



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

یکی از طرح‌های Medicare Medi-Cal

فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست دارو) 2025

لطفاً مطالعه کنید: این سند حاوی اطلاعاتی درباره داروهای
تحت پوشش در این طرح است

HPMS Approved Formulary File Submission ID, 00025316 Version Number, 15

این فهرست دارو در تاریخ 07/01/2025 به‌روزرسانی شده است.

در صورتی که به اطلاعات جدیدتری نیاز دارید، لطفاً طی بازه‌های زمانی زیر از طریق شماره 665-3086 (800) یا TTY به‌شماره 711 با ما تماس بگیرید. از تاریخ 1 اکتبر تا 31 مارس: 7 روز هفته، از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به‌وقت محلی، از تاریخ 1 آوریل تا 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به‌وقت محلی، یا به این وبسایت مراجعه کنید:
<https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>

مقدمه

این سند، فهرست داروهای تحت پوشش (همچنین لیست دارو) نامیده می‌شود. این فهرست اطلاعاتی را درباره اینکه کدام داروهای نسخه‌ای تحت پوشش طرح Central Health Medi-Medi Plan I هستند به شما ارائه می‌دهد. فهرست دارو همچنین اطلاعاتی را در مورد اینکه آیا مقررات یا محدودیت‌های خاصی در مورد داروهای تحت پوشش Central Health Medi-Medi Plan I وجود دارد یا خیر، به شما ارائه می‌دهد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها در آخرین فصل از دفترچه راهنمای اعضاء آورده شده است.

فهرست مطالب

- A. سلب مسئولیت‌ها..... 3.
- B. سؤال‌های متداول (FAQ) 10.
- B1. کدام داروهای نسخه‌ای در فهرست داروهای تحت پوشش قرار دارند؟ (ما فهرست داروهای تحت پوشش را به اختصار «فهرست دارو» می‌نامیم). 10.
- B2. آیا فهرست دارو تغییر می‌کند؟ 11.
- B3. وقتی تغییری در فهرست دارو رخ دهد، چه اتفاقی می‌افتد؟ 11.
- B4. آیا پوشش‌دهی داروها با ممنوعیت‌ها یا محدودیت‌هایی همراه است، یا آیا برای دریافت داروهای خاص باید اقدامات خاصی انجام شود؟ 13.
- B5. چطور بدانم که آیا محدودیت‌هایی خاصی به داروی مورد نظرم اعمال شده است یا آیا برای دریافت داروی مورد نظرم باید اقدامات خاصی انجام دهم؟ 13.
- B6. اگر Central Health Medi-Medi Plan I قوانین خود را در مورد پوشش برخی داروها تغییر دهد، (برای مثال، مجوز قبلی، محدودیت‌های تعداد، و/یا محدودیت‌های درمان مرحله‌ای) چه اتفاقی می‌افتد؟ 13.
- B7. چطور می‌توانم دارویی را در فهرست دارو پیدا کنم؟ 14.
- B8. اگر دارویی که می‌خواهم در فهرست دارو نبود چه کار باید بکنم؟ 14.
- B9. اگر عضو جدید Molina Medicare Complete Care Plus باشم و نتوانم داروی مورد نظرم را در لیست دارو پیدا کنم یا در خصوص دریافت داروهایم با مشکلی مواجه باشم چه کاری باید انجام دهم؟ 14.
- B10. آیا می‌توانم درخواست کنم برای من استثناء قائل شوید و دارویم را تحت پوشش قرار دهید؟ 15.
- B11. چطور می‌توانم درخواست کنم که استثناء قائل شوید؟ 16.

اگر سؤالی دارید، لطفاً طی بازه‌های زمانی زیر از طریق شماره 665-3086 (800)، یا TTY به شماره 711 با Central Health Medicare Plan تماس بگیرید. از تاریخ 1 اکتبر تا 31 مارس: 7 روز هفته، از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی، از تاریخ 1 آوریل تا 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر، به نشانی وبسایت <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary> مراجعه کنید.



- B12. فرآیند درخواست استثناء چقدر به طول می‌انجامد؟..... 16
- B13. داروی بدون‌مارک یعنی چه؟..... 16
- B14. محصولات بیولوژیکی اصلی چه هستند و چه ارتباطی با محصولات بیوسیمیلار دارند؟..... 16
- B15. آیا طرح I Central Health Medi-Medi Plan محصولات غیردارویی بدون نیاز به نسخه را پوشش می‌دهد؟..... 16
- B16. آیا طرح I Central Health Medi-Medi Plan ذخیره بلند مدت داروهای نسخه‌ای را پوشش می‌دهد؟..... 17
- B17. آیا می‌توانم نسخه را از داروخانه محلی‌ام سفارش دهم و درب منزل تحویل بگیرم؟..... 17
- B18. پرداخت مشترک چیست؟..... 17
- C. مروری بر فهرست داروهای تحت پوشش 17
- C1. فهرست داروها بر اساس بیماری 18
- D. راهنمای داروهای تحت پوشش 97

A. سلب مسئولیت‌ها

این فهرست شامل داروهایی است که اعضاء می‌توانند در طرح Central Health Medi-Medi Plan I Plus دریافت کنند.

- ❖ جهت مشاهده نسخه آنلاین و به‌روز «لیست داروهای تحت پوشش» طرح Central Health Medi-Medi Plan I Plus می‌توانید به آدرس <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary> مراجعه کنید یا طی بازه‌های زمانی زیر با شماره 665-3086 (800)، یا TTY به‌شماره 711 تماس بگیرید. از تاریخ 1 اکتبر تا 31 مارس: 7 روز هفته، از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به‌وقت محلی، از تاریخ 1 آوریل تا 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به‌وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است.
 - ❖ این سند را می‌توانید به‌صورت رایگان در قالب‌های دیگری از جمله چاپ با صفحه بزرگ، خط بریل یا به‌صورت صوتی نیز دریافت کنید. لطفاً طی بازه‌های زمانی زیر با شماره 665-3086 (800)، یا TTY به‌شماره 711 تماس بگیرید. از تاریخ 1 اکتبر تا 31 مارس: 7 روز هفته، از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به‌وقت محلی، از تاریخ 1 آوریل تا 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به‌وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است.
 - ❖ طرح Central Health Medi-Medi Plan I نوعی طرح HMO/ HMO SNP که با Medicare قرارداد دارد. ثبت‌نام در Central Health Medi-Medi Plan I به تمدید قرارداد بستگی دارد.
 - ❖ طرح Central Health Medi-Medi Plan I از قوانین حاکم حقوق مدنی فدرال پیروی می‌کند و بر اساس جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، اصل و نسب، ملیت، هویت گروه قومی یا نژادی، سن، معلولیت ذهنی، معلولیت جسمی، بیماری پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تاهل، جنسیت، هویت جنسی، یا گرایش جنسی علیه افراد تبعیض قائل نمی‌شود.
- جهت کمک به شما در برقراری ارتباط موثر با ما، طرح Central Health Medi-Medi Plan I خدمات زیر را به‌صورت رایگان و در مواقع نیاز ارائه می‌دهد:
- طرح Central Health Medi-Medi Plan I ابزارها و خدمات مناسبی را در افراد مبتلا به معلولیت قرار می‌دهد و در صورت نیاز اصلاحات منطقی را مطابق نیازهای آنها اعمال می‌کند. این موارد عبارتند از: (1) مترجمان شفاهی رسمی (2) اطلاعات در قالب‌های دیگر مانند چاپ با حروف درشت، قالب صوتی، قالب‌های الکترونیکی قابل دسترس، خط بریل.
 - طرح Central Health Medi-Medi Plan I به افرادی که به زبان دیگری صحبت می‌کنند یا مهارت‌های زبان انگلیسی محدودی دارند، خدمات زبان ارائه می‌دهد. این موارد عبارتند از: (1) مترجمین شفاهی رسمی. (2) ترجمه اطلاعات به زبان مورد نظر شما.

اگر به این خدمات نیاز دارید، با خدمات اعضاء Central Health Medi-Medi Plan I به شماره 1-800-665-3086 یا TTY/TDD: 711 تماس بگیرید.

اگر معتقدید که ما بر اساس سن، رنگ پوست، معلولیت، ملیت، نژاد یا جنسیت تبعیض قائل شده‌ایم، می‌توانید شکایت کنید. می‌توانید شکایت را به صورت حضوری، تلفنی، پستی، از طریق ایمیل یا آنلاین ارسال کنید. اگر در نوشتن شکایت خود نیاز به کمک دارید، ما به شما کمک می‌کنیم. جهت اطلاع از رویه ثبت شکایت ما می‌توانید به وبسایت <https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx> مراجعه کنید یا با «هماهنگ‌کننده حقوق مدنی» به‌شماره 1-668-606-9883، TTY/TTD به‌شماره 711 تماس بگیرید، یا شکایت‌تان را به آدرس زیر ارسال کنید:

Civil Rights Unit



اگر سؤالی دارید، لطفاً طی بازه‌های زمانی زیر از طریق شماره 665-3086 (800)، یا TTY به‌شماره 711 با Central Health Medicare Plan تماس بگیرید. از تاریخ 1 اکتبر تا 31 مارس: 7 روز هفته، از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به‌وقت محلی، از تاریخ 1 آوریل تا 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به‌وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر، به نشانی وبسایت <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary> مراجعه کنید.

