	
<i>carisoprodol</i> TABS 350mg	1	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>cyclobenzaprine hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	QL (90 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>dantrolene sodium</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>methocarbamol</i> TABS 500mg	1	QL (360 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>methocarbamol</i> TABS 750mg	1	QL (240 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>tizanidine hcl</i> TABS 2mg, 4mg	1	

NARCOLEPSY/CATAPLEXY

<i>armodafinil</i> TABS 50mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>armodafinil</i> TABS 150mg, 200mg, 250mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>modafinil</i> TABS 100mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>modafinil</i> TABS 200mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
SODIUM OXYBATE SOLN 500mg/ml	1	NDS, QL (540 mL / 30 days), NM, PA

PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC

<i>acamprosate calcium</i> TBEC 333mg	1	
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 2mg, 8mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 2-0.5 mg (base equiv)	1	QL (90 films / 30 days)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i>	1	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	1	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i>	1	QL (60 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i>	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deterrent) TB12 150mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>disulfiram TABS 250mg, 500mg</i>	1	
<i>naloxone hcl LIQD 4mg/0.1ml; SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY .4mg/ml, 2mg/2ml</i>	1	
<i>naltrexone hcl TABS 50mg</i>	1	
<i>NICOTROL INHALER INHA 10mg</i>	1	
<i>NICOTROL NS SOLN 10mg/ml</i>	1	
<i>varenicline tartrate TABS .5mg, 1mg</i>	1	QL (56 tabs / 28 days)
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i>	1	QL (2 packs / year)
<i>VIVITROL SUSR 380mg</i>	1	NDS, NM

ENDOCRINE AND METABOLIC

ANDROGENS

<i>danazol CAPS 50mg, 100mg, 200mg</i>	1	
<i>depo-testosterone SOLN 100mg/ml, 200mg/ml</i>	1	PA
<i>methyltestosterone CAPS 10mg</i>	1	NDS, QL (600 caps / 30 days), PA
<i>testosterone GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	1	QL (300 gm / 30 days), PA
<i>testosterone cypionate SOLN 100mg/ml, 200mg/ml</i>	1	PA
<i>testosterone enanthate SOLN 200mg/ml</i>	1	PA
<i>testosterone pump GEL 1.62%</i>	1	QL (150 gm / 30 days), PA

ANTIDIABETICS

<i>acarbose TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	
<i>FARXIGA TABS 5mg, 10mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>glimepiride TABS 1mg, 2mg</i>	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glimepiride TABS 4mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide TABS 5mg</i>	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide TABS 10mg</i>	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide TB24 2.5mg, 5mg</i>	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide TB24 10mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl TB24 2.5mg, 5mg</i>	1	QL (90 tabs / 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى رقم الصفحة.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>glipizide xl</i> TB24 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	1	QL (120 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-500MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-500MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 100-1000	1	QL (30 tabs / 30 days)
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
JARDIANCE TABS 10mg, 25mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-500	1	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-850	1	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 500mg	1	QL (150 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 850mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 1000mg	1	QL (75 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TB24 500mg	1	QL (120 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
<i>metformin hcl</i> TB24 750mg	1	QL (60 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
MOUNJARO SOAJ 2.5mg/0.5ml, 5mg/0.5ml, 7.5mg/0.5ml, 10mg/0.5ml, 12.5mg/0.5ml, 15mg/0.5ml	1	QL (4 pens / 28 days), PA
<i>nateglinide</i> TABS 60mg, 120mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml	1	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/3ml	1	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml	1	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8mg/3ml	1	QL (1 pen / 28 days), PA
<i>pioglitazone hcl</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg</i>	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg</i>	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS 2mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS .5mg, 1mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
SYNJARDY TAB 5-500MG	1	QL (120 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 12.5-500	1	QL (60 tabs / 30 days)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 10-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 25-1000	1	QL (30 tabs / 30 days)
TRADJENTA TABS 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
TRULICITY SOAJ .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml	1	QL (4 pens / 28 days), PA
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-500MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-500MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-1000	1	QL (30 tabs / 30 days)
ANTIDIABETICS, INSULINS		
ADMELOG SOLN 100unit/ml	1	
ADMELOG SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	1	
ALCOHOL SWABS: BD-EMBECTA/MHC/RUGBY	1	PA
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml	1	
CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (3-DAY)	1	QL (10 patches / 30 days), PA
CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (4-DAY)	1	QL (8 patches / 24 days), PA
CEQUR SIMPL MIS INSERTER	1	QL (2 inserters / year), PA
FIASP SOLN 100unit/ml	1	
FIASP FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml	1	
FIASP PENFILL SOCT 100unit/ml	1	
FIASP PUMPCART SOCT 100unit/ml	1	B/D
GAUZE PADS 2" X 2"	1	PA
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml	1	NDS, B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml	1	NDS
INSULIN PEN NEEDLES: BD-EMBECTA	1	PA
INSULIN SAFETY NEEDLES: BD-EMBECTA	1	PA
INSULIN SYRINGES: BD-EMBECTA	1	PA
NOVOLIN INJ 70/30	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN INJ 70/30 FP	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG SOLN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ 70/30	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
OMNIPOD 5 DX KIT INT G7G6	1	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 DX MIS POD G7G6	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO	1	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD 5 LB KIT INTRO G6	1	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 LB MIS PODS G6	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD DASH KIT INTRO	1	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD DASH MIS PODS	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD MIS CLASSIC	1	QL (15 pods / 30 days), PA
SOLIQUA INJ 100/33	1	QL (5 pens / 25 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	1	
TOUJEO SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	1	
TRESIBA SOLN 100unit/ml	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml	1	
XULTOPHY INJ 100/3.6	1	QL (5 pens / 30 days)
CALCIUM REGULATORS		
<i>alendronate sodium</i> SOLN 70mg/75ml	1	ST
<i>alendronate sodium</i> TABS 10mg, 35mg, 70mg	1	
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	1	B/D
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	1	B/D
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	1	B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	1	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml	1	QL (1 syringe / 180 days), NM
<i>risedronate sodium</i> TABS 5mg, 35mg, 150mg	1	
<i>risedronate sodium</i> TBEC 35mg	1	ST
TERIPARATIDE SOPN 620mcg/2.48ml	1	NDS, NM, PA
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	1	NDS, NM, PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 5mg/100ml	1	B/D, NM
CHELATING AGENTS		
CHEMET CAPS 100mg	1	NDS
<i>deferasirox</i> TABS 90mg, 180mg, 360mg; TBSO 125mg	1	NM, PA
<i>deferasirox</i> TBSO 250mg, 500mg	1	NDS, NM, PA
<i>kionex</i> SUSP 15gm/60ml	1	
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	1	
<i>penicillamine</i> TABS 250mg	1	NDS, NM
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	1	
<i>sps</i> SUSP 15gm/60ml	1	
<i>sps rectal</i> SUSP 15gm/60ml	1	
<i>trientine hcl</i> CAPS 250mg	1	NDS, NM, PA
CONTRACEPTIVES		
<i>afirmelle</i>	1	
<i>altavera</i>	1	
<i>alyacen 1/35</i>	1	
<i>alyacen 7/7/7</i>	1	
<i>amethia</i>	1	
<i>amethyst</i>	1	
<i>apri</i>	1	
<i>aranelle</i>	1	
<i>ashlyna</i>	1	
<i>aubra eq</i>	1	
<i>aurovela 1/20</i>	1	
<i>aurovela 24 fe</i>	1	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	1	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى رقم الصفحة.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>aurovela fe 1/20</i>	1	
<i>aviane</i>	1	
<i>ayuna</i>	1	
<i>azurette</i>	1	
<i>balziva</i>	1	
<i>blisovi 24 fe</i>	1	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	1	
<i>briellyn</i>	1	
<i>camila TABS .35mg</i>	1	
<i>camrese</i>	1	
<i>camrese lo</i>	1	
<i>chateal eq</i>	1	
<i>cryselle-28</i>	1	
<i>cyred eq</i>	1	
<i>dasetta 1/35</i>	1	
<i>dasetta 7/7/7</i>	1	
<i>daysee</i>	1	
<i>deblitane TABS .35mg</i>	1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY 104mg/0.65ml	1	
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15- 0.02/0.01 mg(21/5)</i>	1	
<i>dolishale</i>	1	
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3- 0.02-0.451 mg</i>	1	
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3- 0.03-0.451 mg</i>	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	1	
<i>elinest</i>	1	
<i>eluryng</i>	1	
<i>emzahh TABS .35mg</i>	1	
<i>enilloring</i>	1	
<i>enpresse-28</i>	1	
<i>enskyce</i>	1	
<i>errin TABS .35mg</i>	1	
<i>estarylla</i>	1	
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	1	
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12- 0.015 mg/24hr</i>	1	
<i>falmina</i>	1	
<i>feirza 1.5/30</i>	1	
<i>feirza 1/20</i>	1	
<i>finzala</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
hailey 1.5/30	1	
hailey 24 fe	1	
haloette	1	
heather TABS .35mg	1	
iclevia	1	
incassia TABS .35mg	1	
introvale	1	
isibloom	1	
jasmiel	1	
jolessa	1	
juleber	1	
junel 1.5/30	1	
junel 1/20	1	
junel fe 1.5/30	1	
junel fe 1/20	1	
junel fe 24	1	
kaitlib fe	1	
kariva	1	
kelnor 1/35	1	
kelnor 1/50	1	
kurvelo	1	
larin 1.5/30	1	
larin 1/20	1	
larin 24 fe	1	
larin fe 1.5/30	1	
larin fe 1/20	1	
layolis fe	1	
lessina	1	
levonest	1	
levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg ð est 0.01 mg	1	
levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)	1	
levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)	1	
levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg	1	
levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg	1	
levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg- 30 mcg	1	
levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075- 40/0.125-30mg-mcg	1	
levonorgestrel-ethinyl estradiol (continuous) tab 90-20 mcg	1	
levora 0.15/30-28	1	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى رقم الصفحة.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
LILETTA IUD 20.1mcg/day	1	NM
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	1	
<i>loestrin 1/20-21</i>	1	
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	1	
<i>loestrin fe 1/20</i>	1	
<i>loryna</i>	1	
<i>low-ogestrel</i>	1	
<i>lutra</i>	1	
<i>lyleq TABS .35mg</i>	1	
<i>lyza TABS .35mg</i>	1	
<i>marlissa</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i> SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml	1	
<i>mibelas 24 fe</i>	1	
<i>microgestin 1.5/30</i>	1	
<i>microgestin 1/20</i>	1	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	1	
<i>microgestin fe 1/20</i>	1	
<i>mili</i>	1	
<i>mono-lynyah</i>	1	
<i>necon 0.5/35-28</i>	1	
NEXPLANON IMPL 68mg	1	NM
<i>nikki</i>	1	
<i>nora-be TABS .35mg</i>	1	
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35</i> <i>mcg/24hr</i>	1	
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab</i> <i>0.4 mg-35 mcg</i>	1	
<i>norethindrone (contraceptive) TABS .35mg</i>	1	
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-</i> <i>30/1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-</i> <i>20 mcg</i>	1	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1</i> <i>mg-20 mcg</i>	1	
<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1</i> <i>mg-20 mcg (24)</i>	1	
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35</i> <i>mcg</i>	1	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-</i> <i>25/0.25-25 mg-mcg</i>	1	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-</i> <i>35/0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>norlyroc TABS .35mg</i>	1	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	1	
<i>nortrel 7/7/7</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>nylia 1/35</i>	1	
<i>nylia 7/7/7</i>	1	
<i>ocella</i>	1	
<i>philith</i>	1	
<i>pimtrea</i>	1	
<i>portia-28</i>	1	
<i>reclipsen</i>	1	
<i>rivelsa</i>	1	
<i>setlakin</i>	1	
<i>sharobel TABS .35mg</i>	1	
<i>simliya</i>	1	
<i>simpesse</i>	1	
<i>sprintec 28</i>	1	
<i>sronyx</i>	1	
<i>syeda</i>	1	
<i>tarina 24 fe</i>	1	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	1	
<i>tilia fe</i>	1	
<i>tri-estarylla</i>	1	
<i>tri-legest fe</i>	1	
<i>tri-linyah</i>	1	
<i>tri-lo-estarylla</i>	1	
<i>tri-lo-marzia</i>	1	
<i>tri-lo-mili</i>	1	
<i>tri-lo-sprintec</i>	1	
<i>tri-mili</i>	1	
<i>tri-nymyo</i>	1	
<i>tri-sprintec</i>	1	
<i>tri-vylibra</i>	1	
<i>tri-vylibra lo</i>	1	
<i>trivora-28</i>	1	
<i>turqoz</i>	1	
<i>tydemy</i>	1	
<i>valtya 1/50</i>	1	
<i>velivet</i>	1	
<i>vestura</i>	1	
<i>vienva</i>	1	
<i>viorele</i>	1	
<i>vyfemla</i>	1	
<i>vylibra</i>	1	
<i>wera</i>	1	
<i>wymzya fe</i>	1	
<i>xarah fe</i>	1	
<i>xelria fe</i>	1	
<i>xulane</i>	1	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى رقم الصفحة.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>zafemy</i>	1	
<i>zovia 1/35</i>	1	
<i>zumandimine</i>	1	
ESTROGENS		
<i>dotti</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	1	
<i>estradiol</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr; PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr; TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	1	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	1	
<i>estradiol vaginal</i> CREA .1mg/gm; TABS 10mcg	1	
<i>estradiol valerate</i> OIL 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml	1	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	1	
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	1	
<i>jinteli</i>	1	
<i>lyllana</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	1	
<i>mimvey</i>	1	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	1	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	1	
<i>yuvaferm</i> TABS 10mcg	1	
GLUCOCORTICOIDS		
<i>dexamethasone</i> ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	1	
<i>DEXAMETHASONE INTENSOL</i> CONC 1mg/ml	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml; SOSY 4mg/ml	1	
<i>fludrocortisone acetate</i> TABS .1mg	1	
<i>hydrocortisone</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	
<i>hydrocortisone sod succinate</i> SOLR 100mg	1	
<i>methylprednisolone</i> TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg	1	B/D
<i>methylprednisolone</i> TBPK 4mg	1	
<i>methylprednisolone acetate</i> SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	1	B/D
<i>methylprednisolone sod succ</i> SOLR 40mg, 125mg, 1000mg	1	B/D
<i>prednisolone</i> SOLN 15mg/5ml	1	B/D