200 Oceangate
Long Beach, CA 90802
ایمیل: civil.rights@molinahealthcare.com
Website: <https://molinahealthcare.Alertline.com>

همچنین اگر در زمینه حقوق مدنی شکایتی دارید، می‌توانید آن را نزد وزارت بهداشت و خدمات انسانی آمریکا، دفتر حقوق مدنی ثبت کنید. این شکایت را می‌توانید به‌صورت آنلاین در پورتال دفتر شکایات حقوقی مدنی به آدرس <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ثبت کنید یا آن را از طریق ایمیل یا تلفن ارسال کنید:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
تلفن: 1-800-368-1019
800-537-7697 :TTY/TDD

فرم‌های شکایت در اینجا موجود است: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>

همچنین می‌توانید شکایت حقوق مدنی را از طریق تلفن، به صورت کتبی یا الکترونیکی به دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده ارائه دهید:

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
تلفن: 916-440-7370 (یا برای خدمات رله مخابرات، با شماره 711 تماس بگیرید)
ایمیل: CivilRights@dhcs.ca.gov

فرم‌های شکایت در http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx در دسترس است.

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: Ձանգահարեք 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。

اگر سوالی دارید، لطفاً طی بازه‌های زمانی زیر از طریق شماره 665-3086 (800)، یا TTY به شماره 711 با Central Health Medicare Plan تماس بگیرید. از تاریخ 1 اکتبر تا 31 مارس: 7 روز هفته، از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی، از تاریخ 1 آوریل تا 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر، به نشانی وبسایت <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary> مراجعه کنید.



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 ਅਓਰ ਸੇਵਾਏਂ ਭੀ ਉਪਲਬਧ ਹੈਂ, ਜੈਸੇ ਬ੍ਰੇਲ ਵ ਬਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼। 1-866-314-2427 (TTY: 711) ਪਰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਏ ਸੇਵਾਏਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹੈਂ।

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.

ຂໍ້ຄວນໃສ່ໃຈ: 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.

اگر سوالی دارید، لطفاً طی بازه‌های زمانی زیر از طریق شماره 665-3086 (800)، یا TTY به شماره 711 با Central Health Medicare Plan تماس بگیرید. از تاریخ 1 اکتبر تا 31 مارس: 7 روز هفته، از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی، از تاریخ 1 آوریل تا 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر، به نشانی وبسایت <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary> مراجعه کنید.



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.

اگر سوالی دارید، لطفاً طی بازه‌های زمانی زیر از طریق شماره 665-3086 (800)، یا TTY به شماره 711 با Central Health Medicare Plan تماس بگیرید. از تاریخ 1 اکتبر تا 31 مارس: 7 روز هفته، از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی، از تاریخ 1 آوریل تا 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر، به نشانی وبسایت <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary> مراجعه کنید.



❖ این سند به زبان‌های اسپانیایی، عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی (ساده شده یا سنتی)، فارسی، همونگ، کره‌ای، روسی، تاگالوگ و ویتنامی به‌صورت رایگان در دسترس است.

❖ می‌توانید درخواست کنید که ما همیشه اطلاعات را به زبان یا قالبی که نیاز دارید برای شما ارسال کنیم. به این امر درخواست دائمی گفته می‌شود. طی بازه‌های زمانی زیر با شماره 665-3086 (800) یا TTY به‌شماره TTY تماس بگیرید. از تاریخ 1 اکتبر تا 31 مارس: 7 روز هفته، از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به‌وقت محلی، از تاریخ 1 آوریل تا 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به‌وقت محلی. یکی از نمایندگان خدمات اعضاء می‌تواند به شما در ایجاد یا تغییر درخواست دائمی کمک کند. ما درخواست دائمی شما را ثبت می‌کنیم و لازم نیست هر بار که اطلاعات مورد نیازتان را ارسال می‌کنیم درخواست جداگانه‌ای ارسال کنید.

B. سؤال‌های متداول (FAQ)

در اینجا می‌توانید پاسخ سؤالات خود را در مورد فهرست داروهای تحت پوشش بیابید. برای اطلاعات بیشتر می‌توانید تمامی سؤالات رایج را بخوانید، یا سؤال و جواب مد نظرتان را جستجو کنید.

B1. کدام داروهای نسخه‌ای در فهرست داروهای تحت پوشش قرار دارند؟ (ما فهرست داروهای تحت پوشش را به اختصار «فهرست دارو» می‌نامیم.)

داروهای موجود در «فهرست داروهای تحت پوشش»، که از بخش C1 شروع می‌شوند، داروهای تحت پوشش طرح Central Health Medi-Medi Plan I (HMO D-SNP) هستند. داروها از داروخانه‌های عضو شبکه ما قابل تهیه هستند. داروخانه‌های عضو شبکه داروخانه‌هایی هستند که ما با آنها قرارداد بسته‌ایم تا با ما همکاری کنند و به شما خدمات ارائه دهند. ما به این داروخانه‌ها، «داروخانه‌های عضو شبکه» می‌گوییم.

سایر داروها، مثل داروهای بدون نسخه و برخی ویتامین‌ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx باشند. برای کسب اطلاعات بیشتر لطفاً به وبسایت Medi-Cal Rx (به نشانی www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید. علاوه بر این می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به‌شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذینفع Medi-Cal را همراهتان بیاورید.

• طرح Central Health Medi-Medi Plan I تمامی داروهایی را که از نظر پزشکی ضروری هستند و در لیست دارو قرار دارند پوشش می‌دهد، به شرط اینکه:

○ پزشک شما یا تجویزکننده دیگر به شما گفته است که برای بهتر شدن یا سالم ماندن به این داروها نیاز دارید،

○ طرح Central Health Medi-Medi Plan I موافق باشد که دارو از نظر پزشکی برای شما ضروری است، و

○ شما نسخه را از یک داروخانه شبکه Central Health Medi-Medi Plan I تهیه کنید.

• در برخی موارد، شما باید قبل از اینکه بتوانید دارویی را دریافت کنید، کاری انجام دهید. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر، به سؤال B4 مراجعه کنید.

همچنین می‌توانید فهرست به‌روز داروهایی را که پوشش می‌دهیم در وبسایت ما به آدرس <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary> ببینید یا طی بازه‌های زمانی زیر از طریق شماره 665-3086 (800)، TTY به‌شماره 711 با خدمات اعضاء تماس بگیرید. از تاریخ 1 اکتبر تا 31 مارس: 7 روز هفته،

از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی، از تاریخ 1 آوریل تا 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی.

B2. آیا فهرست دارو تغییر می‌کند؟

بله، و Central Health Medi-Medi Plan I باید هنگام ایجاد تغییرات از قوانین Medicare و Medi-Cal پیروی کند. ما ممکن است در طول سال داروهایی را از فهرست دارو حذف یا به آن اضافه کنیم.

ممکن است ما قوانین مربوط به دارو را نیز تغییر دهیم. به عنوان مثال، ممکن است:

- تصمیم بگیریم دریافت مجوز قبلی را برای دارویی الزامی کنیم یا الزامی بودن مجوز قبلی را برای دارویی برداریم. (مجوز قبلی مجوزی است که قبل از گرفتن دارو باید از Central Health Medi-Medi Plan I دریافت کنید).
- افزودن یا تغییر مقدار دارویی که دریافت می‌کنید (محدودیت تعداد یا مقدار نامیده می‌شود).
- محدودیت‌های درمان مرحله‌ای دارو را اضافه یا تغییر دهید. (درمان مرحله‌ای یعنی پیش از اینکه ما دارویی را تحت پوشش قرار دهیم شما باید داروی دیگری را امتحان کنید).

برای اطلاعات بیشتر در خصوص قوانین این داروها، به سؤال B4 رجوع کنید.

اگر دارویی را مصرف می‌کنید که در اوایل سال تحت پوشش قرار گرفته است، ما معمولاً پوشش آن دارو را در طول مابقی سال حذف نمی‌کنیم یا تغییر نمی‌دهیم، مگر اینکه:

- دارویی جدید و ارزان‌تر با تأثیری مشابه داروی موجود در فهرست دارو به بازار عرضه شود، یا
- ما تشخیص دهیم که دارو ایمن نیست، یا
- دارو از بازار جمع‌آوری شود.

سوالات B3 و B6 در ادامه، اطلاعات بیشتری را در خصوص اینکه وقتی فهرست دارو تغییر می‌کند، چه اتفاقی می‌افتد به شما ارائه می‌دهند.

- همیشه می‌توانید فهرست دارویی به روز Central Health Medi-Medi Plan I را به صورت آنلاین در <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary> ببینید. به روزرسانی‌های اعمال شده به فهرست داروها به صورت ماهانه در وبسایت قرار داده می‌شود.

- همچنین می‌توانید طی بازه‌های زمانی زیر از طریق شماره (800) 665-3086، TTY به شماره 711 با خدمات اعضاء تماس بگیرید و فهرست داروی فعلی را بررسی کنید. از تاریخ 1 اکتبر تا 31 مارس: 7 روز هفته، از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی، از تاریخ 1 آوریل تا 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی.

B3. وقتی تغییری در فهرست دارو رخ دهد، چه اتفاقی می‌افتد؟

برخی تغییرات در فهرست دارو فوراً اعمال می‌شود. به عنوان مثال:

- جایگزینی برخی نسخه‌های جدید داروها. اگر دارویی از فهرست دارویمان را با برخی نسخه‌های جدیدتر آن دارو جایگزین کنیم ممکن است آن دارو را فوراً از لیست دارویمان حذف کنیم، البته هزینه شما برای داروی جدید همچنان

اگر سؤالی دارید، لطفاً طی بازه‌های زمانی زیر از طریق شماره (800) 665-3086، یا TTY به شماره 711 با Central Health Medicare Plan تماس بگیرید. از تاریخ 1 اکتبر تا 31 مارس: 7 روز هفته، از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی، از تاریخ 1 آوریل تا 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر، به نشانی وبسایت <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary> مراجعه کنید.



0\$ خواهد بود. هنگامی که داروی جدیدی را اضافه می‌کنیم، ممکن است تصمیم بگیریم که داروی مارک‌دار یا محصول بیولوژیکی اصل همچنان در لیست دارو باقی بماند اما مقررات یا محدودیت پوشش آن تغییر داده شود.

○ ممکن است پیش از ایجاد این تغییر به شما اطلاع ندهیم ولی اطلاعات مربوط به تغییر خاصی که اعمال شده است را برای شما ارسال خواهیم کرد.

○ فقط در صورتی این تغییرات را اعمال می‌کنیم که دارویی که اضافه می‌کنیم شرایط زیر را داشته باشد:

- نسخه بدون مارک جدیدی از دارویی مارک‌دار باشد، یا

- نسخه بیوسیمیلار جدید و خاصی از محصولات بیولوژیکی اصلی موجود در لیست دارو باشد (به عنوان مثال، نسخه بیوسیمیلار قابل جایگزینی را اضافه کنیم که بدون نیاز به نسخه جدید قابل جایگزین با نسخه بیولوژیکی اصلی باشد).

- ممکن است برخی از این نوع داروها برای شما جدید باشند. برای اطلاعات بیشتر، به بخش B14 مراجعه کنید.

○ شما یا ارائه‌دهنده شما می‌توانید درخواست کنید تا از این تغییرات مستثنی شوید. ما اطلاعیه‌ای را برای شما ارسال خواهیم کرد و مراحل درخواست مستثنی شدن از این تغییرات را برای شما شرح خواهیم داد. جهت کسب اطلاعات بیشتر در خصوص موارد استثناء، به سؤالات B10 تا B12 مراجعه کنید.

- **دارویی از بازار جمع‌آوری شده است.** چنانچه سازمان غذا و دارو (FDA) اعلام کند داروی مصرفی شما ایمن یا موثر نیست یا تولیدکننده دارو آن را از بازار جمع‌آوری کند، ما ممکن است فوراً آن دارو از فهرست دارو حذف کنیم. اگر در حال مصرف آن دارو باشید، پس از اعمال این تغییرات اطلاعیه‌ای را برای شما ارسال خواهیم کرد. برای یافتن جایگزین دیگری که برای شما ایمن باشد، با پزشک یا تجویزکننده دیگر خود صحبت کنید.

ممکن است تغییرات دیگری را به لیست دارو اعمال کنیم که بر دارویی که مصرف می‌کنید اثر بگذارند. قبل از اعمال این تغییرات به لیست داروی‌مان، به شما اطلاع خواهیم داد. این تغییرات ممکن است در شرایط زیر اعمال شوند:

- سازمان غذا و دارو دستورالعمل جدیدی را درباره دارویی ارائه کند یا دستورالعمل‌های بالینی جدیدی درباره دارویی منتشر شود.
- داروی مارک‌داری را از لیست دارو حذف کنیم و داروی بدون مارکی را که به‌تازگی وارد بازار نشده است به لیست دارو اضافه کنیم، یا
- محصول بیولوژیکی اصلی را حذف و محصول بیوسیمیلاری را اضافه کنیم، یا
- مقررات یا محدودیت‌های پوشش‌دهی را برای داروی مارک‌دار تغییر دهیم.

در صورت اعمال این تغییرات:

- حداقل 30 روز قبل از اینکه تغییر را به لیست دارو اعمال کنیم، به شما اطلاع می‌دهیم یا
- به شما اطلاع خواهیم داد و پس از اینکه برای دریافت مجدد دارو درخواست دهید، ذخیره‌ای 31 روزه از دارو را به شما خواهیم داد.

به این ترتیب شما فرصت خواهید داشت با پزشک خود یا تجویزکننده دیگری صحبت کنید. آنها می‌توانند در تصمیم‌گیری به شما کمک کنند:

- آیا داروی مشابهی در لیست دارو وجود دارد که بتوانید آن را جایگزین کنید، یا

- درخواست دهید از این تغییرات مستثنی شود. جهت کسب اطلاعات بیشتر در خصوص موارد استثناء، به سؤالات B10 تا B12 مراجعه کنید.

B4. آیا پوشش‌دهی داروها با ممنوعیت‌ها یا محدودیت‌هایی همراه است، یا آیا برای دریافت داروهای خاص باید اقدامات خاصی انجام شود؟

بله، برخی داروها مشمول مقررات پوشش‌دهی هستند یا با محدودیت‌هایی در تعداد همراه هستند. در برخی موارد، شما یا پزشک یا دیگر تجویزکنندگان شما باید قبل از دریافت دارو اقدامات خاصی را انجام دهید. به عنوان مثال:

- **مجوز قبلی** برای برخی از داروها، شما یا پزشک یا دیگر تجویزکنندگان شما باید پیش از اینکه بتوانید نسخه خود را دریافت کنید از Central Health Medi-Medi Plan I مجوز بگیرید. مجوز قبلی با ارجاع تفاوت دارد. اگر شما مجوز قبلی را دریافت نکنید، Central Health Medi-Medi Plan I ممکن است دارو را تحت پوشش قرار ندهد.
- **محدودیت تعداد:** گاهی اوقات Central Health Medi-Medi Plan I مقدار دارویی را که می‌توانید دریافت کنید محدود می‌کند.
- **درمان مرحله‌ای:** گاهی اوقات Central Health Medi-Medi Plan I از شما می‌خواهد که مرحله درمانی انجام دهید. این یعنی با توجه به بیماری‌تان باید داروها را با ترتیب خاصی امتحان کنید. ممکن است برای اینکه ما بتوانیم داروی دیگری را پوشش دهیم، مجبور شوید دارویی را امتحان کنید. اگر پزشکتان معتقد است که اولین دارو برای‌تان مؤثر نیست، آنگاه ما داروی دوم را پوشش می‌دهیم.

با نگاه به جداول ارائه‌شده در بخش C1 می‌توانید از الزامات یا محدودیت‌های دیگری که ممکن است به داروی‌تان اعمال شده باشند مطلع شوید. همچنین می‌توانید با بازدید از وبسایت ما در آدرس <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>، اطلاعات بیشتری بدست آورید. اسنادی را که الزام مجوز قبلی و ممنوعیت درمان مرحله‌ای را شرح داده‌اند در وبسایت‌مان قرار داده‌ایم. همچنین می‌توانید از ما درخواست کنید که نسخه‌ای از این اسناد را برای شما پست کنیم.

می‌توانید از ما درخواست کنید از این محدودیت‌ها مستثنی شوید. به این ترتیب شما فرصت خواهید داشت با پزشک خود یا تجویزکننده دیگری صحبت کنید. با کمک آنها می‌توانید تصمیم بگیرید که آیا داروی مشابهی در فهرست دارو وجود دارد که آن را جایگزین کنید، یا باید درخواست کنید که شما را از این محدودیت‌ها مستثنی کنیم. جهت کسب اطلاعات بیشتر در خصوص موارد استثناء، به سؤالات B10 تا B12 مراجعه کنید.

B5. چطور بدانم که آیا محدودیت‌هایی خاصی به داروی مورد نظرم اعمال شده است یا آیا برای دریافت داروی مورد نظرم باید اقدامات خاصی انجام دهم؟

در جدول موجود در «فهرست داروها بر اساس بیماری» ستونی تحت عنوان «اقدامات ضروری، ممنوعیت‌ها، و محدودیت‌های استفاده» وجود دارد.

B6. اگر Central Health Medi-Medi Plan I قوانین خود را در مورد پوشش برخی داروها تغییر دهد، (برای مثال، مجوز قبلی، محدودیت‌های تعداد، و/یا محدودیت‌های درمان مرحله‌ای) چه اتفاقی می‌افتد؟

در برخی موارد، اگر محدودیت‌های مجوز قبلی، محدودیت در تعداد، و یا درمان مرحله‌ای را به دارویی اعمال کنیم از قبل به شما خبر می‌دهیم. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره این اطلاعات قبلی، و موقعیت‌هایی که شاید نتوانیم قبل از تغییر قوانین مربوط به داروهای موجود در لیست دارو به شما اطلاع‌رسانی کنیم، به سؤال B3 مراجعه کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً طی بازه‌های زمانی زیر از طریق شماره 665-3086 (800)، یا TTY به شماره 711 با Central Health Medicare Plan تماس بگیرید. از تاریخ 1 اکتبر تا 31 مارس: 7 روز هفته، از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی، از تاریخ 1 آوریل تا 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر، به نشانی وبسایت <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary> مراجعه کنید.