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 5mg/5ml, 15mg/5ml, 25mg/5ml	1	B/D
<i>prednisone</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	1	B/D
<i>prednisone</i> TBPk 5mg, 10mg	1	
PREDNISON INTENSOL CONC 5mg/ml	1	B/D
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	1	
GLUCOSE ELEVATING AGENTS		
<i>diazoxide</i> SUSP 50mg/ml	1	NDS
ZEGALOGUE SOAJ .6mg/0.6ml; SOSY .6mg/0.6ml	1	
MISCELLANEOUS		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	1	NDS, NM, PA
<i>betaine powder for oral solution</i>	1	NDS, NM
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	1	
<i>carglumic acid</i> TBSO 200mg	1	NDS, NM, PA
CERDELGA CAPS 84mg	1	NDS, NM, PA
CEREZYME SOLR 400unit	1	NDS, NM, PA
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 30mg, 60mg	1	B/D, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 90mg	1	NDS, B/D, QL (120 tabs / 30 days), NM
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	1	NM, PA
<i>desmopressin acetate</i> SOLN 4mcg/ml	1	NDS
<i>desmopressin acetate</i> TABS .1mg, .2mg	1	
<i>desmopressin acetate spray</i> SOLN .01%	1	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	1	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	1	NDS, NM, PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	1	NDS, NM, PA
GENOTROPIN MINISQUICK PRSY .2mg	1	NM, PA
GENOTROPIN MINISQUICK PRSY .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	1	NDS, NM, PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	1	NDS, NM, PA
<i>javygtor</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	1	NDS, NM, PA
<i>lanreotide acetate</i> SOLN 120mg/0.5ml	1	NDS, NM, PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	1	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	1	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg	1	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg	1	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH KIT 45mg	1	NDS, NM, PA
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i> TABS 300mg	1	NDS, NM, PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى رقم الصفحة.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	1	NDS, NM, PA
nitisinone CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	NDS, NM, PA
octreotide acetate SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	1	NM, PA
octreotide acetate SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	1	NDS, NM, PA
raloxifene hcl TABS 60mg	1	
sapropterin dihydrochloride PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	1	NDS, NM, PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	1	NDS, NM, PA
sodium phenylbutyrate POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	1	NDS, NM, PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	1	NDS, NM, PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	1	NDS, NM, PA
SYNAREL SOLN 2mg/ml	1	NDS, PA
VEOZAH TABS 45mg	1	PA
PROGESTINS		
gallifrey TABS 5mg	1	
medroxyprogesterone acetate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
megestrol acetate SUSP 40mg/ml	1	
megestrol acetate (appetite) SUSP 625mg/5ml	1	PA
norethindrone acetate TABS 5mg	1	
progesterone CAPS 100mg, 200mg	1	
THYROID AGENTS		
euthyrox TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1	
levo-t TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
levothyroxine sodium TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
levoxyl TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1	
liothyronine sodium TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	1	
methimazole TABS 5mg, 10mg	1	
propylthiouracil TABS 50mg	1	
SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>unithroid</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
VITAMIN D ANALOGS		
<i>calcitriol</i> CAPS .25mcg, .5mcg	1	B/D
<i>calcitriol (oral)</i> SOLN 1mcg/ml	1	B/D
<i>paricalcitol</i> CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg	1	B/D
GASTROINTESTINAL		
ANTIEMETICS		
<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 80mg, 125mg	1	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	1	B/D
<i>compro</i> SUPP 25mg	1	
<i>dronabinol</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	B/D, QL (60 caps / 30 days)
<i>granisetron hcl</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	1	
<i>granisetron hcl</i> TABS 1mg	1	B/D
<i>meclizine hcl</i> TABS 12.5mg, 25mg	1	
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml; TABS 5mg, 10mg	1	
<i>ondansetron</i> TBDP 4mg, 8mg	1	B/D
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml; SOSY 4mg/2ml	1	
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/5ml; TABS 4mg, 8mg	1	B/D
<i>prochlorperazine</i> SUPP 25mg	1	
<i>prochlorperazine edisylate</i> SOLN 10mg/2ml	1	
<i>prochlorperazine maleate</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>promethazine hcl</i> SOLN 6.25mg/5ml, 25mg/ml, 50mg/ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	1	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days	1	QL (10 patches / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
ANTISPASMODICS		
<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; SOLN 10mg/5ml; TABS 20mg	1	
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glycopyrrolate</i> TABS 2mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
H2-RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml; SUSR 40mg/5ml; TABS 20mg, 40mg	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i>	1	
<i>nizatidine CAPS 150mg, 300mg</i>	1	
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
<i>balsalazide disodium CAPS 750mg</i>	1	
<i>budesonide CPEP 3mg</i>	1	QL (90 caps / 30 days), PA
<i>budesonide TB24 9mg</i>	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocortisone (intrarectal) ENEM 100mg/60ml</i>	1	
<i>mesalamine CP24 .375gm</i>	1	QL (120 caps / 30 days)
<i>mesalamine CPDR 400mg</i>	1	QL (180 caps / 30 days)
<i>mesalamine ENEM 4gm</i>	1	QL (1680 mL / 28 days)
<i>mesalamine SUPP 1000mg</i>	1	QL (30 suppositories / 30 days)
<i>mesalamine TBEC 1.2gm</i>	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>mesalamine w/ cleanser KIT 4gm</i>	1	QL (28 bottles / 28 days)
<i>sulfasalazine TABS 500mg; TBEC 500mg</i>	1	
LAXATIVES		
<i>constulose SOLN 10gm/15ml</i>	1	
<i>enulose SOLN 10gm/15ml</i>	1	
<i>gavilyte-c</i>	1	
<i>gavilyte-g</i>	1	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	1	
<i>generlac SOLN 10gm/15ml</i>	1	
<i>lactulose SOLN 10gm/15ml</i>	1	
<i>lactulose (encephalopathy) SOLN 10gm/15ml</i>	1	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	1	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	1	
<i>PLENVU SOL</i>	1	
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	1	
MISCELLANEOUS		
<i>alosetron hcl TABS 1mg</i>	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>alosetron hcl TABS .5mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>CREON CAP 3000UNIT</i>	1	
<i>CREON CAP 6000UNIT</i>	1	
<i>CREON CAP 12000UNT</i>	1	
<i>CREON CAP 24000UNT</i>	1	
<i>CREON CAP 36000UNT</i>	1	
<i>cromolyn sodium (mastocytosis) CONC 100mg/5ml</i>	1	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml</i>	1	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
GATTEX KIT 5mg	1	NDS, NM, PA
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>loperamide hcl</i> CAPS 2mg	1	
<i>misoprostol</i> TABS 100mcg, 200mcg	1	
MOVANTIK TABS 12.5mg, 25mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml	1	NDS, QL (28 syringes / 28 days), PA
<i>sucralfate</i> TABS 1gm	1	
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg; TABS 250mg, 500mg	1	
VOWST CAP	1	NDS, QL (12 caps / 30 days), NM, PA
XERMELO TABS 250mg	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
XIFAXAN TABS 550mg	1	NDS, PA
ZENPEP CAP 3000UNIT	1	
ZENPEP CAP 5000UNIT	1	
ZENPEP CAP 10000UNT	1	
ZENPEP CAP 15000UNT	1	
ZENPEP CAP 20000UNT	1	
ZENPEP CAP 25000UNT	1	
ZENPEP CAP 40000UNT	1	
ZENPEP CAP 60000UNT	1	
PROTON PUMP INHIBITORS		
<i>esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg, 40mg	1	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>pantoprazole sodium</i> SOLR 40mg; TBEC 20mg, 40mg	1	
<i>rabeprazole sodium</i> TBEC 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
GENITOURINARY		
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA		
<i>alfuzosin hcl</i> TB24 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>dutasteride</i> CAPS .5mg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap</i> 0.5-0.4 mg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>finasteride</i> TABS 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tadalafil</i> TABS 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>tamsulosin hcl</i> CAPS .4mg	1	QL (60 caps / 30 days)
MISCELLANEOUS		
<i>acetic acid</i> SOLN .25%	1	
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	1	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
URINARY ANTISPASMODICS		
<i>fesoterodine fumarate</i> TB24 4mg, 8mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
GEMTESA TABS 75mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
MYRBETRIQ SRER 8mg/ml	1	QL (300 mL / 28 days)
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> SOLN 5mg/5ml	1	QL (600 mL / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TABS 5mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 10mg, 15mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>solifenacin succinate</i> TABS 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tolterodine tartrate</i> CP24 2mg, 4mg	1	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>tolterodine tartrate</i> TABS 1mg, 2mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>trospium chloride</i> TABS 20mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
VAGINAL ANTI-INFECTIVES		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> CREA 2%	1	
<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	1	
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	1	
HEMATOLOGIC		
ANTICOAGULANTS		
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> CAPS 75mg, 150mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> CAPS 110mg	1	QL (120 caps / 30 days)
ELIQUIS TABS 2.5mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
ELIQUIS TABS 5mg	1	QL (74 tabs / 30 days)
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg	1	QL (74 tabs / 30 days)
<i>enoxaparin sodium</i> SOLN 300mg/3ml; SOSY 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml	1	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 2.5mg/0.5ml	1	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	1	NDS
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	1	
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	1	B/D
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	
<i>rivaroxaban</i> TABS 2.5mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	
XARELTO SUSR 1mg/ml	1	QL (620 mL / 30 days)
XARELTO TABS 2.5mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
XARELTO STAR TAB 15/20MG	1	QL (51 tabs / 30 days)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS		
FULPHILA SOSY 6mg/0.6ml	1	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	1	NM, PA
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	1	NDS, NM, PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	1	NDS, NM, PA
MISCELLANEOUS		
ALVAIZ TABS 9mg, 54mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
ALVAIZ TABS 18mg, 36mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	1	
BERINERT KIT 500unit	1	NDS, QL (24 boxes / 30 days), NM, PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	1	
DOPTLET TABS 20mg	1	NDS, NM, PA
HAEGARDA SOLR 2000unit	1	NDS, QL (30 vials / 30 days), NM, PA
HAEGARDA SOLR 3000unit	1	NDS, QL (20 vials / 30 days), NM, PA
<i>icatibant acetate</i> SOSY 30mg/3ml	1	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
<i>l-glutamine (sickle cell)</i> PACK 5gm	1	NDS, NM, PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	1	
<i>sajazir</i> SOSY 30mg/3ml	1	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
SIKLOS TABS 100mg	1	
SIKLOS TABS 1000mg	1	NDS
TAVNEOS CAPS 10mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>tranexamic acid</i> SOLN 1000mg/10ml; TABS 650mg	1	
PLATELET AGGREGATION INHIBITORS		
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	1	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	1	
<i>clopidogrel bisulfate</i> TABS 75mg	1	
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>prasugrel hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>ticagrelor</i> TABS 60mg, 90mg	1	
IMMUNOLOGIC AGENTS		
AUTOIMMUNE AGENTS		
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ADALIMUMAB-AACF (2 SYRING PSKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (56 syringes / 365 days), NM, PA
ADALIMUMAB-AACF STARTER P AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
COSENTYX SOLN 125mg/5ml	1	NDS, NM, PA
COSENTYX SOSY 75mg/0.5ml	1	NDS, QL (16 syringes / 365 days), NM, PA
COSENTYX SOSY 150mg/ml	1	NDS, QL (32 syringes / 365 days), NM, PA
COSENTYX SENSOREADY PEN SOAJ 150mg/ml	1	NDS, QL (32 pens / 365 days), NM, PA
COSENTYX UNOREADY SOAJ 300mg/2ml	1	NDS, QL (16 pens / 365 days), NM, PA
DUPIXENT SOAJ 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	1	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
DUPIXENT SOSY 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	1	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml	1	NDS, QL (16 vials / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml	1	NDS, QL (16 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 50mg/ml	1	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml	1	NDS, QL (8 cartridges / 28 days), NM, PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml	1	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml	1	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 20mg/0.2ml	1	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN AJKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (6 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN AJKT 80mg/0.8ml	1	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	1	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START AJKT 80mg/0.8ml	1	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S AJKT 80mg/0.8ml	1	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
IDACIO (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
IDACIO (2 SYRINGE) PSKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (56 syringes / 365 days), NM, PA
IDACIO CROHN INJ DISEASE AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	1	NDS, NM, PA
PYZCHIVA SOLN 130mg/26ml	1	NDS, NM, PA
PYZCHIVA SOSY 45mg/0.5ml	1	QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
PYZCHIVA SOSY 90mg/ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
REMICADE SOLR 100mg	1	NDS, NM, PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	1	NDS, NM, PA
RINVOQ TB24 15mg, 30mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
RINVOQ TB24 45mg	1	NDS, QL (168 tabs / year), NM, PA
RINVOQ LQ SOLN 1mg/ml	1	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, PA
SKYRIZI SOCT 180mg/1.2ml, 360mg/2.4ml	1	NDS, QL (1 cartridge / 56 days), NM, PA
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml	1	NDS, NM, PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml	1	NDS, QL (6 syringes / 365 days), NM, PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml	1	NDS, QL (6 pens / 365 days), NM, PA
SOTYKTU TABS 6mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml	1	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, PA
STELARA SOLN 130mg/26ml	1	NDS, NM, PA
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOAJ 100mg/ml	1	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOAJ 200mg/2ml	1	NDS, QL (2 pens / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOLN 200mg/20ml	1	NDS, NM, PA
TREMFYA SOSY 100mg/ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOSY 200mg/2ml	1	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
TREMFYA INDUCTION PACK FO SOAJ 200mg/2ml	1	NDS, QL (2 pens / 28 days), NM, PA
TYENNE SOAJ 162mg/0.9ml	1	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
TYENNE SOLN 80mg/4ml, 200mg/10ml, 400mg/20ml	1	NDS, NM, PA
TYENNE SOSY 162mg/0.9ml	1	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى رقم الصفحة.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
VELSIPITY TABS 2mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ SOLN 1mg/ml	1	NDS, QL (480 mL / 24 days), NM, PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
YESINTEK SOLN 45mg/0.5ml	1	QL (1 vial / 28 days), NM, PA
YESINTEK SOLN 130mg/26ml	1	NM, PA
YESINTEK SOSY 45mg/0.5ml	1	QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
YESINTEK SOSY 90mg/ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA

DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS)

<i>hydroxychloroquine sulfate</i> TABS 200mg	1	
JYLAMVO SOLN 2mg/ml	1	B/D
<i>leflunomide</i> TABS 10mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5mg	1	
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	1	B/D

IMMUNOGLOBULINS

ALYGLO SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	1	NDS, NM, PA
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml, 10%	1	NDS, NM, PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 5gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/400ml	1	NDS, NM, PA
GAMASTAN INJ	1	B/D, NM
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	1	NDS, NM, PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	1	NDS, NM, PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	1	NDS, NM, PA
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	1	NDS, NM, PA
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	1	NDS, NM, PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	1	NDS, NM, PA
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	1	NDS, NM, PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	1	NDS, NM, PA
IMMUNOMODULATORS		
ACTIMMUNE SOLN 100mcg/0.5ml	1	NDS, NM, PA
ARCALYST SOLR 220mg	1	NDS, NM, PA
IMMUNOSUPPRESSANTS		
ASTAGRAF XL CP24 5mg	1	NDS, B/D, NM
ASTAGRAF XL CP24 .5mg, 1mg	1	B/D, NM
azathioprine TABS 50mg	1	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOSY 200mg/ml	1	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	1	NDS, NM, PA
cyclosporine CAPS 25mg, 100mg	1	B/D, NM
cyclosporine modified (for microemulsion) CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	1	B/D, NM
everolimus (immunosuppressant) TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	1	NDS, B/D, NM
engraf CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	1	B/D, NM
mycophenolate mofetil CAPS 250mg; TABS 500mg	1	B/D, NM
mycophenolate mofetil SUSR 200mg/ml	1	NDS, B/D, NM
mycophenolate sodium TBEC 180mg, 360mg	1	B/D, NM
NULOJIX SOLR 250mg	1	NDS, B/D, NM
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	1	B/D, NM
REZUROCK TABS 200mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
sirolimus SOLN 1mg/ml	1	NDS, B/D, NM
sirolimus TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	B/D, NM
tacrolimus CAPS .5mg, 1mg, 5mg	1	B/D, NM
VACCINES		
ABRYSVO SOLR 120mcg/0.5ml	1	
ACTHIB INJ	1	
ADACEL INJ	1	
AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	1	
BCG VACCINE SOLR 50mg	1	
BEXSERO SUSY .5ml	1	
BOOSTRIX INJ	1	
DAPTACEL INJ	1	
DENG VAXIA SUS	1	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	1	B/D
ENGERIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	1	B/D
GARDASIL 9 SUSP .5ml; SUSY .5ml	1	
HAVRIX SUSP 1440elu/ml; SUSY 720elu/0.5ml	1	
HEPLISAV-B SOSY 20mcg/0.5ml	1	B/D