B7. چطور می‌توانم دارویی را در فهرست دارو پیدا کنم؟

دو راه برای پیدا کردن داروها وجود دارد:

- می‌توانید دارو را به ترتیب الفباء جستجو کنید، یا
- می‌توانید دارو را بر اساس بیماری جستجو کنید.

برای جستجو به ترتیب الفباء، در بخش «فهرست داروهای تحت پوشش» به دنبال داروی مورد نظرتان بگردید. می‌توانید آن را در بخش D ببینید.

برای جستجو بر اساس بیماری، بخش C1 تحت عنوان «فهرست داروها بر اساس بیماری» را ببینید. داروها در این بخش بسته به نوع بیماری که برای آن مورد استفاده قرار می‌گیرند، در دسته‌بندی‌های مختلف قرار می‌گیرند. برای مثال، اگر بیماری قلبی دارید، باید در دسته قلبی-عروقی جستجو کنید. داروهایی که برای درمان بیماری‌های قلبی استفاده می‌شوند در این بخش قرار دارند.

B8. اگر دارویی که می‌خواهم در فهرست دارو نبود چه کار باید بکنم؟

اگر داروی مورد نظرتان را در فهرست دارو پیدا نکردید، طی بازه‌های زمانی زیر از طریق شماره 665-3086 (800)، TTY به شماره 711 با خدمات تماس بگیرید. از تاریخ 1 اکتبر تا 31 مارس: 7 روز هفته، از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی، از تاریخ 1 آوریل تا 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی. اگر به این نتیجه رسیدید که Central Health Medi-Medi Plan I داروی مورد نظر شما را پوشش نخواهد داد، می‌توانید یکی از اقدامات زیر را انجام دهید:

- از خدمات اعضاء بخواهید فهرست داروهای مشابه داروی مورد نظرتان را به شما بدهد. سپس فهرست را به پزشکتان یا سایر تجویزکنندگان نشان دهید. آنها می‌توانند دارویی را از فهرست دارو که شبیه داروی مورد نظرتان است برای‌تان تجویز کنند. یا
- می‌توانید از Central Health Medi-Medi Plan I بخواهید تا برای پوشش داروی‌تان استثناء قائل شود. جهت کسب اطلاعات بیشتر در خصوص موارد استثناء، به سؤالات B10 تا B12 مراجعه کنید.

B9. اگر عضو جدید Molina Medicare Complete Care Plus باشم و نتوانم داروی مورد نظرم را در لیست دارو پیدا کنم یا در خصوص دریافت داروهایم با مشکلی مواجه باشم چه کاری باید انجام دهم؟

ما می‌توانیم به شما کمک کنیم. ممکن است طی 90 روز اولی که عضو Central Health Medi-Medi Plan I هستید، ذخیره موقت 31 روزه‌ای از داروی شما را پوشش دهیم. بدین ترتیب زمان کافی جهت صحبت با پزشک خود یا دیگر تجویزکنندگان را در اختیار خواهید داشت. با کمک آنها می‌توانید تصمیم بگیرید که آیا داروی مشابهی در فهرست دارو وجود دارد که آن را جایگزین کنید، یا باید درخواست کنید که شما را از این محدودیت‌ها مستثنی کنیم.

اگر نسخه شما برای تعداد روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما اجازه چند بار دریافت مجدد نسخه را برای حداکثر تا 31 روز مداوم به شما می‌دهیم.

در شرایط زیر، ما ذخیره‌ای 31 روزه از داروی‌تان را پوشش می‌دهیم:

- در حال مصرف دارویی باشید که در لیست داروی ما موجود نباشد، یا
- قوانین طرح‌مان به شما اجازه ندهد تعدادی را که تجویزکننده شما سفارش داده است دریافت کنید، یا

- برای دریافت دارو به مجوز قبلی Central Health Medi-Medi Plan I نیاز باشد، یا
- در حال مصرف دارویی باشید که با ممنوعیت درمان مرحله‌ای همراه است.

اگر در حال مصرف دارویی هستید که Central Health Medi-Medi Plan I آن را به عنوان داروی بخش D در نظر نمی‌گیرد، و دارو در فهرست دارو وجود نداشته باشد، و شما در دریافت آن با مشکل مواجه باشید، شاید طرح Medi-Cal RX آن را پوشش دهد. اگر دارویی که مصرف می‌کنید جزو داروهای بخش D نباشد و برای دریافت آن لازم باشد که از مقررات مستثنی شوید، و شما در شرایط اورژانسی قرار داشته باشد، طرح Medi-Cal RX ذخیره‌ای حداکثر 72 ساعتی از دارو را پوشش می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر لطفاً به وبسایت Medi-Cal Rx (به نشانی www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید. علاوه بر این می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذینفع Medi-Cal را همراهتان بیاورید.

اگر در خانه سالمندان یا دیگر مراکز مراقبت بلندمدت هستید و به دارویی نیاز دارید که در فهرست دارو نیست یا اگر نمی‌توانید به راحتی دارویی را که نیاز دارید دریافت کنید، ما می‌توانیم به شما کمک کنیم. اگر برای مدت بیش از 90 روز عضو طرح درمانی بوده‌اید، در مرکز مراقبت بلند مدت زندگی کرده‌اید و فوراً به منبع دارو نیاز دارید:

- چه عضو جدید Central Health Medi-Medi Plan I باشید و چه نباشید، ما ذخیره‌ای 31 روزه از داروی مورد نیازتان (مگر اینکه نسخه‌تان برای مدت کمتری باشد) را پوشش می‌دهیم.
- این ذخیره افزون بر ذخیره موقتی است که طی 90 روز اول عضویتتان در طرح Central Health Medi-Medi Plan I به شما اختصاص می‌یابد.

طرح Central Health Medi-Medi Plan I طی 90 روز اول عضویتتان در طرح، که از تاریخ اجراء پوشش‌دهی شما آغاز می‌شود، ذخیره موقت دستکم 31 روزه‌ای را در مراکز نگهداری بلند مدت به شما ارائه می‌دهد (مگر اینکه تعداد داروی نوشته‌شده در نسخه از ذخیره 31 روزه کمتر باشد یا به دلیل محدودیت در تعداد با هدف حفظ ایمنی یا اصلاحیه نحوه مصرف دارو بر مبنای برچسب تأییدشده محصول تعداد کمتری از آنچه در نسخه نوشته شده است پیچیده شود، که در این صورت Central Health Medi-Medi Plan I اجازه می‌دهد تا زمانی که مجموعاً ذخیره‌ای 31 روزه از دارو را دریافت کنید چند بار مجدداً نسخه را دریافت کنید).

B10. آیا می‌توانم درخواست کنم برای من استثناء قائل شوید و دارویم را تحت پوشش قرار دهید؟

بله. می‌توانید از Central Health Medi-Medi Plan I درخواست کنید که استثنائی قائل شود و دارویی را که در لیست دارو موجود نیست تحت پوشش قرار دهد.

همچنین می‌توانید از ما بخواهید تا قوانین را در مورد داروی‌تان تغییر دهیم.

- برای مثال، طرح Central Health Medi-Medi Plan I ممکن است مقدار دارویی را که ما پوشش می‌دهیم محدود کند. اگر داروی‌تان مشمول محدودیت است، می‌توانید از ما بخواهید تا محدودیت مقداری را تغییر دهیم و مقدار بیشتری را پوشش دهیم.
- سایر مثال‌ها: می‌توانید از ما درخواست کنید ممنوعیت‌های درمان مرحله‌ای یا الزام دریافت مجوز قبلی را کنار بگذاریم.

اگر سؤالی دارید، لطفاً طی بازه‌های زمانی زیر از طریق شماره 665-3086 (800)، یا TTY به شماره 711 با Central Health Medicare Plan تماس بگیرید. از تاریخ 1 اکتبر تا 31 مارس: 7 روز هفته، از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی، از تاریخ 1 آوریل تا 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر، به نشانی وبسایت <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary> مراجعه کنید.



B11. چطور می‌توانم درخواست کنم که استثناء قائل شوید؟

برای درخواست استثناء، با خدمات تماس بگیرید. یکی از نمایندگان خدمات اعضاء با شما و پزشکتان همکاری خواهد کرد تا به شما در درخواست استثناء کمک کند. همچنین می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد استثنائات، بخش G2 از فصل 9 از دفترچه راهنمای اعضاء را مطالعه کنید.

B12. فرآیند درخواست استثناء چقدر به طول می‌انجامد؟

نخست باید تجویزکننده داروی شما اظهارنامه‌ای را در جهت حمایت از درخواست شما برای مان ارسال کند، سپس در عرض 72 ساعت از زمان دریافت اظهارنامه تصمیم‌مان را به شما اعلام می‌کنیم. پزشک شما یا سایر افرادی که دارو را برای‌تان تجویز کرده‌اند می‌توانند این اظهارنامه را به شماره 290-1309 (866) فکس کنند یا برای ما پست کنند. علاوه بر این، می‌توانند نخست از طریق تلفن به ما گزارش دهند، و سپس آن را از طریق فکس یا ایمیل ارسال کنند.

اظهارنامه تجویزکننده را به این آدرس ارسال کنید:

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

اگر شما یا تجویزکننده‌تان بر این اعتقاد باشید که مدت زمان 72 ساعت انتظار برای تصمیم‌گیری به سلامت‌تان لطمه می‌زند، می‌توانید درخواست استثنای فوری دهید. این نوعی تصمیم‌گیری سریع‌تر است. اگر تجویزکننده شما از درخواست‌تان حمایت کند، در عرض 24 ساعت از زمان دریافت اظهارنامه تجویزکننده شما تصمیم‌مان را به شما اعلام می‌کنیم.

B13. داروی بدون‌مارک یعنی چه؟

داروهای بدون‌مارک دارای ترکیبات فعالی مشابه داروهای مارک‌دار هستند. آنها معمولاً هزینه کمتری نسبت به داروی مارک‌دار دارند و معمولاً به همان اندازه موثر هستند. آنها معمولاً نام‌های شناخته شده‌ای ندارند. داروهای بدون‌مارک مورد تأیید سازمان غذا و دارو (FDA) هستند. برای بسیاری از داروهای مارک‌دار، نسخه‌های بدون‌مارک در دسترس است. با توجه به قوانین ایالت، معمولاً می‌توان داروهای مارک‌دار را بدون نیاز به نسخه جدید با داروهای بدون‌مارک جایگزین کرد.

طرح Central Health Medi-Medi Plan I هم داروهای مارک‌دار و هم داروهای بدون‌مارک را پوشش می‌دهد.

B14. محصولات بیولوژیکی اصلی چه هستند و چه ارتباطی با محصولات بیوسیمیلار دارند؟

وقتی به داروها اشاره می‌کنیم، ممکن است منظورمان یا دارویی باشد یا محصولی بیولوژیکی. محصولات بیولوژیکی داروهایی هستند که پیچیده‌تر از داروهای معمولی هستند. از آنجائیکه که محصولات بیولوژیکی نسبت به داروهای معمولی پیچیده‌تر هستند، به‌جای اینکه نمونه‌ای بدون‌مارک داشته باشند، نمونه‌های مشابهی تحت عنوان بیوسیمیلار دارند. به‌طور کلی، بیوسیمیلارها عملکردی مشابه محصولات بیولوژیکی اصلی دارند و ممکن است ارزان‌تر باشند. برای برخی از محصولات بیولوژیکی اصلی، جایگزین‌های بیوسیمیلار وجود دارد. برخی بیوسیمیلارها با محصولات بیولوژیکی اصلی قابل جایگزین هستند و، همانطور که داروهای مارک‌دار را با توجه به قوانین ایالت می‌توان در داروخانه بدون نیاز به نسخه با داروهای بدون‌مارک جایگزین کرد، برخی داروهای محصولات بیولوژیکی اصلی را هم می‌توان در داروخانه با نمونه‌های بیوسیمیلار جایگزین کرد.

برای اطلاعات بیشتر در مورد انواع دارو، به فصل 5 از دفترچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.

B15. آیا طرح Central Health Medi-Medi Plan I محصولات غیردارویی بدون نیاز به نسخه را پوشش می‌دهد؟

طرح Central Health Medi-Medi Plan I برخی محصولات بدون نیاز به نسخه غیر دارویی را در صورتی که ارائه‌دهنده شما آنها را به‌صورت نسخه نوشته باشد تحت پوشش قرار می‌دهد.

جهت اطلاع از اینکه کدام محصولات بدون نیاز به نسخه غیر دارویی تحت پوشش قرار دارند، فهرست داروی طرح Central Health Medi-Medi Plan I را مطالعه کنید.

B16. آیا طرح Central Health Medi-Medi Plan I ذخیره بلند مدت داروهای نسخه‌ای را پوشش می‌دهد؟

- برنامه‌های سفارش پستی. طرح ما برنامه سفارش پستی را پیشنهاد می‌دهد، که به شما اجازه می‌دهد ذخیره حداکثر 100 روزه‌ای از داروهای نسخه‌ای‌تان را درب منزل‌تان تحویل بگیرید. مبلغ پرداخت مشترک برای ذخیره 100 روزه مشابه ذخیره یک ماهه است.
- برنامه‌های داروخانه خرده‌فروش 100 روزه. برخی داروخانه‌های خرده‌فروشی هم می‌توانند ذخیره‌ای تا سقف حداکثر 100 روز از داروهای نسخه‌ای تحت پوشش را ارائه دهند. مبلغ پرداخت مشترک برای ذخیره 100 روزه مشابه ذخیره یک ماهه است.

B17. آیا می‌توانم نسخه را از داروخانه محلی‌ام سفارش دهم و درب منزل تحویل بگیرم؟

داروخانه محلی شما شاید قادر باشد نسخه شما را درب منزل به شما تحویل دهد. برای اطلاع از اینکه آیا قابلیت تحویل درب منزل را دارند یا خیر، با داروخانه محلی‌تان تماس بگیرید.

B18. پرداخت مشترک چیست؟

اعضاء Central Health Medi-Medi Plan I در صورت پیروی از مقررات طرح باید بخشی از هزینه داروها و محصولات غیردارویی نسخه‌ای و بدون نیاز به نسخه را بپردازند. برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره داروهای بدون نسخه و محصولات غیردارویی به سوالات B15 و B16 مراجعه کنید.

رده‌ها گروه‌هایی از داروهای موجود در فهرست داروی ما هستند.

- مبلغ پرداخت مشترک برای داروی بدون‌مارک رده 1 برابر با \$0 است.
- مبلغ پرداخت مشترک برای داروی مارک‌دار رده 1 برابر با \$0 است.

تمامی رده‌ها پرداخت مشترک ندارند.

مبلغ پرداخت مشترک برای داروهای بدون نیاز به نسخه برابر با \$0 است.

اگر سؤالی دارید، لطفاً طی بازه‌های زمانی زیر از طریق شماره (800) 665-3086، یا TTY به‌شماره 711 با خدمات اعضاء تماس بگیرید. از تاریخ 1 اکتبر تا 31 مارس: 7 روز هفته، از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به‌وقت محلی، از تاریخ 1 آوریل تا 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به‌وقت محلی.

C. مروری بر فهرست داروهای تحت پوشش

فهرست داروهای تحت پوشش اطلاعاتی را درباره داروهای تحت پوشش Central Health Medi-Medi Plan I به شما ارائه می‌دهد. اگر در یافتن داروی خود در این فهرست مشکل دارید، به فهرست داروهای تحت پوشش که در بخش D شروع می‌شود مراجعه کنید. این فهرست به ترتیب حروف الفبا همه داروهای تحت پوشش طرح Central Health Medi-Medi Plan I را فهرست می‌کند.

اگر سؤالی دارید، لطفاً طی بازه‌های زمانی زیر از طریق شماره (800) 665-3086، یا TTY به‌شماره 711 با Central Health Medicare Plan تماس بگیرید. از تاریخ 1 اکتبر تا 31 مارس: 7 روز هفته، از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به‌وقت محلی، از تاریخ 1 آوریل تا 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به‌وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر، به نشانی وبسایت <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary> مراجعه کنید.



سایر داروها، مثل داروهای بدون نسخه و برخی ویتامین‌ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx باشند. برای کسب اطلاعات بیشتر لطفاً به وبسایت Medi-Cal Rx (به نشانی www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید. علاوه بر این می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذینفع Medi-Cal را همراهتان بیاورید.

درخواست‌های تجدید نظر ذیل بخش D

- در صورتی که فکر می‌کنید تصمیمی که در خصوص پوشش‌دهی خدمات شما گرفته‌ایم اشتباه است، از طریق درخواست تجدید نظر می‌توانید از ما درخواست کنید درباره این تصمیم تجدید نظر کنیم.
- برای مثال، ممکن است تصمیم بگیریم که داروی موردنظرتان تحت پوشش نیست یا دیگر به عنوان داروی تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal تحت پوشش قرار ندارد.
- اگر شما یا پزشک شما با تصمیم ما مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. اگر سؤالی دارید، طی بازه‌های زمانی زیر از طریق شماره 665-3086 (800)، TTY به شماره 711 با خدمات اعضاء تماس بگیرید. از تاریخ 1 اکتبر تا 31 مارس: 7 روز هفته، از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی، از تاریخ 1 آوریل تا 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی.
- همچنین می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد چگونگی درخواست تجدیدنظر، فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا را مطالعه کنید.
- داروهایی که جزو داروهای بخش D نیستند مقررات متفاوتی برای درخواست‌های تجدید نظر دارند.