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى رقم الصفحة.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
HIBERIX SOLR 10mcg	1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	1	B/D
INFANRIX INJ	1	
IPOL INJ INACTIVE	1	
IXCHIQ INJ	1	
IXIARO INJ	1	
JYNNEOS SUSP .5ml	1	B/D
KINRIX INJ	1	
M-M-R II INJ	1	
MENACTRA INJ	1	
MENQUADFI SOLN .5ml	1	
MENVEO INJ	1	
MENVEO SOL	1	
MRESVIA SUSY 50mcg/0.5ml	1	
PEDIARIX INJ 0.5ML	1	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	1	
PENBRAYA INJ	1	
PENTACEL INJ	1	
PRIORIX INJ	1	
PROQUAD INJ	1	
QUADRACEL INJ 0.5ML	1	
RABAVERT INJ	1	B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml; SUSY 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml	1	B/D
ROTARIX SUS	1	
ROTATEQ SOL	1	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml	1	QL (2 vials per lifetime)
TENIVAC INJ 5-2LF	1	B/D
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	1	
TRUMENBA SUSY .5ml	1	
TWINRIX INJ	1	
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	1	
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	1	
VARIVAX SUSR 1350pfu/0.5ml	1	
VAXCHORA SUS	1	
VIMKUNYA SUSY 40mcg/0.8ml	1	
VIVOTIF CAP EC	1	
YF-VAX INJ	1	
NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS		
<i>ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE</i>		
D2.5W/NACL INJ 0.45%	1	
D10W/NACL INJ 0.2%	1	
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%	1	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%	1	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%	1	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%	1	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%	1	
dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%	1	
ISOLYTE-P INJ /D5W	1	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	1	
kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	1	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj	1	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj	1	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	1	
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj	1	
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj	1	
kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj	1	
kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	1	
kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj	1	
kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	1	
kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj	1	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	1	
lactated ringer's solution	1	
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	1	
magnesium sulfate SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%	1	
magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml	1	
multiple electrolytes ph 5.5	1	
multiple electrolytes ph 7.4	1	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	1	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	1	
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	1	
potassium chloride SOLN 2meq/ml, 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml	1	
potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>sodium chloride</i> SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%	1	
TPN ELECTROL INJ	1	B/D
<i>ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL</i>		
<i>klor-con</i> PACK 20meq	1	
<i>klor-con 8</i> TBCR 8meq	1	
<i>klor-con 10</i> TBCR 10meq	1	
<i>klor-con m10</i> TBCR 10meq	1	
<i>klor-con m15</i> TBCR 15meq	1	
<i>klor-con m20</i> TBCR 20meq	1	
M-NATAL PLUS TAB	1	
<i>potassium chloride</i> CPCR 8meq, 10meq; PACK 20meq; SOLN 10%, 20%; TBCR 8meq, 10meq, 20meq	1	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals</i> TBCR 10meq, 15meq, 20meq	1	
PRENATAL TAB 27-1MG	1	
PRENATAL TAB PLUS	1	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	1	
WESTAB PLUS TAB 27-1MG	1	
<i>IV NUTRITION</i>		
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	1	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	1	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	1	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	1	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	1	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	1	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	1	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	1	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	1	B/D
<i>dextrose</i> SOLN 5%, 10%	1	
<i>dextrose</i> SOLN 50%, 70%	1	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	1	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	1	B/D
<i>plenamine</i>	1	B/D
PREMASOL SOL 10%	1	NDS, B/D
PROSOL INJ 20%	1	B/D
TRAVASOL INJ 10%	1	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	1	B/D
<i>OPHTHALMIC</i>		
<i>ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY</i>		
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	1	
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	1	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	1	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	1	
ANTI-INFECTIVES		
<i>bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	1	
BESIVANCE SUSP .6%	1	
CILOXAN OINT .3%	1	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%</i>	1	
<i>erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm</i>	1	
<i>gatifloxacin (ophth) SOLN .5%</i>	1	
<i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%</i>	1	QL (12 mL / 30 days)
NATACYN SUSP 5%	1	
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	1	
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	1	
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	1	
<i>ofloxacin (ophth) SOLN .3%</i>	1	
<i>polycin ophth oint</i>	1	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%</i>	1	
<i>tobramycin (ophth) SOLN .3%</i>	1	
<i>trifluridine SOLN 1%</i>	1	
XDEMVIY SOLN .25%	1	NDS, NM, PA
ZIRGAN GEL .15%	1	
ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>bromfenac sodium (ophth) SOLN .07%, .075%</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%</i>	1	
<i>diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%</i>	1	
<i>difluprednate EMUL .05%</i>	1	
FLAREX SUSP .1%	1	
<i>fluorometholone (ophth) SUSP .1%</i>	1	
<i>flurbiprofen sodium SOLN .03%</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> SOLN .4%, .5%	1	
LOTEMAX OINT .5%	1	
<i>loteprednol etabonate</i> SUSP .2%	1	
<i>prednisolone acetate (ophth)</i> SUSP 1%	1	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	1	
ANTIALLERGICS		
<i>azelastine hcl (ophth)</i> SOLN .05%	1	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> SOLN 4%	1	
ZERVIAE SOLN .24%	1	
ANTIGLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> SOLN .5%	1	
BETOPTIC-S SUSP .25%	1	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .15%, .2%	1	
<i>brinzolamide</i> SUSP 1%	1	
<i>carteolol hcl (ophth)</i> SOLN 1%	1	
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	1	
<i>dorzolamide hcl</i> SOLN 2%	1	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 2-0.5%</i>	1	
<i>latanoprost</i> SOLN .005%	1	
<i>levobunolol hcl</i> SOLN .5%	1	
LUMIGAN SOLN .01%	1	
<i>pilocarpine hcl</i> SOLN 1%, 2%, 4%	1	
RHOPRESSA SOLN .02%	1	
ROCKLATAN DRO	1	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	1	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLG .25%, .5%; SOLN .25%, .5%	1	
VYZULTA SOLN .024%	1	
MISCELLANEOUS		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	1	
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> SOLN 1%	1	
CYSTADROPS SOLN .37%	1	NDS, NM, PA
CYSTARAN SOLN .44%	1	NDS, NM, PA
EYSUVIS SUSP .25%	1	
MIEBO SOLN 1.338gm/ml	1	
<i>proparacaine hcl</i> SOLN .5%	1	
RESTASIS EMUL .05%	1	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	1	
XIIDRA SOLN 5%	1	
OTIC		
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid (otic)</i> SOLN 2%	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>flac</i> OIL .01%	1	
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i> OIL .01%	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln</i> 1%	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp</i> 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%	1	
<i>ofloxacin (otic)</i> SOLN .3%	1	

RESPIRATORY

ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS

ANORO ELLIPT AER 62.5-25	1	QL (60 blisters / 30 days)
BEVESPI AER 9-4.8MCG	1	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE	1	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	1	QL (4 inhalers / 28 days)
COMBIVENT AER 20-100	1	QL (2 inhalers / 30 days)
<i>ipratropium-albuterol nebu soln</i> 0.5-2.5(3) mg/3ml	1	B/D
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	1	QL (60 blisters / 30 days)
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	1	QL (60 blisters / 30 days)

ANTICHOLINERGICS

ATROVENT HFA AERS 17mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days)
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh	1	QL (30 blisters / 30 days)
<i>ipratropium bromide</i> SOLN .02%	1	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal)</i> SOLN .03%, .06%	1	

ANTI HISTAMINES

<i>azelastine hcl</i> SOLN .1%	1	
<i>cetirizine hcl</i> SOLN 5mg/5ml	1	QL (300 mL / 30 days)
<i>cyproheptadine hcl</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg	1	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>diphenhydramine hcl</i> SOLN 50mg/ml	1	
<i>hydroxyzine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>hydroxyzine hcl</i> SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg	1	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS 25mg, 50mg	1	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> SOLN 2.5mg/5ml	1	QL (300 mL / 30 days)
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
BETA AGONISTS		
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proair HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proventil HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Ventolin HFA)
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083%, .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	1	B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 2mg, 4mg	1	
<i>levalbuterol hcl</i> NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	1	B/D
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days), ST
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose	1	QL (60 inhalations / 30 days)
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	1	
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days)
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act	1	QL (6 inhalers / 30 days)
LEUKOTRIENE MODULATORS		
<i>montelukast sodium</i> CHEW 4mg, 5mg; PACK 4mg; TABS 10mg	1	
<i>zafirlukast</i> TABS 10mg, 20mg	1	
MISCELLANEOUS		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	1	B/D
ALYFTREK TAB 4-20-50	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
ALYFTREK TAB 10-50-125	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	1	NDS, NM, PA
BRONCHITOL CAPS 40mg	1	NDS, QL (560 caps / 28 days), NM, PA
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	1	B/D
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	1	(generic of EpiPen)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml	1	(generic of Adrenaclick)
FASENRA SOSY 10mg/0.5ml, 30mg/ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	1	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
KALYDECO PACK 5.8mg, 13.4mg, 25mg, 50mg, 75mg	1	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
KALYDECO TABS 150mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 75-94MG	1	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 100-125	1	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 150-188	1	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI TAB 100-125	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
ORKAMBI TAB 200-125	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> CAPS 267mg	1	NDS, QL (270 caps / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 267mg	1	NDS, QL (270 tabs / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 534mg, 801mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml	1	NDS, NM, PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	1	NDS, NM, PA
<i>roflumilast</i> TABS 250mcg	1	QL (56 tabs / year)
<i>roflumilast</i> TABS 500mcg	1	QL (30 tabs / 30 days)
SYMDEKO TAB 50-75MG	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
SYMDEKO TAB 100-150	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
THEO-24 CP24 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	1	
<i>theophylline</i> ELIX 80mg/15ml; SOLN 80mg/15ml; TB12 100mg, 200mg, 300mg, 450mg; TB24 400mg, 600mg	1	
TRIKAFTA PAK 59.5MG	1	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA PAK 75MG	1	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOAJ 75mg/0.5ml, 300mg/2ml	1	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOAJ 150mg/ml	1	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOLR 150mg	1	NDS, QL (8 vials / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOSY 75mg/0.5ml, 300mg/2ml	1	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOSY 150mg/ml	1	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg, 4000mg, 5000mg	1	NDS, NM, PA
NASAL STEROIDS		
<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025%	1	QL (3 bottles / 30 days)
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act	1	QL (1 bottle / 30 days)
XHANCE EXHU 93mcg/act	1	QL (32 mL / 30 days), PA
STEROID INHALANTS		
ALVESCO AERS 80mcg/act	1	QL (3 inhalers / 30 days)
ALVESCO AERS 160mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days)
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act	1	QL (30 inhalations / 30 days)
<i>budesonide (inhalation)</i> SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	1	B/D
STEROID/BETA-AGONIST COMBINATIONS		
ADVAIR HFA AER 45/21	1	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 115/21	1	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 230/21	1	QL (1 inhaler / 30 days)
AIRSUPRA AER 90-80MCG	1	QL (3 inhalers / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	1	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 100-25	1	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 200-25	1	QL (60 blisters / 30 days)
<i>breyana</i>	1	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol</i> 80-4.5 mcg/act	1	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol</i> 160-4.5 mcg/act	1	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 50-5MCG	1	QL (3 inhalers / 30 days)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
DULERA AER 100-5MCG	1	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 200-5MCG	1	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act</i>	1	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i>	1	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i>	1	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>wixela inhub</i>	1	QL (60 inhalations / 30 days)

TOPICAL

DERMATOLOGY, ACNE

<i>accutane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA
<i>amnesteem</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i>	1	QL (46.6 gm / 30 days)
<i>claravis</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1%	1	QL (75 mL / 30 days)
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> LOTN 1%; SOLN 1%	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>ery</i> PADS 2%	1	QL (60 pledgets / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid)</i> GEL 2%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid)</i> SOLN 2%	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>isotretinoin</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> LOTN 10%	1	QL (118 mL / 30 days)
<i>tretinoin</i> CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025%	1	QL (45 gm / 30 days), PA
<i>twice-daily clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1%	1	QL (75 gm / 30 days)
<i>zenatane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA

DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS

<i>gentamicin sulfate (topical)</i> CREA .1%; OINT .1%	1	QL (30 gm / 30 days)
<i>mupirocin</i> OINT 2%	1	QL (220 gm / 30 days)
<i>silver sulfadiazine</i> CREA 1%	1	
<i>ssd</i> CREA 1%	1	
<i>SULFAMYLON</i> CREA 85mg/gm	1	QL (453.6 gm / 30 days)

DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS

<i>ciclopirox</i> SHAM 1%	1	QL (120 mL / 30 days)
<i>ciclopirox olamine</i> CREA .77%	1	QL (90 gm / 30 days)
<i>ciclopirox olamine</i> SUSP .77%	1	QL (60 mL / 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى رقم الصفحة.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>clotrimazole (topical)</i> CREA 1%	1	QL (45 gm / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> SOLN 1%	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i>	1	QL (45 gm / 30 days)
<i>econazole nitrate</i> CREA 1%	1	QL (85 gm / 30 days)
<i>ketoconazole (topical)</i> CREA 2%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>ketoconazole (topical)</i> SHAM 2%	1	QL (120 mL / 30 days)
<i>klayesta</i> POWD 100000unit/gm	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>nyamyc</i> POWD 100000unit/gm	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm	1	QL (30 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> POWD 100000unit/gm	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystop</i> POWD 100000unit/gm	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>selenium sulfide</i> LOTN 2.5%	1	

DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS

<i>acitretin</i> CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	1	PA
<i>calcipotriene</i> CREA .005%; OINT .005%	1	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>calcipotriene</i> SOLN .005%	1	QL (120 mL / 30 days), PA
<i>calcitrene</i> OINT .005%	1	QL (120 gm / 30 days), PA
ENSTILAR AER	1	NDS, QL (120 gm / 30 days), PA
<i>tazarotene</i> CREA .05%, .1%	1	QL (60 gm / 30 days), PA
TAZORAC CREA .05%	1	QL (60 gm / 30 days), PA

DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS

<i>ala-cort</i> CREA 1%	1	
<i>alclometasone dipropionate</i> CREA .05%; OINT .05%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> CREA .05%; OINT .05%	1	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> LOTN .05%	1	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	1	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> LOTN .05%	1	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone valerate</i> CREA .1%; OINT .1%	1	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone valerate</i> LOTN .1%	1	QL (120 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> SOLN .05%	1	QL (50 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate e</i> CREA .05%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .01%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .025%; OINT .025%	1	QL (120 gm / 30 days)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>fluocinolone acetonide</i> OIL .01%	1	QL (118.28 mL / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> SOLN .01%	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>fluocinonide</i> CREA .05%	1	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> GEL .05%; OINT .05%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> SOLN .05%	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>fluocinonide emulsified base</i> CREA .05%	1	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluticasone propionate</i> CREA .05%; OINT .005%	1	
<i>halobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05%	1	QL (50 gm / 30 days)
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1%, 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%	1	
<i>hydrocortisone (topical)</i> OINT 1%	1	QL (30 gm / 30 days)
<i>hydrocortisone valerate</i> CREA .2%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	1	
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .025%, .1%, .5%	1	QL (454 gm / 30 days)
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> LOTN .025%, .1%; OINT .025%, .1%, .5%	1	
<i>triderm</i> CREA .5%	1	QL (454 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS		
<i>glydo</i> PRSY 2%	1	QL (60 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> OINT 5%	1	QL (50 gm / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> PTCH 5%	1	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4%	1	QL (50 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5%	1	B/D, QL (30 gm / 30 days)
<i>lidocan</i> PTCH 5%	1	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>tridacaine ii</i> PTCH 5%	1	QL (3 patches / 1 day), PA
DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE		
<i>bexarotene (topical)</i> GEL 1%	1	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA
<i>diclofenac sodium (topical)</i> SOLN 1.5%	1	QL (300 mL / 28 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 5%	1	QL (40 gm / 30 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN 2%, 5%	1	QL (10 mL / 30 days)
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 1%, 2.5%	1	
<i>imiquimod</i> CREA 5%	1	QL (24 packets / 30 days)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> CREA 12%; LOTN 12%	1	
<i>metronidazole (topical)</i> CREA .75%; GEL .75%	1	QL (45 gm / 30 days)
<i>metronidazole (topical)</i> LOTN .75%	1	QL (59 mL / 30 days)
<i>nitroglycerin (intra-anal)</i> OINT .4%	1	QL (30 gm / 30 days)
PANRETIN GEL .1%	1	NDS, QL (60 gm / 30 days), PA
<i>pimecrolimus</i> CREA 1%	1	QL (100 gm / 30 days), PA
<i>podofilox</i> SOLN .5%	1	QL (7 mL / 28 days)
<i>procto-med hc</i> CREA 2.5%	1	
<i>proctocort</i> CREA 1%	1	
<i>proctosol hc</i> CREA 2.5%	1	
<i>proctozone-hc</i> CREA 2.5%	1	
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1%	1	QL (100 gm / 30 days), PA
VALCHLOR GEL .016%	1	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA
DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES		
<i>malathion</i> LOTN .5%	1	QL (59 mL / 30 days)
<i>permethrin</i> CREA 5%	1	QL (60 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS		
REGRANEX GEL .01%	1	NDS, QL (30 gm / 30 days), PA
SANTYL OINT 250unit/gm	1	QL (180 gm / 30 days)
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> SOLN .9%	1	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	1	
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS		
<i>cevimeline hcl</i> CAPS 30mg	1	
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i> SOLN .12%	1	
<i>clotrimazole</i> TROC 10mg	1	QL (150 lozenges / 30 days)
<i>kourzeq</i> PSTE .1%	1	
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> SOLN 2%	1	
<i>nystatin (mouth-throat)</i> SUSP 100000unit/ml	1	
<i>periogard</i> SOLN .12%	1	
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> TABS 5mg, 7.5mg	1	
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i> PSTE .1%	1	
PART B		
DIABETIC METERS AND TEST STRIPS		
DEXCOM G6 MIS RECEIVER	0	PA
DEXCOM G6 MIS SENSOR	0	PA
DEXCOM G6 MIS TRANSMIT	0	PA
DEXCOM G7 MIS RECEIVER	0	PA
DEXCOM G7 MIS SENSOR	0	PA
FREESTY LIBR KIT 2 SENSOR	0	PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
FREESTY LIBR KIT 3 SENSOR	0	PA
FREESTY LIBR KIT SENSOR	0	PA
FREESTY LIBR MIS 2 READER	0	PA
FREESTY LIBR MIS 3 READER	0	PA
FREESTYLE MIS READER	0	PA
TRUE METRIX KIT AIR	0	
TRUE METRIX KIT METER	0	
TRUE METRIX STRIPS	0	

D. فهرس الأدوية الخاضعة للتغطية

يمكنك العثور على دواء ما من خلال البحث عن اسمه أبجديًا في هذا القسم. سيُظهر لك هذا رقم الصفحة التي يمكنك من خلالها العثور على معلومات إضافية حول تغطية دوائك.