C1. فهرست داروها بر اساس بیماری

داروها در این بخش بسته به نوع بیماری که برای آن مورد استفاده قرار می‌گیرند، در دسته‌بندی‌های مختلف قرار می‌گیرند. برای مثال، اگر بیماری قلبی دارید، باید در دسته قلبی-عروقی جستجو کنید. داروهایی که برای درمان بیماری‌های قلبی استفاده می‌شوند در این بخش قرار دارند.

در ادامه به معانی کدهای به کار رفته در ستون «اقدامات لازم، محدودیت‌ها، محدودیت‌های استفاده» اشاره می‌کنیم:

PA یا Prior Authorization = مجوز قبلی (تأییدیه): برای دریافت این دارو باید تأییدیه بگیرید.

QL یا Quantity Limits = محدودیت در مقدار: مقدار دارویی که طرح پوشش می‌دهد.

ST یا Step Therapy = درمان مرحله‌ای: قبل از اینکه بتوانید این دارو را دریافت کنید، باید داروی دیگری را امتحان کرده باشید.

NM یا Non-Mail Order = داروی غیر سفارش پستی: این دارو را نمی‌توانید از طریق سفارش پستی دریافت کنید.

B/D = برخی داروها ممکن است، بسته به شرایط، تحت پوشش Medicare بخش D یا بخش B باشد.

LA یا Limited Access Drug = دارو با دسترسی محدود: این دارو ممکن است فقط در داروخانه‌های خاصی در دسترس باشد.

__ = داروهای غیر بخش D، یا اقلام بدون نیاز به نسخه که تحت پوشش Medicaid هستند.

NDS یا Non-Extended Days Supply = ذخیره برای تعداد روزهای محدود: مقدار ذخیره‌ای که می‌توانید دریافت کنید محدود به تعدادی روز خواهد بود.

در ستون اول این جدول، نام داروها فهرست شده است. داروهای بدون مارک با حروف کوچک و فونت کج درج شده‌اند (به‌عنوان مثال، *metformin hcl*) و داروهای مارکدار با حروف بزرگ درج شده‌اند (به‌عنوان مثال، JANUVIA TABS). اطلاعات ارائه‌شده در ستون «اقدامات لازم، ممنوعیت‌ها، یا محدودیت‌های استفاده» اطلاعاتی را درباره قوانینی که احتمالاً Molina Medicare Complete Care Plus بر پوشش‌دهی داروی شما اعمال می‌کند ارائه می‌دهد.

اگر سؤالی دارید، لطفاً طی بازه‌های زمانی زیر از طریق شماره 665-3086 (800)، یا TTY به‌شماره 711 با Central Health Medicare Plan تماس بگیرید. از تاریخ 1 اکتبر تا 31 مارس: 7 روز هفته، از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به‌وقت محلی، از تاریخ 1 آوریل تا 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به‌وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر، به نشانی وبسایت <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary> مراجعه کنید.



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

جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره معنای نمادها و مخفف‌های موجود در این جدول، به شماره صفحه مربوطه مراجعه کنید.

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>efavirenz</i> TABS 600mg	1	NM
<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
ISENRESS CHEW 25mg	1	NM
ISENRESS CHEW 100mg; PACK 100mg; TABS 400mg	1	NDS, NM
ISENRESS 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
ANTI-RETROVIRAL COMBINATION AGENTS		
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
DESCOVY TAB 120-15MG	1	NDS, NM
DESCOVY TAB 200/25MG	1	NDS, NM
DOVATO TAB 50-300MG	1	NDS, NM
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	1	NDS, NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	1	NDS, NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	1	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	1	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	1	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	1	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	1	NM
EVOTAZ TAB 300-150	1	NDS, NM
GENVOYA TAB	1	NDS, NM
JULUCA TAB 50-25MG	1	NDS, NM
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	1	NM
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	1	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	1	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	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		
<i>cycloserine CAPS 250mg</i>	1	NDS
<i>ethambutol hcl TABS 100mg, 400mg</i>	1	
<i>isoniazid SYRP 50mg/5ml; TABS 100mg, 300mg</i>	1	
<i>PRIFTIN TABS 150mg</i>	1	
<i>pyrazinamide TABS 500mg</i>	1	
<i>rifabutin CAPS 150mg</i>	1	
<i>rifampin CAPS 150mg, 300mg; SOLR 600mg</i>	1	
<i>SIRTURO TABS 20mg, 100mg</i>	1	NDS, NM, PA
<i>TRECTOR TABS 250mg</i>	1	
ANTIVIRALS		
<i>acyclovir CAPS 200mg; SUSP 200mg/5ml; TABS 400mg, 800mg</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>acyclovir sodium</i> SOLN 50mg/ml	1	B/D
<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 TBPK 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	

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	1	
<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	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	1	
<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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
GLEOSTINE CAPS 100mg	1	NDS, NM
LEUKERAN TABS 2mg	1	NDS
oxaliplatin SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml; SOLR 50mg	1	B/D
oxaliplatin SOLR 100mg	1	NDS, B/D
VIVIMUSTA SOLN 100mg/4ml	1	NDS, B/D, NM
ANTIMETABOLITES		
azacitidine SUSR 100mg	1	NDS, B/D, NM
cytarabine SOLN 20mg/ml	1	B/D
fluorouracil SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	1	B/D
gemcitabine hcl 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
mercaptopurine SUSP 2000mg/100ml	1	NDS, NM
mercaptopurine TABS 50mg	1	
methotrexate sodium 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
pemetrexed disodium SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	1	NDS, B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	1	NDS, NM
TABLOID TABS 40mg	1	NDS
HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS		
abiraterone acetate TABS 250mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
abiraterone acetate TABS 500mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
abirtega 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
anastrozole TABS 1mg	1	
bicalutamide 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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
EULEXIN CAPS 125mg	1	NDS
<i>exemestane</i> TABS 25mg	1	
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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>doxorubicin hcl</i> SOLN 2mg/ml	1	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> SUSP 2mg/ml	1	NDS, B/D
<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 100mg</i>	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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>bortezomib</i> SOLR 3.5mg	1	NDS, NM, PA
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

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

جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره معنای نمادها و مخفف‌های موجود در این جدول، به شماره صفحه مربوطه مراجعه کنید.

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

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/afl) 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	

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

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		
APTOM TABS 200mg, 400mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
APTOM 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; TDBP 2mg	1	QL (300 tabs / 30 days)
<i>clonazepam</i> TABS .5mg, 1mg; TDBP .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	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD 5mg/0.1ml	1	QL (10 blister packs per 30 days)
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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 40mg/ml	1	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
<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)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i>	1	QL (90 films / 30 days)
<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)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>glipizide</i> TB24 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl</i> TB24 2.5mg, 5mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<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)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
SYNJARDY TAB 5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 12.5-500	1	QL (60 tabs / 30 days)
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)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
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	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TRESIBA SOLN 100unit/ml	1	
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	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	1	
<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	

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (continuous) tab 90-20 mcg</i>	1	
<i>levora 0.15/30-28</i>	1	
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) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml</i>	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 mcg/24hr</i>	1	
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg</i>	1	
<i>norethindrone (contraceptive) TABS .35mg</i>	1	
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	1	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	1	
<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg (24)</i>	1	
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	1	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	1	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>norlyroc TABS .35mg</i>	1	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	1	
<i>nortrel 7/7/7</i>	1	
<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-lynyah</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	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>wymzya fe</i>	1	
<i>xarah fe</i>	1	
<i>xelria fe</i>	1	
<i>xulane</i>	1	
<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	
DEXAMETHASONE INTENSOL 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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>methylprednisolone sod succ</i> SOLR 40mg, 125mg, 1000mg	1	B/D
<i>prednisolone</i> SOLN 15mg/5ml	1	B/D
<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	
PREDNISONE 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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	1	NDS, NM, PA
<i>nitisinone</i> CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	NDS, NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	1	NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	1	NDS, NM, PA
<i>raloxifene hcl</i> TABS 60mg	1	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	1	NDS, NM, PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	1	NDS, NM, PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> 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		
<i>gallifrey</i> TABS 5mg	1	
<i>medroxyprogesterone acetate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>megestrol acetate</i> SUSP 40mg/ml	1	
<i>megestrol acetate (appetite)</i> SUSP 625mg/5ml	1	PA
<i>norethindrone acetate</i> TABS 5mg	1	
<i>progesterone</i> CAPS 100mg, 200mg	1	
THYROID AGENTS		
<i>euthyrox</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1	
<i>levo-t</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
<i>levothyroxine sodium</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
<i>levoxyl</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1	
<i>liothyronine sodium</i> TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	1	
<i>methimazole</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>propylthiouracil</i> TABS 50mg	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
unithroid TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
VITAMIN D ANALOGS		
calcitriol CAPS .25mcg, .5mcg	1	B/D
calcitriol (oral) SOLN 1mcg/ml	1	B/D
paricalcitol CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg	1	B/D
GASTROINTESTINAL		
ANTIEMETICS		
aprepitant CAPS 40mg, 80mg, 125mg	1	B/D
aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg	1	B/D
compro SUPP 25mg	1	
dronabinol CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	B/D, QL (60 caps / 30 days)
granisetron hcl SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	1	
granisetron hcl TABS 1mg	1	B/D
meclizine hcl TABS 12.5mg, 25mg	1	
metoclopramide hcl SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml; TABS 5mg, 10mg	1	
ondansetron TBP 4mg, 8mg	1	B/D
ondansetron hcl SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml; SOSY 4mg/2ml	1	
ondansetron hcl SOLN 4mg/5ml; TABS 4mg, 8mg	1	B/D
prochlorperazine SUPP 25mg	1	
prochlorperazine edisylate SOLN 10mg/2ml	1	
prochlorperazine maleate TABS 5mg, 10mg	1	
promethazine hcl 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
scopolamine 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		
dicyclomine hcl CAPS 10mg; SOLN 10mg/5ml; TABS 20mg	1	
glycopyrrolate TABS 1mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
glycopyrrolate TABS 2mg	1	QL (120 tabs / 30 days)