<i>alendronate sodium</i> , 66	<i>acyclovir</i> , 26	<i>abacavir sulfate</i> , 24
<i>alfuzosin hcl</i> , 76	<i>acyclovir sodium</i> , 26	<i>abacavir sulfate-</i> <i>lamivudine tab 600-</i> <i>300 mg</i> , 25
<i>aliskiren fumarate</i> , 47	ADACEL INJ, 82	ABELCET, 23
<i>allopurinol</i> , 20	ADALIMUMAB-AACF (2 PEN), 78	ABILIFY ASIMTUFII, 51
<i>alosetron hcl</i> , 75	ADALIMUMAB-AACF (2 SYRING, 79	ABILIFY MAINTENA, 51
<i>alprazolam</i> , 48	ADALIMUMAB-AACF STARTER P, 79	<i>abiraterone acetate</i> , 31
<i>altavera</i> , 66	<i>adefovir dipivoxil</i> , 27	<i>abirtega</i> , 31
ALUNBRIG, 33	ADMELOG, 64	ABRYSVO, 82
ALUNBRIG PAK, 33	ADMELOG SOLOSTAR, 64	<i>acamprosate calcium</i> , 61
ALVAIZ, 78	ADVAIR HFA AER 115/21, 91	<i>acarbose</i> , 62
ALVESCO, 91	ADVAIR HFA AER 230/21, 91	<i>accutane</i> , 92
<i>alyacen 1/35</i> , 66	ADVAIR HFA AER 45/21, 91	<i>acebutolol hcl</i> , 45
<i>alyacen 7/7/7</i> , 66	<i>afirmelle</i> , 66	<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12</i> <i>mg/5ml</i> , 21
ALYFTREK TAB 10-50- 125, 89	AIMOVIG, 59	<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15</i> <i>mg</i> , 21
ALYFTREK TAB 4-20- 50, 89	AIRSUPRA AER 90- 80MCG, 91	<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30</i> <i>mg</i> , 21
ALYGLO, 81	AKEEGA TAB 100/500, 31	<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60</i> <i>mg</i> , 21
<i>alyq</i> , 47	AKEEGA TAB 50/500MG, 31	<i>acetazolamide</i> , 46
<i>amantadine hcl</i> , 50	<i>ala-cort</i> , 93	<i>acetic acid</i> , 76
<i>ambrisentan</i> , 47	<i>albendazole</i> , 22	<i>acetic acid (otic)</i> , 87
<i>amethia</i> , 66	<i>albuterol sulfate</i> , 89	<i>acetylcysteine</i> , 89
<i>amethyst</i> , 66	<i>alclometasone</i> <i>dipropionate</i> , 93	<i>acitretin</i> , 93
<i>amikacin sulfate</i> , 22	ALCOHOL SWABS: BD- EMBECTA/MHC/RUG BY, 64	ACTHIB INJ, 82
<i>amiloride & hydrochlorothiazide</i> <i>tab 5-50 mg</i> , 46	ALDURAZYME, 72	ACTIMMUNE, 82
<i>amiloride hcl</i> , 46	ALECENSA, 33	
<i>amiodarone hcl</i> , 44		
<i>amitriptyline hcl</i> , 49		
<i>amlodipine besylate</i> , 46		
<i>amlodipine besylate-</i> <i>benazepril hcl cap</i> <i>10-20 mg</i> , 41		

<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg, 57</i>	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg, 42</i>	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg, 41</i>
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg, 57</i>	<i>amnestem, 92</i>	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg, 41</i>
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg, 57</i>	<i>amoxapine, 49</i>	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg, 41</i>
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg, 57</i>	<i>amoxicillin, 29</i>	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg, 41</i>
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg, 58</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml, 29</i>	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg, 41</i>
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg, 58</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml, 29</i>	<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg, 42</i>
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg, 58</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml, 29</i>	<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg, 42</i>
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg, 58</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml, 29</i>	<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg, 42</i>
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg, 58</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg, 29</i>	<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg, 42</i>
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg, 58</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg, 29</i>	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg, 43</i>
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg, 58</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg, 29</i>	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg, 43</i>
<i>amphotericin b, 23</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg, 29</i>	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg, 42</i>
<i>amphotericin b liposome, 23</i>	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg, 57</i>	
<i>ampicillin, 29</i>	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg, 57</i>	

إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بخطة Central Health Medicare Plan على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة

<https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>



bacitracin
(ophthalmic), 86
bacitracin-polymyxin b
ophth oint, 86
bacitracin-polymyxin-
neomycin-hc ophth
oint 1%, 85
baclofen, 61
 BAFIERTAM, 60
balsalazide disodium,
 75
 BALVERSA, 33
balziva, 67
 BARACLUDE, 27
 BASAGLAR KWIKPEN,
 64
 BCG VACCINE, 82
benazepril &
hydrochlorothiazide
tab 10-12.5 mg, 41
benazepril &
hydrochlorothiazide
tab 20-12.5 mg, 41
benazepril &
hydrochlorothiazide
tab 20-25 mg, 41
benazepril &
hydrochlorothiazide
tab 5-6.25mg, 41
benazepril hcl, 42
 BENDAMUSTINE
 HYDROCHLORID, 30
 BENDEKA, 30
 BENLYSTA, 82
benzoyl peroxide-
erythromycin gel 5-
3%, 92
benztropine mesylate,
 50
 BERINERT, 78
 BESIVANCE, 86
 BESREMI, 32
betaine powder for
oral solution, 72

atenolol &
chlorthalidone tab
100-25 mg, 45
atenolol &
chlorthalidone tab
50-25 mg, 45
atomoxetine hcl, 58
atorvastatin calcium,
 44
atovaquone, 22
atovaquone-proguanil
hcl tab 250-100 mg,
 24
atovaquone-proguanil
hcl tab 62.5-25 mg,
 24
 ATROPINE SULFATE,
 87
atropine sulfate
(ophthalmic), 87
 ATROVENT HFA, 88
aubra eq, 66
 AUGTYRO, 33
aurovela 1/20, 66
aurovela 24 fe, 66
aurovela fe 1.5/30, 66
aurovela fe 1/20, 67
 AUSTEDO, 60
 AUSTEDO XR, 60
 AUSTEDO XR TAB
 TITR KIT, 60
 AUVELITY TAB 45-
 105MG, 49
aviane, 67
ayuna, 67
 AYVAKIT, 33
azacitidine, 31
azathioprine, 82
azelastine hcl, 88
azelastine hcl (ophth),
 87
azithromycin, 28
aztreonam, 22
azurette, 67

ampicillin & sulbactam
sodium for inj 1.5
(1-0.5) gm, 29
ampicillin & sulbactam
sodium for inj 3 (2-
1) gm, 29
ampicillin & sulbactam
sodium for iv soln
1.5 (1-0.5) gm, 29
ampicillin & sulbactam
sodium for iv soln 15
(10-5) gm, 29
ampicillin & sulbactam
sodium for iv soln 3
(2-1) gm, 29
ampicillin sodium, 29
anagrelide hcl, 78
anastrozole, 31
 ANORO ELLIPT AER
 62.5-25, 88
aprepitant, 74
aprepitant capsule
therapy pack 80 &
125 mg, 74
apri, 66
 APTIOM, 54
 APTIVUS, 24
 ARALAST NP, 89
aranella, 66
 ARCALYST, 82
 AREXVY, 82
 ARIKAYCE, 22
aripiprazole, 51
 ARISTADA, 51
 ARISTADA INITIO, 51
armodafinil, 61
 ARNUITY ELLIPTA, 91
asenapine maleate, 51
ashlyna, 66
aspirin-dipyridamole
cap er 12hr 25-200
mg, 78
 ASTAGRAF XL, 82
atazanavir sulfate, 24
atenolol, 45

<i>buprenorphine</i> , 20	<i>bortezomib</i> , 33	<i>betamethasone</i>
<i>buprenorphine hcl</i> , 61	BORTEZOMIB, 33	<i>dipropionate</i>
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	<i>bosentan</i> , 47	<i>(topical)</i> , 93
<i>12-3 mg (base equiv)</i> , 62	BOSULIF, 34	<i>betamethasone</i>
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	BRAFTOVI, 34	<i>dipropionate</i>
<i>2-0.5 mg (base equiv)</i> , 61	BREO ELLIPTA INH	<i>augmented</i> , 93
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	100-25, 91	<i>betamethasone</i>
<i>4-1 mg (base equiv)</i> , 62	BREO ELLIPTA INH	<i>valerate</i> , 93
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	200-25, 91	BETASERON, 60
<i>8-2 mg (base equiv)</i> , 62	BREO ELLIPTA INH 50-	<i>betaxolol hcl</i> , 45
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i>	25MCG, 91	<i>betaxolol hcl (ophth)</i> ,
<i>2-0.5 mg (base equiv)</i> , 62	<i>breyana</i> , 91	87
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i>	BREZTRI AERO AER	<i>bethanechol chloride</i> ,
<i>2-0.5 mg (base equiv)</i> , 62	SPHERE, 88	76
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i>	BREZTRI AERO AER	BETOPTIC-S, 87
<i>8-2 mg (base equiv)</i> , 62	SPHERE	BEVESPI AER 9-
<i>bupropion hcl</i> , 49	(INSTITUTIONAL	4.8MCG, 88
<i>bupropion hcl</i>	PACK), 88	<i>bexarotene</i> , 32
<i>(smoking deterrent)</i> ,	<i>briellyn</i> , 67	<i>bexarotene (topical)</i> ,
62	BRILINTA, 78	94
<i>bupropion hcl</i>	<i>brimonidine tartrate</i> ,	BEXSERO, 82
<i>(smoking deterrent)</i> ,	87	<i>bicalutamide</i> , 31
62	<i>brinzolamide</i> , 87	BICILLIN L-A, 29
<i>bupropion hcl</i>	BRIVIACT, 54	BIKTARVY TAB 30-
<i>(smoking deterrent)</i> ,	<i>bromfenac sodium</i>	120-15 MG, 25
62	<i>(ophth)</i> , 86	BIKTARVY TAB 50-
<i>bupropion hcl</i>	<i>bromocriptine</i>	200-25 MG, 25
<i>(smoking deterrent)</i> ,	<i>mesylate</i> , 50	<i>bisoprolol &</i>
62	BRONCHITOL, 89	<i>hydrochlorothiazide</i>
<i>bupropion hcl</i>	BRUKINSA, 34	<i>tab 10-6.25 mg</i> , 45
<i>(smoking deterrent)</i> ,	<i>budesonide</i> , 75	<i>bisoprolol &</i>
62	<i>budesonide</i>	<i>hydrochlorothiazide</i>
<i>bupropion hcl</i>	<i>(inhalation)</i> , 91	<i>tab 2.5-6.25 mg</i> , 45
<i>(smoking deterrent)</i> ,	<i>budesonide-formoterol</i>	<i>bisoprolol &</i>
62	<i>fumarate dihyd</i>	<i>hydrochlorothiazide</i>
<i>bupropion hcl</i>	<i>aerosol 160-4.5</i>	<i>tab 5-6.25 mg</i> , 45
<i>(smoking deterrent)</i> ,	<i>mcg/act</i> , 91	<i>bisoprolol fumarate</i> ,
62	<i>budesonide-formoterol</i>	45
<i>bupropion hcl</i>	<i>fumarate dihyd</i>	BIVIGAM, 81
<i>(smoking deterrent)</i> ,	<i>aerosol 80-4.5</i>	<i>blisovi 24 fe</i> , 67
62	<i>mcg/act</i> , 91	<i>blisovi fe 1.5/30</i> , 67
<i>bupropion hcl</i>	<i>bumetanide</i> , 46	BOOSTRIX INJ, 82
<i>(smoking deterrent)</i> ,		
62		

إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بخطة Central Health Medicare Plan على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة

<https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>



CEFAZOLIN/DEX SOL	<i>carbidopa & levodopa</i>	<i>camila</i> , 67
1GM/50ML-4%, 27	<i>tab er 25-100 mg,</i>	<i>camrese</i> , 67
CEFAZOLIN/DEX SOL	50	<i>camrese lo</i> , 67
2GM/50ML-3%, 28	<i>carbidopa & levodopa</i>	<i>candesartan cilexetil</i> ,
CEFAZOLIN/DEX SOL	<i>tab er 50-200 mg,</i>	44
3GM/150ML-4%, 28	50	<i>candesartan cilexetil-</i>
CEFAZOLIN/DEX SOL	<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>hydrochlorothiazide</i>
3GM/50ML-2%, 28	<i>entacapone tabs</i>	<i>tab 16-12.5 mg,</i> 43
<i>cefdinir</i> , 28	<i>12.5-50-200 mg,</i> 50	<i>candesartan cilexetil-</i>
<i>cefepime hcl</i> , 28	<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>hydrochlorothiazide</i>
<i>cefixime</i> , 28	<i>entacapone tabs</i>	<i>tab 32-12.5 mg,</i> 43
<i>cefotetan disodium</i> , 28	<i>18.75-75-200 mg,</i>	<i>candesartan cilexetil-</i>
<i>cefoxitin sodium</i> , 28	50	<i>hydrochlorothiazide</i>
<i>cefpodoxime proxetil</i> ,	<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>tab 32-25 mg,</i> 43
28	<i>entacapone tabs 25-</i>	CAPLYTA, 51
<i>cefprozil</i> , 28	<i>100-200 mg,</i> 50	CAPRELSA, 34
<i>ceftazidime</i> , 28	<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>captopril</i> , 42
<i>ceftriaxone sodium</i> , 28	<i>entacapone tabs</i>	<i>captopril &</i>
<i>cefuroxime axetil</i> , 28	<i>31.25-125-200 mg,</i>	<i>hydrochlorothiazide</i>
<i>cefuroxime sodium</i> , 28	50	<i>tab 25-15 mg,</i> 41
<i>celecoxib</i> , 20	<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>captopril &</i>
<i>cephalexin</i> , 28	<i>entacapone tabs</i>	<i>hydrochlorothiazide</i>
CEQR SIMPL KIT	<i>37.5-150-200 mg,</i>	<i>tab 25-25 mg,</i> 41
PATCH 2U (3-DAY),	50	<i>captopril &</i>
64	<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>hydrochlorothiazide</i>
CEQR SIMPL KIT	<i>entacapone tabs 50-</i>	<i>tab 50-15 mg,</i> 41
PATCH 2U (4-DAY),	200-200 mg, 50	<i>captopril &</i>
64	<i>carboplatin</i> , 30	<i>hydrochlorothiazide</i>
CEQR SIMPL MIS	<i>carglumic acid</i> , 72	<i>tab 50-25 mg,</i> 42
INSERTER, 64	<i>carisoprodol</i> , 61	<i>carb/levo orally</i>
CERDELGA, 72	<i>carteolol hcl (ophth),</i>	<i>disintegrating tab</i>
CEREZYME, 72	87	<i>10-100mg,</i> 50
<i>cetirizine hcl</i> , 88	<i>cartia xt</i> , 46	<i>carb/levo orally</i>
<i>cevimeline hcl</i> , 95	<i>carvedilol</i> , 45	<i>disintegrating tab</i>
<i>chateal eq</i> , 67	<i>caspofungin acetate,</i>	<i>25-100mg,</i> 50
CHEMET, 66	23	<i>carb/levo orally</i>
<i>chlorhexidine</i>	CAYSTON, 22	<i>disintegrating tab</i>
<i>gluconate (mouth-</i>	<i>cefaclor</i> , 27	<i>25-250mg,</i> 50
<i>throat),</i> 95	<i>cefadroxil</i> , 27	<i>carbamazepine</i> , 54
<i>chloroquine</i>	CEFAZOLIN, 27	<i>carbidopa & levodopa</i>
<i>phosphate</i> , 24	CEFAZOLIN INJ	<i>tab 10-100 mg,</i> 50
<i>chlorpromazine hcl</i> , 51	1GM/50ML, 27	<i>carbidopa & levodopa</i>
<i>chlorthalidone</i> , 46	<i>cefazolin sodium</i> , 27	<i>tab 25-100 mg,</i> 50
<i>cholestyramine</i> , 44	CEFAZOLIN SOLN	<i>carbidopa & levodopa</i>
	2GM/100ML-4%, 27	<i>tab 25-250 mg,</i> 50

COARTEM TAB 20-120MG, 24	<i>clindamycin phosphate vaginal</i> , 77	<i>cholestyramine light</i> , 44
COBENFY CAP 100-20MG, 51	CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML, 22	<i>ciclopirox</i> , 92
COBENFY CAP 125-30MG, 52	CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML, 22	<i>ciclopirox olamine</i> , 92
COBENFY CAP 50-20MG, 51	CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML, 22	<i>cilostazol</i> , 78
COBENFY STRT CAP PACK, 52	CLINIMIX INJ 4.25/D10, 85	CILOXAN, 86
<i>colchicine</i> , 20	CLINIMIX INJ 4.25/D5W, 85	CIMDUO TAB 300-300, 25
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i> , 20	CLINIMIX INJ 5%/D15W, 85	<i>cinacalcet hcl</i> , 72
<i>colesevelam hcl</i> , 44	CLINIMIX INJ 5%/D20W, 85	<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i> , 28
<i>colestipol hcl</i> , 45	CLINIMIX INJ 6/5, 85	<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i> , 28
<i>colistimethate sodium</i> , 22	CLINIMIX INJ 8/10, 85	<i>ciprofloxacin hcl</i> , 28
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%, 87	CLINIMIX INJ 8/14, 85	<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> , 86
COMBIVENT AER 20-100, 88	<i>clinisol sf 15%</i> , 85	<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i> , 87
COMETRIQ (60MG DOSE), 34	CLINOLIPID EMU 20%, 85	<i>cisplatin</i> , 30
COMETRIQ KIT 100MG, 34	<i>clobazam</i> , 54	<i>citalopram hydrobromide</i> , 49
COMETRIQ KIT 140MG, 34	<i>clobetasol propionate</i> , 93	<i>claravis</i> , 92
COMPLERA TAB, 25	<i>clobetasol propionate e</i> , 93	<i>clarithromycin</i> , 28
<i>compro</i> , 74	<i>clomipramine hcl</i> , 49	<i>clindamycin hcl</i> , 22
<i>constulose</i> , 75	<i>clonazepam</i> , 54	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> , 22
COPAXONE, 60	<i>clonidine</i> , 47	<i>clindamycin phosphate</i> , 22
COPIKTRA, 34	<i>clonidine hcl</i> , 47	<i>clindamycin phosphate (topical)</i> , 92
CORLANOR, 47	<i>clopidogrel bisulfate</i> , 78	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i> , 22
COSENTYX, 79	<i>clorazepate dipotassium</i> , 54	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i> , 22
COSENTYX SENSOREADY PEN, 79	<i>clotrimazole</i> , 95	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i> , 22
COSENTYX UNOREADY, 79	<i>clotrimazole (topical)</i> , 93	
COTELLIC, 34	<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i> , 93	
	<i>clozapine</i> , 51	

إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بخطة Central Health Medicare Plan على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة

<https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>



DEXCOM G6 MIS RECEIVER, 95	DAPTACEL INJ, 82	CREON CAP 12000UNT, 75
DEXCOM G6 MIS SENSOR, 95	DAPTOMYCIN, 22	CREON CAP 24000UNT, 75
DEXCOM G6 MIS TRANSMIT, 95	<i>darunavir</i> , 24	CREON CAP 3000UNIT, 75
DEXCOM G7 MIS RECEIVER, 95	<i>dasatinib</i> , 34	CREON CAP 36000UNT, 75
DEXCOM G7 MIS SENSOR, 95	<i>dasetta 1/35</i> , 67	CREON CAP 6000UNIT, 75
<i>dexmethylphenidate</i> <i>hcl</i> , 58	<i>dasetta 7/7/7</i> , 67	<i>cromolyn sodium</i> , 89
<i>dextrose</i> , 85	DAURISMO, 34	<i>cromolyn sodium</i> (<i>mastocytosis</i>), 75
<i>dextrose 10% w/</i> <i>sodium chloride</i> 0.45%, 84	<i>daysee</i> , 67	<i>cromolyn sodium</i> (<i>ophth</i>), 87
<i>dextrose 2.5% w/</i> <i>sodium chloride</i> 0.45%, 83	DAYVIGO, 58	<i>cryselle-28</i> , 67
<i>dextrose 5% in</i> <i>lactated ringers</i> , 83	<i>deblitane</i> , 67	<i>cyclobenzaprine hcl</i> , 61
<i>dextrose 5% w/</i> <i>sodium chloride</i> 0.2%, 84	<i>deferasirox</i> , 66	<i>cyclophosphamide</i> , 30
<i>dextrose 5% w/</i> <i>sodium chloride</i> 0.225%, 84	DELSTRIGO TAB, 25	CYCLOPHOSPHAMIDE, 30
<i>dextrose 5% w/</i> <i>sodium chloride</i> 0.3%, 84	DENG VAXIA SUS, 82	CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR, 30
<i>dextrose 5% w/</i> <i>sodium chloride</i> 0.45%, 84	DEPO-SUBQ PROVERA 104, 67	<i>cycloserine</i> , 26
<i>dextrose 5% w/</i> <i>sodium chloride</i> 0.9%, 84	<i>depo-testosterone</i> , 62	<i>cyclosporine</i> , 82
DIACOMIT, 54	DESCOVY TAB 120- 15MG, 25	<i>cyclosporine modified</i> (<i>for microemulsion</i>), 82
<i>diazepam</i> , 54	DESCOVY TAB 200/25MG, 26	<i>cyproheptadine hcl</i> , 88
<i>diazepam</i> (<i>anticonvulsant</i>), 54	<i>desipramine hcl</i> , 49	<i>cyred eq</i> , 67
<i>diazepam inj</i> , 54	<i>desmopressin acetate</i> , 72	CYSTADROPS, 87
<i>diazepam intensol</i> , 55	<i>desmopressin acetate</i> <i>spray</i> , 72	CYSTAGON, 72
<i>diazoxide</i> , 72	<i>desmopressin acetate</i> <i>spray refrigerated</i> , 72	CYSTARAN, 87
<i>diclofenac potassium</i> , 20	<i>desogest-eth estrad &</i> <i>eth estrad tab 0.15-</i> <i>0.02/0.01 mg(21/5)</i> , 67	<i>cytarabine</i> , 31
	<i>desvenlafaxine</i> <i>succinate</i> , 49	D10W/NACL INJ 0.2%, 83
	dexamethasone, 71	D2.5W/NACL INJ 0.45%, 83
	DEXAMETHASONE INTENSOL, 71	<i>dabigatran etexilate</i> <i>mesylate</i> , 77
	<i>dexamethasone</i> <i>sodium phosphate</i> , 71	<i>dalfampridine</i> , 60
	<i>dexamethasone</i> <i>sodium phosphate</i> (<i>ophth</i>), 86	<i>danazol</i> , 62
		<i>dantrolene sodium</i> , 61
		DANZITEN, 34
		<i>dapsone</i> , 22

DULERA AER 100-5MCG, 92	donepezil hydrochloride, 48	diclofenac sodium, 20
DULERA AER 200-5MCG, 92	DOPTelet, 78	diclofenac sodium (ophth), 86
DULERA AER 50-5MCG, 91	dorzolamide hcl, 87	diclofenac sodium (topical), 94
duloxetine hcl, 49	dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 2-0.5%, 87	dicloxacillin sodium, 29
DUPIXENT, 79	dotti, 71	dicyclomine hcl, 74
dutasteride, 76	DOVATO TAB 50-300MG, 26	DIFICID, 28
dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg, 76	doxazosin mesylate, 42	diflunisal, 20
e.e.s. 400, 28	doxepin hcl, 49	difluprednate, 86
econazole nitrate, 93	doxepin hcl (sleep), 58	digoxin, 47
EDURANT, 24	doxorubicin hcl, 32	dihydroergotamine mesylate, 59
efavirenz, 24	doxorubicin hcl liposomal, 32	DILANTIN, 55
efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg, 26	doxy 100, 30	diltiazem hcl, 46
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg, 26	doxycycline (monohydrate), 30	diltiazem hcl coated beads, 46
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg, 26	doxycycline hyclate, 30	diltiazem hcl extended release beads, 46
ELIGARD, 31	DRIZALMA SPRINKLE, 49	dilt-xr, 46
elinest, 67	dronabinol, 74	DIP/TET PED INJ 25-5LFU, 82
ELIQUIS, 77	drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg, 67	diphenhydramine hcl, 88
ELIQUIS STARTER PACK, 77	drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg, 67	diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml, 75
eluryng, 67	drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.02-0.451 mg, 67	diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg, 75
EMGALITY, 59	drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.02-0.451 mg, 67	dipyridamole, 78
EMSAM, 49	drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.03-0.451 mg, 67	disopyramide phosphate, 44
emtricitabine, 25	droxidopa, 47	disulfiram, 62
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg, 26		divalproex sodium, 55
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg, 26		docetaxel, 33

إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بخطة Central Health Medicare Plan على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة

<https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>



estradiol &
 norethindrone
 acetate tab 0.5-0.1
 mg, 71
 estradiol &
 norethindrone
 acetate tab 1-0.5
 mg, 71
 estradiol vaginal, 71
 estradiol valerate, 71
 eszopiclone, 58
 ethambutol hcl, 26
 ethosuximide, 55
 ethynodiol diacetate &
 ethinyl estradiol tab
 1 mg-35 mcg, 67
 ethynodiol diacetate &
 ethinyl estradiol tab
 1 mg-50 mcg, 67
 etodolac, 20
 etonogestrel-ethinyl
 estradiol va ring
 0.12-0.015
 mg/24hr, 67
 etoposide, 33
 etravirine, 25
 EULEXIN, 31
 euthyrox, 73
 everolimus, 35
 everolimus
 (immunosuppressan
 t), 82
 EVOTAZ TAB 300-150,
 26
 exemestane, 31
 EYSUVIS, 87
 ezetimibe, 45
 ezetimibe-simvastatin
 tab 10-10 mg, 45
 ezetimibe-simvastatin
 tab 10-20 mg, 45
 ezetimibe-simvastatin
 tab 10-40 mg, 45
 ezetimibe-simvastatin
 tab 10-80 mg, 45

ENTRESTO TAB 97-
 103MG, 43
 enulose, 75
 EPCLUSA PAK 150-
 37.5, 27
 EPCLUSA PAK 200-
 50MG, 27
 EPCLUSA TAB 200-
 50MG, 27
 EPCLUSA TAB 400-
 100, 27
 EPIDIOLEX, 55
 epinephrine
 (anaphylaxis), 47,
 89, 90
 epitol, 55
 eplerenone, 42
 EPRONTIA, 55
 ergotamine w/ caffeine
 tab 1-100 mg, 59
 ERIVEDGE, 34
 ERLEADA, 31
 erlotinib hcl, 34, 35
 errin, 67
 ertapenem sodium, 22
 ery, 92
 ery-tab, 28
 ERYTHROCIN
 LACTOBIONATE, 28
 erythromycin (acne
 aid), 92
 erythromycin (ophth),
 86
 erythromycin base, 28
 erythromycin
 ethylsuccinate, 28
 erythromycin
 lactobionate, 28
 escitalopram oxalate,
 49
 esomeprazole
 magnesium, 76
 estarylla, 67
 estradiol, 71

emtricitabine-tenofovir
 disoproxil fumarate
 tab 167-250 mg, 26
 emtricitabine-tenofovir
 disoproxil fumarate
 tab 200-300 mg, 26
 EMTRIVA, 25
 EMVERM, 22
 emzahh, 67
 enalapril maleate, 42
 enalapril maleate &
 hydrochlorothiazide
 tab 10-25 mg, 42
 enalapril maleate &
 hydrochlorothiazide
 tab 5-12.5 mg, 42
 ENBREL, 79
 ENBREL MINI, 79
 ENBREL SURECLICK,
 79
 endocet tab 10-
 325mg, 21
 endocet tab 2.5-
 325mg, 21
 endocet tab 5-325mg,
 21
 endocet tab 7.5-
 325mg, 21
 ENGERIX-B, 82
 enilloring, 67
 enoxaparin sodium, 77
 enpresse-28, 67
 enskyce, 67
 ENSTILAR AER, 93
 entacapone, 50
 entecavir, 27
 ENTRESTO CAP 15-
 16MG, 43
 ENTRESTO CAP 6-
 6MG, 43
 ENTRESTO TAB 24-
 26MG, 43
 ENTRESTO TAB 49-
 51MG, 43

<i>fondaparinux sodium</i> , 77	<i>fluconazole in nacl</i> 0.9% inj 400 mg/200ml, 24	FABRAZYME, 72
<i>fosamprenavir calcium</i> , 25	<i>flucytosine</i> , 24	<i>falmina</i> , 67
<i>fosinopril sodium</i> , 42	<i>fludrocortisone acetate</i> , 71	<i>famciclovir</i> , 27
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab</i> 10-12.5 mg, 42	<i>flunisolide (nasal)</i> , 91	<i>famotidine</i> , 74
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab</i> 20-12.5 mg, 42	<i>fluocinolone acetonide</i> , 93, 94	<i>famotidine in nacl</i> 0.9% iv soln 20 mg/50ml, 75
FOTIVDA, 35	<i>fluocinolone acetonide (otic)</i> , 88	FANAPT, 52
FREESTY LIBR KIT 2 SENSOR, 95	<i>fluocinonide</i> , 94	FANAPT PAK, 52
FREESTY LIBR KIT 3 SENSOR, 96	<i>fluocinonide emulsified base</i> , 94	FARXIGA, 62
FREESTY LIBR KIT SENSOR, 96	<i>fluorometholone (ophth)</i> , 86	FASENRA, 90
FREESTY LIBR MIS 2 READER, 96	<i>fluorouracil</i> , 31	FASENRA PEN, 90
FREESTY LIBR MIS 3 READER, 96	<i>fluorouracil (topical)</i> , 94	<i>feirza</i> 1.5/30, 67
FREESTYLE MIS READER, 96	<i>fluoxetine hcl</i> , 49	<i>feirza</i> 1/20, 67
FRINDOVYX, 30	<i>fluphenazine decanoate</i> , 52	<i>felbamate</i> , 55
FRUZAQLA, 35	<i>fluphenazine hcl</i> , 52	<i>felodipine</i> , 46
FULPHILA, 78	<i>flurbiprofen</i> , 20	<i>fenofibrate</i> , 44
<i>fulvestrant</i> , 32	<i>flurbiprofen sodium</i> , 86	<i>fenofibrate micronized</i> , 44
<i>furosemide</i> , 46	<i>fluticasone propionate</i> , 94	<i>fentanyl</i> , 20
<i>furosemide inj</i> , 46	<i>fluticasone propionate (nasal)</i> , 91	<i>fesoterodine fumarate</i> , 77
FUZEON, 25	<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i> 100-50 mcg/act, 92	FETZIMA, 49
<i>fyavolv tab</i> 0.5mg-2.5mcg, 71	<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i> 250-50 mcg/act, 92	FETZIMA CAP TITRATIO, 49
<i>fyavolv tab</i> 1mg-5mcg, 71	<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i> 500-50 mcg/act, 92	FIASP, 64
FYCOMPA, 55	<i>fluvoxamine maleate</i> , 48	FIASP FLEXTOUCH, 64
<i>gabapentin</i> , 55		FIASP PENFILL, 64
<i>galantamine hydrobromide</i> , 48		FIASP PUMPCART, 64
<i>gallifrey</i> , 73		<i>finasteride</i> , 76
GAMASTAN INJ, 81		<i> fingolimod hcl</i> , 60
		FINTEPLA, 55
		<i>finzala</i> , 67
		FIRMAGON, 32
		<i>flac</i> , 88
		FLAREX, 86
		FLEBOGAMMA DIF, 81
		<i>flecainide acetate</i> , 44
		<i>fluconazole</i> , 24
		<i>fluconazole in nacl</i> 0.9% inj 200 mg/100ml, 24

إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بخطة Central Health Medicare Plan على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة

<https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>



heather, 68
 HEP SOD/NACL INJ
 25000UNT, 77
heparin sodium
 (*porcine*), 77
 HEPLISAV-B, 82
 HERCEP HYLEC SOL
 60-10000, 35
 HERCEPTIN, 35
 HERZUMA, 35
 HIBERIX, 83
 HUMIRA, 79
 HUMIRA PEN, 79
 HUMIRA PEN KIT
 PS/UV, 79
 HUMIRA PEN-
 CD/UC/HS START,
 79
 HUMIRA PEN-
 PEDIATRIC UC S, 79
 HUMULIN R U-500
 (CONCENTR, 64
 HUMULIN R U-500
 KWIKPEN, 64
hydralazine hcl, 47
hydrochlorothiazide,
 46
hydrocodone
 bitartrate, 20
hydrocodone-
 acetaminophen soln
 7.5-325 mg/15ml,
 21
hydrocodone-
 acetaminophen tab
 10-325 mg, 21
hydrocodone-
 acetaminophen tab
 5-325 mg, 21
hydrocodone-
 acetaminophen tab
 7.5-325 mg, 21
hydrocodone-
 ibuprofen tab 7.5-
 200 mg, 21

glatopa, 61
 GLEOSTINE, 30
glimepiride, 62
glipizide, 62
glipizide xl, 62, 63
glipizide-metformin hcl
 tab 2.5-250 mg, 63
glipizide-metformin hcl
 tab 2.5-500 mg, 63
glipizide-metformin hcl
 tab 5-500 mg, 63
glycopyrrolate, 74
glydo, 94
 GLYXAMBI TAB 10-5
 MG, 63
 GLYXAMBI TAB 25-5
 MG, 63
 GOMEKLI, 35
granisetron hcl, 74
griseofulvin microsize,
 24
griseofulvin
 ultramicrosize, 24
guanfacine hcl, 47
guanfacine hcl (adhd),
 58
 HAEGARDA, 78
hailey 1.5/30, 68
hailey 24 fe, 68
halobetasol
 propionate, 94
haloette, 68
haloperidol, 52
haloperidol decanoate,
 52
haloperidol lactate, 52
 HARVONI PAK 33.75-
 150MG, 27
 HARVONI PAK 45-
 200MG, 27
 HARVONI TAB 45-
 200MG, 27
 HARVONI TAB 90-
 400MG, 27
 HAVRIX, 82

GAMMAGARD LIQUID,
 81
 GAMMAGARD S/D IGA
 LESS TH, 81
 GAMMAKED, 81
 GAMMAPLEX, 81
 GAMUNEX-C, 81
ganciclovir sodium, 27
 GARDASIL 9, 82
gatifloxacin (ophth),
 86
 GATTEX, 76
 GAUZE PADS 2, 64
gavilyte-c, 75
gavilyte-g, 75
gavilyte-n/flavor pack,
 75
 GAVRETO, 35
gefitinib, 35
gemcitabine hcl, 31
gemfibrozil, 44
 GEMTESA, 77
generlac, 75
engraf, 82
 GENOTROPIN, 72
 GENOTROPIN
 MINIQUICK, 72
gentamicin in saline
 inj 0.8 mg/ml, 22
gentamicin in saline
 inj 1 mg/ml, 22
gentamicin in saline
 inj 1.2 mg/ml, 22
gentamicin in saline
 inj 1.6 mg/ml, 22
gentamicin in saline
 inj 2 mg/ml, 22
gentamicin sulfate, 22
gentamicin sulfate
 (*ophth*), 86
gentamicin sulfate
 (*topical*), 92
 GENVOYA TAB, 26
 GILOTRIF, 35
glatiramer acetate, 60

ipratropium-albuterol
nebu soln 0.5-2.5(3)
mg/3ml, 88
irbesartan, 44
irbesartan-
hydrochlorothiazide
tab 150-12.5 mg, 43
irbesartan-
hydrochlorothiazide
tab 300-12.5 mg, 43
irinotecan hcl, 33
 ISENTRESS, 25
 ISENTRESS HD, 25
isibloom, 68
 ISOLYTE-P INJ /D5W,
 84
 ISOLYTE-S INJ PH 7.4,
 84
isoniazid, 26
isosorbide dinitrate,
 47
isosorbide
mononitrate, 47
isotretinoin, 92
isradipine, 46
 ITOVEBI, 36
itraconazole, 24
ivabradine hcl, 47
ivermectin, 22
 IWILFIN, 33
 IXCHIQ INJ, 83
 IXIARO INJ, 83
 JAKAFI, 36
jantoven, 77
 JANUMET TAB 50-
 1000, 63
 JANUMET TAB 50-
 500MG, 63
 JANUMET XR TAB 100-
 1000, 63
 JANUMET XR TAB 50-
 1000, 63

imipenem-cilastatin
intravenous for soln
500 mg, 22
imipramine hcl, 49
imiquimod, 94
 IMKELDI, 36
 IMOVAX RABIES
 (H.D.C.V.), 83
 IMPAVIDO, 22
 INBRIJA, 51
incassia, 68
 INCRELEX, 72
 INCRUSE ELLIPTA, 88
indapamide, 46
 INFANRIX INJ, 83
 INFLIXIMAB, 80
 INLYTA, 36
 INQOVI TAB 35-
 100MG, 31
 INREBIC, 36
 INSULIN PEN
 NEEDLES: BD-
 EMBECTA, 64
 INSULIN SAFETY
 NEEDLES: BD-
 EMBECTA, 64
 INSULIN SYRINGES:
 BD-EMBECTA, 64
 INTELENCE, 25
 INTRALIPID, 85
introvale, 68
 INVEGA HAFYERA, 52
 INVEGA SUSTENNA,
 52
 INVEGA TRINZA, 52
 IPOL INJ INACTIVE, 83
ipratropium bromide,
 88
ipratropium bromide
(nasal), 88

hydrocortisone, 71
hydrocortisone
(intrarectal), 75
hydrocortisone
(rectal), 94
hydrocortisone
(topical), 94
hydrocortisone sod
succinate, 71
hydrocortisone
valerate, 94
hydromorphone hcl,
 21
hydroxychloroquine
sulfate, 81
hydroxyurea, 33
hydroxyzine hcl, 88
hydroxyzine pamoate,
 89
ibandronate sodium,
 66
 IBRANCE, 35
ibu, 20
ibuprofen, 20
icatibant acetate, 78
iclevia, 68
 ICLUSIG, 35
 IDACIO (2 PEN), 79
 IDACIO (2 SYRINGE),
 79
 IDACIO CROHN INJ
 DISEASE, 79
 IDACIO PLAQU INJ
 PSORIASIS, 80
 IDHIFA, 35
imatinib mesylate, 35
 IMBRUVICA, 35, 36
imipenem-cilastatin
intravenous for soln
250 mg, 22

إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بخطة Central Health Medicare Plan على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى
 مستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من
 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى
 الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة

<https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>



klayesta, 93
klor-con, 85
klor-con 10, 85
klor-con 8, 85
klor-con m10, 85
klor-con m15, 85
klor-con m20, 85
 KOSELUGO, 36
kourzeq, 95
 KRAZATI, 36
kurvelo, 68
labetalol hcl, 45
lacosamide, 55
lacosamide oral, 55
lactated ringer's solution, 84
lactic acid (ammonium lactate), 95
lactulose, 75
lactulose (encephalopathy), 75
lamivudine, 25
lamivudine (hbv), 27
lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg, 26
lamotrigine, 55
lanreotide acetate, 72
lansoprazole, 76
lapatinib ditosylate, 36
larin 1.5/30, 68
larin 1/20, 68
larin 24 fe, 68
larin fe 1.5/30, 68
larin fe 1/20, 68
latanoprost, 87
layolis fe, 68
 LAZCLUZE, 36
leflunomide, 81
lenalidomide, 32
 LENVIMA 10 MG DAILY DOSE, 37
 LENVIMA 12MG DAILY DOSE, 37

kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj, 84
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj, 84
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj, 84
kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj, 84
kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj, 84
kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj, 84
kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj, 84
 KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%, 84
kelnor 1/35, 68
kelnor 1/50, 68
 KERENDIA, 42
 KESIMPTA, 61
ketoconazole, 24
ketoconazole (topical), 93
ketorolac tromethamine (ophth), 87
 KEYTRUDA, 36
 KINRIX INJ, 83
kionex, 66
 KISQALI 200 DOSE, 36
 KISQALI 200 PAK FEMARA, 36
 KISQALI 400 DOSE, 36
 KISQALI 400 PAK FEMARA, 36
 KISQALI 600 DOSE, 36
 KISQALI 600 PAK FEMARA, 36

JANUMET XR TAB 50-500MG, 63
 JANUVIA, 63
 JARDIANCE, 63
jasmiel, 68
javygtor, 72
 JAYPIRCA, 36
 JENTADUETO TAB 2.5-1000, 63
 JENTADUETO TAB 2.5-500, 63
 JENTADUETO TAB 2.5-850, 63
 JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG, 63
 JENTADUETO TAB XR 5-1000MG, 63
jinteli, 71
jolessa, 68
juleber, 68
 JULUCA TAB 50-25MG, 26
junel 1.5/30, 68
junel 1/20, 68
junel fe 1.5/30, 68
junel fe 1/20, 68
junel fe 24, 68
 JYLAMVO, 81
 JYNNEOS, 83
 KADCYLA, 36
kaitlib fe, 68
 KALYDECO, 90
 KANJINTI, 36
kariva, 68
kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj, 84
kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj, 84
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj, 84
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj, 84

levo-t, 73	levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml, 28	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE, 37
levothyroxine sodium, 73	levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml, 28	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE, 37
levoxyl, 73	levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml, 28	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE, 37
l-glutamine (sickle cell), 78	levonest, 68	LENVIMA CAP 14 MG, 37
lidocaine, 94	levonor-eth est tab 0.15-	LENVIMA CAP 18 MG, 37
lidocaine hcl, 94	0.02/0.025/0.03 mg ð est 0.01 mg, 68	LENVIMA CAP 24 MG, 37
lidocaine hcl (local anesth.), 20	levonorgestrel & ethinyl estradiol (91- day) tab 0.15-0.03 mg, 68	lessina, 68
lidocaine hcl (mouth- throat), 95	levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg, 68	letrozole, 32
lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%, 94	levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg, 68	leucovorin calcium, 41
lidocan, 94	levonorgestrel-eth estra tab 0.05- 30/0.075-40/0.125- 30mg-mcg, 68	LEUKERAN, 30
LILETTA, 69	levonorgestrel-ethinyl estradiol (continuous) tab 90- 20 mcg, 68	leuprolide acetate, 32
linezolid, 22, 23	levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth est tab 0.01mg(7), 68	levabuterol hcl, 89
LINEZOLID INJ 2MG/ML, 23	levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth est tab 0.01mg(7), 68	levabuterol tartrate, 89
LINEZESS, 76	levora 0.15/30-28, 68	levetiracetam, 55
liothyronine sodium, 73		LEVETIRACETAM, 55
lisinopril, 42		levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml, 55
lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg, 42		levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml, 55
lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg, 42		levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml, 55
lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg, 42		levobunolol hcl, 87
lithium, 60		levocarnitine (metabolic modifiers), 72
lithium carbonate, 60		levocetirizine dihydrochloride, 89
LIVTENCITY, 27		levofloxacin, 28
loestrin 1.5/30-21, 69		
loestrin 1/20-21, 69		
loestrin fe 1.5/30, 69		
loestrin fe 1/20, 69		
LOKELMA, 66		
LONSURF TAB 15- 6.14, 31		

إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بخطة Central Health Medicare Plan على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة

<https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>



MEKINIST, 37
 MEKTOVI, 37
meloxicam, 20
memantine hcl, 48
memantine hcl tab 28
x 5 mg & 21 x 10
mg titration pack, 48
memantine hcl-
donepezil hcl cap er
24hr 14-10 mg, 48
memantine hcl-
donepezil hcl cap er
24hr 21-10 mg, 48
memantine hcl-
donepezil hcl cap er
24hr 28-10 mg, 48
 MENACTRA INJ, 83
 MENQUADFI, 83
 MENVEO INJ, 83
 MENVEO SOL, 83
mercaptopurine, 31
meropenem, 23
mesalamine, 75
mesalamine w/
cleanser, 75
mesna, 41
 MESNEX, 41
metformin hcl, 63
methadone hcl, 21
methadone
hydrochloride i, 21
methazolamide, 46
methenamine
hippurate, 23
methimazole, 73
methocarbamol, 61
methotrexate sodium,
 31, 81
methsuximide, 55
methylphenidate hcl,
 58
methylprednisolone,
 71
methylprednisolone
acetate, 71

LYBALVI TAB 10-
 10MG, 52
 LYBALVI TAB 15-
 10MG, 52
 LYBALVI TAB 20-
 10MG, 52
 LYBALVI TAB 5-10MG,
 52
lyleq, 69
lyllana, 71
 LYNPARZA, 37
 LYSODREN, 32
 LYTGObI (12 MG
 DAILY DOSE), 37
 LYTGObI (16 MG
 DAILY DOSE), 37
 LYTGObI (20 MG
 DAILY DOSE), 37
lyza, 69
magnesium sulfate, 84
 MAGNESIUM SULFATE,
 84
magnesium sulfate in
dextrose 5% iv soln
1 gm/100ml, 84
malathion, 95
maraviroc, 25
marlissa, 69
 MARPLAN, 49
 MATULANE, 33
 MAVYRET PAK 50-
 20MG, 27
 MAVYRET TAB 100-
 40MG, 27
meclizine hcl, 74
medroxyprogesterone
acetate, 73
medroxyprogesterone
acetate
(contraceptive), 69
mefloquine hcl, 24
megestrol acetate, 32,
 73
megestrol acetate
(appetite), 73