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

H2-RECEPTOR ANTAGONISTS

<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml; SUSR 40mg/5ml; TABS 20mg, 40mg	1	
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i>	1	
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	1	

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg	1	
<i>budesonide</i> CPEP 3mg	1	QL (90 caps / 30 days), PA
<i>budesonide</i> TB24 9mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> ENEM 100mg/60ml	1	
<i>mesalamine</i> CP24 .375gm	1	QL (120 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> CPDR 400mg	1	QL (180 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm	1	QL (1680 mL / 28 days)
<i>mesalamine</i> SUPP 1000mg	1	QL (30 suppositories / 30 days)
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	1	QL (28 bottles / 28 days)
<i>sulfasalazine</i> TABS 500mg; TBEC 500mg	1	

LAXATIVES

<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>gavilyte-c</i>	1	
<i>gavilyte-g</i>	1	
<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>	1	
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	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	
PLENVU SOL	1	
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	1	

MISCELLANEOUS

<i>alosetron hcl</i> TABS 1mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>alosetron hcl</i> TABS .5mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
CREON CAP 3000UNIT	1	
CREON CAP 6000UNIT	1	
CREON CAP 12000UNT	1	
CREON CAP 24000UNT	1	
CREON CAP 36000UNT	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>cromolyn sodium (mastocytosis) CONC</i> 100mg/5ml	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	
GATTEX KIT 5mg	1	NDS, NM, PA
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>loperamide hcl CAPS 2mg</i>	1	
<i>misoprostol TABS 100mcg, 200mcg</i>	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 TABS 1gm</i>	1	
<i>ursodiol CAPS 300mg; TABS 250mg, 500mg</i>	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 CPDR 20mg, 40mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>lansoprazole CPDR 15mg, 30mg</i>	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>omeprazole CPDR 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>pantoprazole sodium SOLR 40mg; TBEC 20mg, 40mg</i>	1	
<i>rabeprazole sodium TBEC 20mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
GENITOURINARY		
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA		
<i>alfuzosin hcl TB24 10mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>dutasteride CAPS .5mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>finasteride TABS 5mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tadalafil TABS 5mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>tamsulosin hcl CAPS .4mg</i>	1	QL (60 caps / 30 days)
MISCELLANEOUS		
<i>acetic acid SOLN .25%</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	1	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	1	
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)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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)
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	
DOPTelet 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	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
IMMUNOLOGIC AGENTS		
AUTOIMMUNE AGENTS		

ADALIMUMAB-AACF (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
DENGIVAXIA SUS	1	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	1	B/D
ENERIX-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
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	

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	1	
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	1	
<i>potassium chloride</i> SOLN 2meq/ml, 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml	1	
<i>potassium chloride</i> 20 meq/l (0.15%) in <i>dextrose</i> 5% inj	1	
<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</i> 8 TBCR 8meq	1	
<i>klor-con</i> 10 TBCR 10meq	1	
<i>klor-con</i> m10 TBCR 10meq	1	
<i>klor-con</i> m15 TBCR 15meq	1	
<i>klor-con</i> m20 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> <i>er</i> TBCR 10meq, 15meq, 20meq	1	
PRENATAL TAB 27-1MG	1	
PRENATAL TAB PLUS	1	
<i>sodium fluoride</i> chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml <i>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</i> sf 15%	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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
OPHTHALMIC		
ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY		
<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	
<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	
XDEMVEY SOLN .25%	1	NDS, NM, PA
ZIRGAN GEL .15%	1	
ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>bromfenac sodium (ophth) SOLN .07%, .075%</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i> SOLN .1%	1	
<i>diclofenac sodium (ophth)</i> SOLN .1%	1	
<i>difluprednate</i> EMUL .05%	1	
FLAREX SUSP .1%	1	
<i>fluorometholone (ophth)</i> SUSP .1%	1	
<i>flurbiprofen sodium</i> SOLN .03%	1	
<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	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	1	
XIIDRA SOLN 5%	1	
OTIC		
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid (otic) SOLN 2%</i>	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	1	
<i>flac OIL .01%</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide (otic) OIL .01%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	1	
<i>ofloxacin (otic) SOLN .3%</i>	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 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	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 SOLN .02%</i>	1	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal) SOLN .03%, .06%</i>	1	
ANTI-HISTAMINES		
<i>azelastine hcl SOLN .1%</i>	1	
<i>cetirizine hcl SOLN 5mg/5ml</i>	1	QL (300 mL / 30 days)
<i>ciproheptadine hcl SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg</i>	1	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>diphenhydramine hcl SOLN 50mg/ml</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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
<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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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)
<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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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)
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>amnestem</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	
SULFAMYLON CREA 85mg/gm	1	QL (453.6 gm / 30 days)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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)
<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>ketconazole (topical)</i> CREA 2%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>ketconazole (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)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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)
<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)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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)
<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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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. راهنمای داروهای تحت پوشش

در این بخش، با جستجوی نام دارو به ترتیب حروف الفبا می‌توانید داروی مد نظرتان را پیدا کنید. با کمک این راهنما می‌توانید شماره صفحه‌ای را که اطلاعات بیشتری درباره پوشش این دارو در آن درج شده است پیدا کنید.

<i>abacavir sulfate</i>.....24	<i>acyclovir</i> 26	ALCOHOL SWABS: BD-EMBECTA/MHC/RUG BY 64
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i> .....25	<i>acyclovir sodium</i> 27	ALDURAZYME 72
ABELCET .....23	ADACEL INJ..... 82	ALECENSA 33
ABILIFY ASIMTUFII .51	ADALIMUMAB-AACF (2 PEN)..... 79	<i>alendronate sodium</i> 66
ABILIFY MAINTENA .51	ADALIMUMAB-AACF (2 SYRING)..... 79	<i>alfuzosin hcl</i> 76
<i>abiraterone acetate</i> .31	ADALIMUMAB-AACF STARTER P 79	<i>aliskiren fumarate</i> .. 47
<i>abirtega</i> .....31	<i>adefovir dipivoxil</i> ... 27	<i>allopurinol</i> .....20
ABRYSVO .....82	ADMELOG 64	<i>alosetron hcl</i> 75
<i>acamprosate calcium</i> .....61	ADMELOG SOLOSTAR 64	<i>alprazolam</i> .....48
<i>acarbose</i> .....62	ADVAIR HFA AER 115/21 91	<i>altavera</i> 66
<i>accutane</i> .....92	ADVAIR HFA AER 230/21 91	ALUNBRIG 33
<i>acebutolol hcl</i>.....45	ADVAIR HFA AER 45/21 91	ALUNBRIG PAK 33
<i>acetaminophen w/codeine soln 120-12 mg/5ml</i> .....21	<i>afirmelle</i> 66	ALVAIZ 78
<i>acetaminophen w/codeine tab 300-15 mg</i>.....21	AIMOVIG 59	ALVESCO.....91
<i>acetaminophen w/codeine tab 300-30 mg</i>.....21	AIRSUPRA AER 90-80MCG 91	<i>alyacen 1/35</i>.....66
<i>acetaminophen w/codeine tab 300-60 mg</i>.....21	AKEEGA TAB 100/500 31	<i>alyacen 7/7/7</i> .....66
<i>acetazolamide</i> .....46	AKEEGA TAB 50/500MG 31	ALYFTREK TAB 10-50-125.....89
<i>acetic acid</i> .....76	<i>ala-cort</i> 93	ALYFTREK TAB 4-20-50 .....89
<i>acetic acid (otic)</i> .....88	<i>albendazole</i> 22	ALYGLO.....81
<i>acetylcysteine</i> .....89	<i>albuterol sulfate</i> 89	<i>alyq</i> .....47
<i>acitretin</i> .....93	<i>alclometasone dipropionate</i> 93	<i>amantadine hcl</i> 50
ACTHIB INJ.....82		<i>ambrisentan</i> 47
ACTIMMUNE.....82		<i>amethia</i> 66
		<i>amethyst</i>.....66
		<i>amikacin sulfate</i> 22
		<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i> 46
		<i>amiloride hcl</i> 46
		<i>amiodarone hcl</i> 44

اگر سؤالی دارید، لطفاً طی بازه‌های زمانی زیر از طریق شماره 665-3086 (800)، یا TTY به شماره 711 با Central Health Medicare Plan تماس بگیرید. از تاریخ 1 اکتبر تا 31 مارس: 7 روز هفته، از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی، از تاریخ 1 آوریل تا 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر، به نشانی وبسایت <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary> مراجعه کنید.