LONSURF TAB 20-
 8.19, 31
loperamide hcl, 76
lopinavir-ritonavir soln
400-100 mg/5ml
(80-20 mg/ml), 26
lopinavir-ritonavir tab
100-25 mg, 26
lopinavir-ritonavir tab
200-50 mg, 26
lorazepam, 48
lorazepam intensol, 48
 LORBRENA, 37
loryna, 69
losartan potassium, 44
losartan potassium &
hydrochlorothiazide
tab 100-12.5 mg, 43
losartan potassium &
hydrochlorothiazide
tab 100-25 mg, 43
losartan potassium &
hydrochlorothiazide
tab 50-12.5 mg, 43
 LOTEMAX, 87
loteprednol etabonate,
 87
lovastatin, 44
low-ogestrel, 69
loxapine succinate, 52
 LUMAKRAS, 37
 LUMIGAN, 87
 LUMIZYME, 72
 LUPRON DEPOT (1-
 MONTH), 32
 LUPRON DEPOT (3-
 MONTH), 32
 LUPRON DEPOT-PED
 (1-MONTH, 72
 LUPRON DEPOT-PED
 (3-MONTH, 72
 LUPRON DEPOT-PED
 (6-MONTH, 72
lurasidone hcl, 52
lutra, 69

NAMZARIC CAP 14-10MG, 48	<i>misoprostol</i> , 76	<i>methylprednisolone sod succ</i> , 71
NAMZARIC CAP 21-10MG, 48	MITIGARE, 20	<i>methyltestosterone</i> , 62
NAMZARIC CAP 28-10MG, 48	M-M-R II INJ, 83	<i>metoclopramide hcl</i> , 74
NAMZARIC CAP 7-10MG, 48	M-NATAL PLUS TAB, 85	<i>metolazone</i> , 46
NAMZARIC CAP PACK, 48	<i>modafinil</i> , 61	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i> , 45
<i>naproxen</i> , 20	<i>moexipril hcl</i> , 42	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i> , 45
<i>naproxen dr</i> , 20	<i>molindone hcl</i> , 52	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i> , 45
<i>naproxen sodium</i> , 20	<i>mometasone furoate</i> , 94	<i>metoprolol succinate</i> , 45
<i>naratriptan hcl</i> , 59	MONJUVI, 37	<i>metoprolol tartrate</i> , 45
NATACYN, 86	<i>mono-lynyah</i> , 69	<i>metronidazole</i> , 23
<i>nateglinide</i> , 63	<i>montelukast sodium</i> , 89	<i>metronidazole (topical)</i> , 95
NAYZILAM, 56	<i>morphine sulfate</i> , 21	<i>metronidazole vaginal</i> , 77
<i>nebivolol hcl</i> , 45	MOUNJARO, 63	<i>metyrosine</i> , 47
<i>necon 0.5/35-28</i> , 69	MOVANTIK, 76	<i>mibelas 24 fe</i> , 69
<i>nefazodone hcl</i> , 49	<i>moxifloxacin hcl</i> , 29	<i>micafungin sodium</i> , 24
<i>neomycin sulfate</i> , 23	<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> , 86	<i>microgestin 1.5/30</i> , 69
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i> , 86	<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i> , 29	<i>microgestin 1/20</i> , 69
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i> , 86	MRESVIA, 83	<i>microgestin fe 1.5/30</i> , 69
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i> , 85	MULTAQ, 44	<i>microgestin fe 1/20</i> , 69
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i> , 86	<i>multiple electrolytes ph 5.5</i> , 84	<i>midodrine hcl</i> , 47
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i> , 86	<i>multiple electrolytes ph 7.4</i> , 84	MIEBO, 87
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i> , 88	<i>mupirocin</i> , 92	<i>mifepristone (hyperglycemia)</i> , 72
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5</i>	<i>mycophenolate mofetil</i> , 82	<i>mili</i> , 69
	<i>mycophenolate sodium</i> , 82	<i>mimvey</i> , 71
	MYRBETRIQ, 77	<i>minocycline hcl</i> , 30
	<i>nabumetone</i> , 20	<i>minoxidil</i> , 47
	<i>nadolol</i> , 45	<i>mirtazapine</i> , 49
	<i>nafcillin sodium</i> , 29	
	NAGLAZYME, 73	
	<i>nalbuphine hcl</i> , 21	
	<i>naloxone hcl</i> , 62	
	<i>naltrexone hcl</i> , 62	

إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بخطة Central Health Medicare Plan على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة

<https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>



NOVOLIN INJ 70/30 FP, 64	<i>norethindrone</i> (contraceptive), 69	<i>mg/ml-10000</i> <i>unit/ml-1%, 88</i>
NOVOLIN N, 64	<i>norethindrone ace &</i> <i>ethinyl estradiol tab</i>	<i>neo-polycin 5(3.5)mg-</i> <i>400unt-10000unt op</i>
NOVOLIN N FLEXPEN, 65	<i>1 mg-20 mcg, 69</i>	<i>oin, 86</i>
NOVOLIN R, 65	<i>norethindrone ace &</i> <i>ethinyl estradiol-fe</i>	<i>neo-polycin hc ophth</i> <i>oint 1%, 85</i>
NOVOLIN R FLEXPEN, 65	<i>tab 1 mg-20 mcg,</i> <i>69</i>	NERLYNX, 37
NOVOLOG, 65	<i>norethindrone ace-eth</i> <i>estradiol-fe chew tab</i>	<i>nevirapine, 25</i>
NOVOLOG FLEXPEN, 65	<i>1 mg-20 mcg (24),</i> <i>69</i>	NEXLETOL, 45
NOVOLOG MIX INJ 70/30, 65	<i>norethindrone acetate,</i> <i>73</i>	NEXLIZET TAB 180/10MG, 45
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN, 65	<i>norethindrone acetate-</i> <i>ethinyl estradiol tab</i>	NEXPLANON, 69
NOVOLOG PENFILL, 65	<i>0.5 mg-2.5 mcg, 71</i>	<i>niacin</i> (antihyperlipidemic), 45
NUBEQA, 32	<i>norethindrone acetate-</i> <i>ethinyl estradiol tab</i>	<i>nicardipine hcl, 46</i>
NUDEXTA CAP 20- 10MG, 60	<i>1 mg-5 mcg, 71</i>	NICOTROL INHALER, 62
NULOJIX, 82	<i>norethindrone ac-</i> <i>ethinyl estrad-fe tab</i>	NICOTROL NS, 62
NUPLAZID, 52	<i>1-20/1-30/1-35 mg-</i> <i>mcg, 69</i>	<i>nifedipine, 46</i>
NURTEC, 59	<i>norgestimate & ethinyl</i> <i>estradiol tab 0.25</i>	<i>nikki, 69</i>
NUTRILIPID, 85	<i>mg-35 mcg, 69</i>	<i>nilutamide, 32</i>
NUZYRA, 30	<i>norgestimate-eth</i> <i>estradiol tab 0.18-</i>	<i>nimodipine, 46</i>
<i>nyamyc, 93</i>	<i>25/0.215-25/0.25-</i> <i>25 mg-mcg, 69</i>	NINLARO, 37
<i>nylia 1/35, 70</i>	<i>norgestimate-eth</i> <i>estradiol tab 0.18-</i>	<i>nitazoxanide, 23</i>
<i>nylia 7/7/7, 70</i>	<i>35/0.215-35/0.25-</i> <i>35 mg-mcg, 69</i>	<i>nitisinone, 73</i>
<i>nystatin, 24</i>	<i>norlyroc, 69</i>	NITRO-BID, 47
<i>nystatin (mouth-</i> <i>throat), 95</i>	<i>nortrel 0.5/35 (28), 69</i>	<i>nitrofurantoin</i> <i>macrocrystal, 23</i>
<i>nystatin (topical), 93</i>	<i>nortrel 1/35 (21), 69</i>	<i>nitrofurantoin</i> <i>monohyd macro, 23</i>
<i>nystop, 93</i>	<i>nortrel 1/35 (28), 69</i>	<i>nitroglycerin, 47</i>
<i>ocella, 70</i>	<i>nortrel 7/7/7, 69</i>	<i>nitroglycerin (intra-</i> <i>anal), 95</i>
OCTAGAM, 81	<i>nortriptyline hcl, 49</i>	<i>nizatidine, 75</i>
octreotide acetate, 73	NORVIR, 25	<i>nora-be, 69</i>
ODEFSEY TAB, 26	NOVOLIN INJ 70/30, 64	<i>norelgestromin-ethinyl</i> <i>estradiol td ptwk</i> <i>150-35 mcg/24hr,</i> <i>69</i>
ODOMZO, 37		<i>norethindrone &</i> <i>ethinyl estradiol-fe</i> <i>chew tab 0.4 mg-35</i> <i>mcg, 69</i>
OFEV, 90		
<i>ofloxacin (ophth), 86</i>		
<i>ofloxacin (otic), 88</i>		
OGIVRI, 38		
OGSIVEO, 38		
OJEMDA, 38		
OJJAARA, 38		
<i>olanzapine, 52, 53</i>		

ORKAMBI GRA 150-188, 90	OMNIPOD 5 DX KIT INT G7G6, 65	<i>olmesartan medoxomil</i> , 44
ORKAMBI GRA 75-94MG, 90	OMNIPOD 5 DX MIS POD G7G6, 65	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> , 43
ORKAMBI TAB 100-125, 90	OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO, 65	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i> , 43
ORKAMBI TAB 200-125, 90	OMNIPOD 5 G7 MIS PODS, 65	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i> , 43
ORSERDU, 32	OMNIPOD 5 LB KIT INTRO G6, 65	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i> , 43
<i>oseltamivir phosphate</i> , 27	OMNIPOD 5 LB MIS PODS G6, 65	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i> , 43
<i>oxacillin sodium</i> , 29	OMNIPOD DASH KIT INTRO, 65	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i> , 43
<i>oxaliplatin</i> , 31	OMNIPOD DASH MIS PODS, 65	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i> , 43
<i>oxcarbazepine</i> , 56	OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY, 65	<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i> , 45
<i>oxybutynin chloride</i> , 77	OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY, 65	<i>omeprazole</i> , 76
<i>oxycodone hcl</i> , 21	OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY, 65	
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg</i> , 21	OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY, 65	
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg</i> , 21	OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY, 65	
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i> , 21	OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY, 65	
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i> , 21	OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY, 65	
OXYCONTIN, 21	OMNIPOD MIS CLASSIC, 65	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE), 63	<i>ondansetron</i> , 74	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE), 63	<i>ondansetron hcl</i> , 74	
OZEMPIC (1MG/DOSE), 63	ONTRUZANT, 38	
OZEMPIC (2MG/DOSE), 63	ONUREG, 31	
<i>pacerone</i> , 44	OPIPZA, 53	
<i>paclitaxel</i> , 33	OPSUMIT, 47	
<i>paclitaxel inj 100mg</i> , 33	ORGOVYX, 32	
	ORKAMBI GRA 100-125, 90	

إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بخطة Central Health Medicare Plan على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة

<https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>



piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm), 30
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm), 30
 PIQRAY 200MG DAILY DOSE, 38
 PIQRAY 250MG TAB DOSE, 38
 PIQRAY 300MG DAILY DOSE, 38
pirfenidone, 90
piroxicam, 20
plenamine, 85
 PLENVU SOL, 75
podofilox, 95
polycin ophth oint, 86
polymyxin b sulfate, 23
polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%, 86
 POMALYST, 32
portia-28, 70
posaconazole, 24
 POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ, 84
 POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ, 84
 POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ, 84
potassium chloride, 84, 85
potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj, 84
potassium chloride microencapsulated crystals er, 85
potassium citrate (alkalinizer), 76
perindopril erbumine, 42
periogard, 95
permethrin, 95
perphenazine, 53
pfizerpen, 29
phenelzine sulfate, 49
phenobarbital, 56
phenobarbital sodium, 56
phenytek, 56
phenytoin, 56
phenytoin sodium, 56
phenytoin sodium extended, 56
 PHESGO SOL, 38
philith, 70
 PIFELTRO, 25
pilocarpine hcl, 87
pilocarpine hcl (oral), 95
pimecrolimus, 95
pimozide, 53
pimtrea, 70
pindolol, 45
pioglitazone hcl, 63
pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg, 63
pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg, 63
piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm), 29
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm), 30
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm), 30
paliperidone, 53
pamidronate disodium, 66
 PAMIDRONATE DISODIUM, 66
 PANRETIN, 95
pantoprazole sodium, 76
 PANZYGA, 81
paricalcitol, 74
paroxetine hcl, 49
 PAXLOVID PAK, 27
 PAXLOVID TAB 150-100, 27
 PAXLOVID TAB 300-100, 27
pazopanib hcl, 38
 PEDIARIX INJ 0.5ML, 83
 PEDVAX HIB, 83
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm, 75
peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm, 75
 PEGASYS, 27
 PEMAZYRE, 38
pemetrexed disodium, 31
 PENBRAYA INJ, 83
penicillamine, 66
penicillin g potassium, 29
penicillin g sodium, 29
penicillin v potassium, 29
 PENTACEL INJ, 83
pentamidine isethionate inh, 23
pentamidine isethionate inj, 23
pentoxifylline, 78

<i>rasagiline mesylate</i> , 51	<i>prochlorperazine maleate</i> , 74	<i>pramipexole dihydrochloride</i> , 51
<i>reclipsen</i> , 70	PROCRIT, 78	<i>prasugrel hcl</i> , 78
RECOMBIVAX HB, 83	<i>proctocort</i> , 95	<i>pravastatin sodium</i> , 44
REGANEX, 95	<i>procto-med hc</i> , 95	<i>praziquantel</i> , 23
RELENZA DISKHALER, 27	<i>proctosol hc</i> , 95	<i>prazosin hcl</i> , 42
RELISTOR, 76	<i>proctozone-hc</i> , 95	<i>prednisolone</i> , 71
REMICADE, 80	<i>progesterone</i> , 73	<i>prednisolone acetate (ophth)</i> , 87
RENFLEXIS, 80	PROGRAF, 82	PREDNISOLONE
<i>repaglinide</i> , 63	PROLASTIN-C, 90	SODIUM PHOSP, 87
REPATHA, 45	PROLIA, 66	<i>prednisolone sodium phosphate</i> , 72
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM, 45	<i>promethazine hcl</i> , 74	<i>prednisone</i> , 72
REPATHA SURECLICK, 45	<i>propafenone hcl</i> , 44	PREDNISONE
RESTASIS, 87	<i>proparacaine hcl</i> , 87	INTENSOL, 72
RESTASIS MULTIDOSE, 87	<i>propranolol hcl</i> , 46	<i>pregabalin</i> , 56
RETEVMO, 38	<i>propylthiouracil</i> , 73	PREMASOL SOL 10%, 85
REVUFORJ, 38	PROQUAD INJ, 83	PRENATAL TAB 27- 1MG, 85
REXULTI, 53	PROSOL INJ 20%, 85	PRENATAL TAB PLUS, 85
REYATAZ, 25	<i>protriptyline hcl</i> , 49	<i>prevalite</i> , 45
REZLIDHIA, 38	PULMOZYME, 90	PREVYMIS, 27
REZUROCK, 82	PURIXAN, 31	PREZCOBIX TAB 800- 150, 26
RHOPRESSA, 87	<i>pyrazinamide</i> , 26	PREZISTA, 25
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> , 27	<i>pyridostigmine bromide</i> , 60	PRIFTIN, 26
<i>rifabutin</i> , 26	<i>pyrimethamine</i> , 23	<i>primaquine phosphate</i> , 24
<i>rifampin</i> , 26	PYZCHIVA, 80	PRIMAQUINE PHOSPHATE, 24
<i>riluzole</i> , 60	QINLOCK, 38	<i>primidone</i> , 56
<i>rimantadine hydrochloride</i> , 27	QUADRACEL INJ 0.5ML, 83	PRIORIX INJ, 83
RINVOQ, 80	<i>quetiapine fumarate</i> , 53	PRIVIGEN, 82
RINVOQ LQ, 80	<i>quinapril hcl</i> , 42	<i>probenecid</i> , 20
<i>risedronate sodium</i> , 66	<i>quinidine sulfate</i> , 44	<i>prochlorperazine</i> , 74
<i>risperidone</i> , 53	<i>quinine sulfate</i> , 24	<i>prochlorperazine edisylate</i> , 74
<i>risperidone microspheres</i> , 53	QULIPTA, 59	
<i>ritonavir</i> , 25	RABAVERT INJ, 83	
	<i>rabeprazole sodium</i> , 76	
	RALDESY, 50	
	<i>raloxifene hcl</i> , 73	
	<i>ramipril</i> , 42	
	<i>ranolazine</i> , 47	

إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بخطة Central Health Medicare Plan على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة

<https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>



sps, 66
sps rectal, 66
sronyx, 70
ssd, 92
 STELARA, 80
 STIVARGA, 39
streptomycin sulfate, 23
 STRIBILD TAB, 26
subvenite, 56
sucalfate, 76
sulfacetamide sodium (acne), 92
sulfacetamide sodium (ophth), 86
sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%, 86
sulfadiazine, 23
sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml, 23
sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml, 23
sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg, 23
sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg, 23
 SULFAMYLON, 92
sulfasalazine, 75
sulindac, 20
sumatriptan, 59
sumatriptan succinate, 59, 60
sunitinib malate, 39
 SUNLENCA, 25
syeda, 70
 SYMDEKO TAB 100-150, 90
 SYMDEKO TAB 50-75MG, 90
 SIMBRINZA SUS 1-0.2%, 87
simliya, 70
simpesse, 70
simvastatin, 44
sirolimus, 82
 SIRTURO, 26
 SKYRIZI, 80
 SKYRIZI PEN, 80
sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml, 75
sodium chloride, 85
sodium chloride (gu irrigant), 95
sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln, 85
 SODIUM OXYBATE, 61
sodium phenylbutyrate, 73
sodium polystyrene sulfonate powder, 66
solifenacin succinate, 77
 SOLIQUA INJ 100/33, 65
 SOLTAMOX, 32
 SOLU-CORTEF, 72
 SOMATULINE DEPOT, 73
 SOMAVERT, 73
sorafenib tosylate, 39
sotalol hcl, 44
sotalol hcl (afib/afl), 44
 SOTYKTU, 80
spironolactone, 42
spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg, 46
sprintec 28, 70
 SPRITAM, 56
rivaroxaban, 77
rivastigmine, 48
rivastigmine tartrate, 48
rivelsa, 70
rizatriptan benzoate, 59
 ROCKLATAN DRO, 87
roflumilast, 90
 ROMVIMZA, 38
ropinirole hydrochloride, 51
rosuvastatin calcium, 44
 ROTARIX SUS, 83
 ROTATEQ SOL, 83
roweepra, 56
 ROZLYTREK, 38, 39
 RUBRACA, 39
rufinamide, 56
 RUKOBIA, 25
 RYBELSUS, 63
 RYDAPT, 39
sajazir, 78
 SANTYL, 95
sapropterin dihydrochloride, 73
 SCEMBLIX, 39
scopolamine, 74
 SECUADO, 53
selegiline hcl, 51
selenium sulfide, 93
 SELZENTRY, 25
 SEREVENT DISKUS, 89
sertraline hcl, 50
setlakin, 70
sharobel, 70
 SHINGRIX, 83
 SIGNIFOR, 73
 SIKLOS, 78
sildenafil citrate (pulmonary hypertension), 48
silver sulfadiazine, 92

THALOMID, 32
 THEO-24, 90
theophylline, 90
thioridazine hcl, 53
thiothixene, 53
tiadylt er, 46
tiagabine hcl, 56
 TIBSOVO, 39
ticagrelor, 78
 TICOVAC, 83
tigecycline, 30
tilia fe, 70
timolol maleate, 46
timolol maleate
 (*ophth*), 87
tinidazole, 23
 TIVICAY, 25
 TIVICAY PD, 25
tizanidine hcl, 61
 TOBI PODHALER, 23
 TOBRADEX OIN 0.3-
 0.1%, 86
tobramycin, 23
tobramycin (ophth),
 86
tobramycin sulfate, 23
tobramycin-
 dexamethasone
 ophth susp 0.3-
 0.1%, 86
tolterodine tartrate, 77
topiramate, 56
toremifene citrate, 32
torpenz, 39
torsemede, 46
 TOUJEO MAX
 SOLOSTAR, 65
 TOUJEO SOLOSTAR,
 65
 TPN ELECTROL INJ, 85
 TRADJENTA, 64
tramadol hcl, 21

TECENTRIQ, 39
 TECENTRIQ INJ
 HYBREZA, 39
 TEFLARO, 28
telmisartan, 44
telmisartan-amlodipine
 tab 40-10 mg, 43
telmisartan-amlodipine
 tab 40-5 mg, 43
telmisartan-amlodipine
 tab 80-10 mg, 43
telmisartan-amlodipine
 tab 80-5 mg, 43
telmisartan-
 hydrochlorothiazide
 tab 40-12.5 mg, 43
telmisartan-
 hydrochlorothiazide
 tab 80-12.5 mg, 43
telmisartan-
 hydrochlorothiazide
 tab 80-25 mg, 43
temazepam, 59
 TENIVAC INJ 5-2LF,
 83
tenofovir disoproxil
 fumarate, 25
 TEPMETKO, 39
terazosin hcl, 42
terbinafine hcl, 24
terbutaline sulfate, 89
terconazole vaginal,
 77
 TERIPARATIDE, 66
testosterone, 62
testosterone
 cypionate, 62
testosterone
 enanthate, 62
testosterone pump, 62
tetrabenazine, 60
tetracycline hcl, 30

SYMPAZAN, 56
 SYMTUZA TAB, 26
 SYNAREL, 73
 SYNJARDY TAB 12.5-
 1000MG, 64
 SYNJARDY TAB 12.5-
 500, 63
 SYNJARDY TAB 5-
 1000MG, 63
 SYNJARDY TAB 5-
 500MG, 63
 SYNJARDY XR TAB 10-
 1000, 64
 SYNJARDY XR TAB
 12.5-1000, 64
 SYNJARDY XR TAB 25-
 1000, 64
 SYNJARDY XR TAB 5-
 1000MG, 64
 SYNTHROID, 73
 TABLOID, 31
 TABRECTA, 39
tacrolimus, 82
tacrolimus (topical),
 95
tadalafil, 76
tadalafil (pulmonary
 hypertension), 48
 TAFINLAR, 39
 TAGRISSO, 39
 TALZENNA, 39
tamoxifen citrate, 32
tamsulosin hcl, 76
tarina 24 fe, 70
tarina fe 1/20 eq, 70
 TASIGNA, 39
tasimelteon, 58
 TAVNEOS, 78
tazarotene, 93
tazicef, 28
 TAZORAC, 93
 TAZVERIK, 39

إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بخطة Central Health Medicare Plan على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة

<https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>

TROPHAMINE INJ
 10%, 85
trospium chloride, 77
 TRUE METRIX KIT AIR,
 96
 TRUE METRIX KIT
 METER, 96
 TRUE METRIX STRIPS,
 96
 TRULICITY, 64
 TRUMENBA, 83
 TRUQAP, 39, 40
 TRUXIMA, 40
 TUKYSA, 40
 TURALIO, 40
turqoz, 70
twice-daily
 clindamycin
 phosphate (topical),
 92
 TWINRIX INJ, 83
 TYBOST, 25
tydemy, 70
 TYENNE, 80
 TYPHIM VI, 83
 UBRELVY, 60
unithroid, 74
ursodiol, 76
valacyclovir hcl, 27
 VALCHLOR, 95
valganciclovir hcl, 27
valproate sodium, 56
valproic acid, 56
valsartan, 44
valsartan-
 hydrochlorothiazide
 tab 160-12.5 mg, 43
valsartan-
 hydrochlorothiazide
 tab 160-25 mg, 43
valsartan-
 hydrochlorothiazide
 tab 320-12.5 mg, 43

trientine hcl, 66
tri-estarylla, 70
trifluoperazine hcl, 53
trifluridine, 86
trihexyphenidyl hcl, 51
 TRIJARDY XR TAB ER
 24HR 10-5-1000MG,
 64
 TRIJARDY XR TAB ER
 24HR 12.5-2.5-
 1000MG, 64
 TRIJARDY XR TAB ER
 24HR 25-5-1000MG,
 64
 TRIJARDY XR TAB ER
 24HR 5-2.5-
 1000MG, 64
 TRIKAFTA PAK
 59.5MG, 90
 TRIKAFTA PAK 75MG,
 90
 TRIKAFTA TAB 100-
 50-75MG & 150MG,
 91
 TRIKAFTA TAB 50-25-
 37.5MG & 75MG, 90
tri-legest fe, 70
tri-linyah, 70
tri-lo-estarylla, 70
tri-lo-marzia, 70
tri-lo-mili, 70
tri-lo-sprintec, 70
trimethoprim, 23
tri-mili, 70
trimipramine maleate,
 50
 TRINTELLIX, 50
tri-nymyo, 70
tri-sprintec, 70
 TRIUMEQ PD TAB, 26
 TRIUMEQ TAB, 26
trivora-28, 70
tri-vylibra, 70
tri-vylibra lo, 70
 TROGARZO, 25

tramadol-
 acetaminophen tab
 37.5-325 mg, 21
trandolapril, 42
tranexamic acid, 78
tranylcypromine
 sulfate, 50
 TRAVASOL INJ 10%,
 85
 TRAZIMERA, 39
trazodone hcl, 50
 TRECATOR, 26
 TRELEGY AER ELLIPTA
 100-62.5-25 MCG,
 88
 TRELEGY AER ELLIPTA
 200-62.5-25 MCG,
 88
 TREMFYA, 80
 TREMFYA INDUCTION
 PACK FO, 80
treprostinil, 48
 TRESIBA, 65
 TRESIBA FLEXTOUCH,
 66
tretinoin, 92
tretinoin
 (chemotherapy), 33
triamcinolone
 acetonide (mouth),
 95
triamcinolone
 acetonide (topical),
 94
triamterene &
 hydrochlorothiazide
 cap 37.5-25 mg, 47
triamterene &
 hydrochlorothiazide
 tab 37.5-25 mg, 47
triamterene &
 hydrochlorothiazide
 tab 75-50 mg, 47
tridacaine ii, 94
triderm, 94

XALKORI, 40	<i>verapamil hcl</i> , 46	<i>valsartan-</i>
<i>xarah fe</i> , 70	VERQUVO, 47	<i>hydrochlorothiazide</i>
XARELTO, 77	VERSACLOZ, 53	<i>tab 320-25 mg</i> , 44
XARELTO STAR TAB	VERZENIO, 40	<i>valsartan-</i>
15/20MG, 77	<i>vestura</i> , 70	<i>hydrochlorothiazide</i>
XATMEP, 81	<i>vienva</i> , 70	<i>tab 80-12.5 mg</i> , 43
XCOPRI, 57	<i>vigabatrin</i> , 57	VALTOCO 10 MG
XCOPRI PAK 100-150,	<i>vigadrone</i> , 57	DOSE, 57
57	VIGAFYDE, 57	VALTOCO 15 MG
XCOPRI PAK 12.5-25,	<i>vigpoder</i> , 57	DOSE, 57
57	<i>vilazodone hcl</i> , 50	VALTOCO 20 MG
XCOPRI PAK 150-	VIMKUNYA, 83	DOSE, 57
200MG	<i>vincristine sulfate</i> , 33	VALTOCO 5 MG DOSE,
(MAINTENANCE), 57	<i>vinorelbine tartrate</i> ,	56
XCOPRI PAK 150-	33	<i>valtya 1/50</i> , 70
200MG	<i>viorele</i> , 70	<i>vancomycin hcl</i> , 23
(TITRATION), 57	VIRACEPT, 25	VANCOMYCIN INJ 1
XCOPRI PAK 50-	VIREAD, 25	GM, 23
100MG, 57	VITRAKVI, 40	VANCOMYCIN INJ
XDEMY, 86	VIVIMUSTA, 31	500MG, 23
XELJANZ, 81	VIVITROL, 62	VANCOMYCIN INJ
XELJANZ XR, 81	VIVOTIF CAP EC, 83	750MG, 23
<i>xelria fe</i> , 70	VIZIMPRO, 40	VANFLYTA, 40
XERMELO, 76	VONJO, 40	VAQTA, 83
XGEVA, 66	VORANIGO, 40	<i>varenicline tartrate</i> , 62
XHANCE, 91	<i>voriconazole</i> , 24	<i>varenicline tartrate tab</i>
XIFAXAN, 76	VOSEVI TAB, 27	<i>11 x 0.5 mg & 42 x</i>
XIGDUO XR TAB 10-	VOWST CAP, 76	<i>1 mg start pack</i> , 62
1000, 64	VRAYLAR, 53	VARIVAX, 83
XIGDUO XR TAB 10-	<i>vyfemla</i> , 70	VASCEPA, 45
500MG, 64	<i>vylibra</i> , 70	VAXCHORA SUS, 83
XIGDUO XR TAB 2.5-	VYZULTA, 87	<i>velivet</i> , 70
1000, 64	<i>warfarin sodium</i> , 77	VELSIPITY, 81
XIGDUO XR TAB 5-	<i>water for irrigation</i> ,	VENCLEXTA, 40
1000MG, 64	<i>sterile irrigation</i>	VENCLEXTA TAB
XIGDUO XR TAB 5-	<i>soln</i> , 95	START PK, 40
500MG, 64	WELIREG, 33	<i>venlafaxine hcl</i> , 50
XIIDRA, 87	<i>wera</i> , 70	VENTOLIN HFA, 89
XOFLUZA, 27	WESTAB PLUS TAB	VENTOLIN HFA
XOLAIR, 91	27-1MG, 85	(INSTITUTIONAL
XOSPATA, 40	<i>wixela inhub</i> , 92	PACK), 89
	<i>wymzya fe</i> , 70	VEOZAH, 73

إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بخطة Central Health Medicare Plan على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة

<https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>



ZENPEP CAP
60000UNT, 76
ZERVIAE, 87
zidovudine, 25
ziprasidone hcl, 54
ziprasidone mesylate,
54
ZIRABEV, 41
ZIRGAN, 86
zoledronic acid, 66
ZOLINZA, 41
zolpidem tartrate, 59
ZONISADE, 57
zonisamide, 57
zovia 1/35, 71
ZTALMY, 57
zumandimine, 71
ZURZUVAE, 50
ZYDELIG, 41
ZYKADIA, 41
ZYLET SUS 0.5-0.3%,
86

zafirlukast, 89
zaleplon, 59
ZARXIO, 78
ZEGALOGUE, 72
ZEJULA, 41
ZELBORAF, 41
ZEMAIRA, 91
zenatane, 92
ZENPEP CAP
10000UNT, 76
ZENPEP CAP
15000UNT, 76
ZENPEP CAP
20000UNT, 76
ZENPEP CAP
25000UNT, 76
ZENPEP CAP
3000UNIT, 76
ZENPEP CAP
40000UNT, 76
ZENPEP CAP
5000UNIT, 76

XPOVIO PAK (100 MG
ONCE WEEKLY), 41
XPOVIO PAK (40 MG
ONCE WEEKLY), 40
XPOVIO PAK (40 MG
TWICE WEEKLY), 40
XPOVIO PAK (60 MG
ONCE WEEKLY), 41
XPOVIO PAK (60 MG
TWICE WEEKLY), 41
XPOVIO PAK (80 MG
ONCE WEEKLY), 41
XPOVIO PAK (80 MG
TWICE WEEKLY), 41
XTANDI, 32
xulane, 70
XULTOPHY INJ
100/3.6, 66
YESINTEK, 81
YF-VAX INJ, 83
yuvafem, 71
zafemy, 71



Central Health Medi-Medi Plan I (HMO D-SNP) خطة تابعة لبرنامج Medicare Medi-Cal

تم تحديث كتيب الوصفات الدوائية بتاريخ 07/01/2025

للحصول على معلومات أحدث أو إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اتصل بنا على الرقم 665-3086 (800)، وبالنسبة لمستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يمكنهم الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، أو تفضل زيارة <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.