<i>amitriptyline hcl</i> 49	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i> 42	<i>cap er 24hr 25 mg</i> 57
<i>amlodipine besylate</i> 46	<i>amnestem</i> 92	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i> 58
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i> 41	<i>amoxapine</i> 49	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i> 57
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i> 41	<i>amoxicillin</i> 29	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i> 57
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i> 41	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i> 29	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i> 58
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i> 41	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i> 29	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i> 58
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i> 41	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml ..</i> 29	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i> 58
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i> 41	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i> 29	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i> 58
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i> 42	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i> 29	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i> 58
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i> 42	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i> 29	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i> 58
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i> 42	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i> 29	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i> 58
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i> 42	<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i> 29	<i>amphotericin b</i> 23
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i> 43	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i> 57	<i>amphotericin b liposome</i> 23
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i> 43	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i> 57	<i>ampicillin</i> 29
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i> 42	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i> 57	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i> 29
	<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i> 29
		<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i> 29
		<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i> 29

<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i> .....29	<i>atovaquone</i> 22	<i>baclofen</i> 61
<i>ampicillin sodium</i>....29	<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i> 24	BAFIERTAM 60
<i>anagrelide hcl</i> 78	<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i> 24	<i>balsalazide disodium</i> 75
<i>anastrozole</i> 31	ATROPINE SULFATE 87	BALVERSA 33
ANORO ELLIPT AER 62.5-25 88	<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> 87	<i>balziva</i> 67
<i>aprepitant</i> 74	ATROVENT HFA..... 88	BARACLUDE..... 27
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i> 74	<i>aubra eq</i> 66	BASAGLAR KWIKPEN 64
<i>apri</i> 66	AUGTYRO..... 33	BCG VACCINE 82
APTIOM 54	<i>aurovela 1/20</i> 66	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> ... 41
APTIVUS..... 24	<i>aurovela 24 fe</i> 66	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> ... 41
ARALAST NP 89	<i>aurovela fe 1.5/30</i> . 67	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> 41
<i>aranelle</i> 66	<i>aurovela fe 1/20</i> 67	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i> 41
ARCALYST 82	AUSTEDO..... 60	<i>benazepril hcl</i> 42
AREXVY..... 82	AUSTEDO XR..... 60	BENDAMUSTINE HYDROCHLORID .. 30
ARIKAYCE..... 22	AUSTEDO XR TAB TITR KIT 60	BENDEKA 30
<i>aripiprazole</i> 51	AUVELITY TAB 45-105MG..... 49	BENLYSTA 82
ARISTADA 51	<i>aviane</i> 67	<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i> 92
ARISTADA INITIO... 51	<i>ayuna</i> 67	<i>benztropine mesylate</i> 50
<i>armodafinil</i> 61	AYVAKIT 33	BERINERT 78
ARNUITY ELLIPTA... 91	<i>azacitidine</i> 31	BESIVANCE 86
<i>asenapine maleate</i> .. 51	<i>azathioprine</i> 82	BESREMI 32
<i>ashlyna</i> 66	<i>azelastine hcl</i> 88	<i>betaine powder for oral solution</i> 72
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i> 78	<i>azelastine hcl (ophth)</i> 87	<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> 93
ASTAGRAF XL 82	<i>azithromycin</i> 28	
<i>atazanavir sulfate</i> ... 24	<i>aztreonam</i> 22	
<i>atenolol</i> 45	<i>azurette</i> 67	
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i> 45	<i>bacitracin (ophthalmic)</i> 86	
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i> 45	<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i> 86	
<i>atomoxetine hcl</i> 58	<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i> 86	
<i>atorvastatin calcium</i> 44		

اگر سؤالی دارید، لطفاً طی بازه‌های زمانی زیر از طریق شماره 665-3086 (800)، یا TTY به شماره 711 با Central Health Medicare Plan تماس بگیرید. از تاریخ 1 اکتبر تا 31 مارس: 7 روز هفته، از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی، از تاریخ 1 آوریل تا 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر، به نشانی وبسایت <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary> مراجعه کنید.



<i>betamethasone</i>	BREO ELLIPTA INH 50-	<i>buprenorphine hcl-</i>
<i>dipropionate</i>	25MCG 91	<i>naloxone hcl sl film</i>
<i>augmented</i> 93	<i>breyana</i> 91	<i>8-2 mg (base equiv)</i>
<i>betamethasone</i>	BREZTRI AERO AER	 62
<i>valerate</i> 93	SPHERE 88	<i>buprenorphine hcl-</i>
BETASERON..... 60	BREZTRI AERO AER	<i>naloxone hcl sl tab</i>
<i>betaxolol hcl</i> 45	SPHERE	<i>2-0.5 mg (base</i>
<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	(INSTITUTIONAL	<i>equiv)</i> 62
..... 87	PACK) 88	<i>buprenorphine hcl-</i>
<i>bethanechol chloride</i>	<i>briellyn</i> 67	<i>naloxone hcl sl tab</i>
..... 77	BRILINTA..... 78	<i>8-2 mg (base equiv)</i>
BETOPTIC-S..... 87	<i>brimonidine tartrate</i> 87	 62
BEVESPI AER 9-	<i>brinzolamide</i> 87	<i>bupropion hcl</i> 49
4.8MCG 88	BRIVIACT..... 54	<i>bupropion hcl</i>
<i>bexarotene</i> 32	<i>bromfenac sodium</i>	<i>(smoking deterrent)</i>
<i>bexarotene (topical)</i> 94	(<i>ophth</i>) 86	 62
BEXSERO..... 82	<i>bromocriptine</i>	<i>buspirone hcl</i> 48
<i>bicalutamide</i> 31	<i>mesylate</i> 50	<i>butorphanol tartrate</i> 21
BICILLIN L-A..... 29	BRONCHITOL 90	<i>cabergoline</i> 72
BIKTARVY TAB 30-	BRUKINSA 34	CABOMETYX 34
120-15 MG..... 25	<i>budesonide</i> 75	<i>calcipotriene</i> 93
BIKTARVY TAB 50-	<i>budesonide</i>	<i>calcitonin (salmon)</i>
200-25 MG..... 25	(<i>inhalation</i>) 91	<i>spray</i> 66
<i>bisoprolol &</i>	<i>budesonide-formoterol</i>	<i>calcitrene</i> 93
<i>hydrochlorothiazide</i>	<i>fumarate dihyd</i>	<i>calcitriol</i> 74
<i>tab 10-6.25 mg</i> ... 45	<i>aerosol 160-4.5</i>	<i>calcitriol (oral)</i> 74
<i>bisoprolol &</i>	<i>mcg/act</i> 92	CALQUENCE..... 34
<i>hydrochlorothiazide</i>	<i>budesonide-formoterol</i>	<i>camila</i> 67
<i>tab 2.5-6.25 mg</i> .. 45	<i>fumarate dihyd</i>	<i>camrese</i> 67
<i>bisoprolol &</i>	<i>aerosol 80-4.5</i>	<i>camrese lo</i> 67
<i>hydrochlorothiazide</i>	<i>mcg/act</i> 91	<i>candesartan cilexetil</i> 44
<i>tab 5-6.25 mg</i> 45	<i>bumetanide</i> 46	<i>candesartan cilexetil-</i>
<i>bisoprolol fumarate</i> . 45	<i>buprenorphine</i> 20	<i>hydrochlorothiazide</i>
BIVIGAM 81	<i>buprenorphine hcl</i> .. 61	<i>tab 16-12.5 mg</i> ... 43
<i>blisovi 24 fe</i> 67	<i>buprenorphine hcl-</i>	<i>candesartan cilexetil-</i>
<i>blisovi fe 1.5/30</i> 67	<i>naloxone hcl sl film</i>	<i>hydrochlorothiazide</i>
BOOSTRIX INJ 82	<i>12-3 mg (base</i>	<i>tab 32-12.5 mg</i> ... 43
<i>bortezomib</i> 34	<i>equiv)</i> 62	<i>candesartan cilexetil-</i>
BORTEZOMIB..... 33	<i>buprenorphine hcl-</i>	<i>hydrochlorothiazide</i>
<i>bosentan</i> 47	<i>naloxone hcl sl film</i>	<i>tab 32-25 mg</i> 43
BOSULIF..... 34	<i>2-0.5 mg (base</i>	CAPLYTA 51
BRAFTOVI..... 34	<i>equiv)</i> 62	CAPRELSA 34
BREO ELLIPTA INH	<i>buprenorphine hcl-</i>	<i>captopril</i> 42
100-25 91	<i>naloxone hcl sl film</i>	<i>captopril &</i>
BREO ELLIPTA INH	<i>4-1 mg (base equiv)</i>	<i>hydrochlorothiazide</i>
200-25 91	 62	<i>tab 25-15 mg</i> 41

<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	41	<i>31.25-125-200 mg</i>	50	<i>ceftriaxone sodium</i> .	28
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	41	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	50	<i>cefuroxime axetil</i>	28
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	42	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	50	<i>cefuroxime sodium</i> .	28
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i>	50	<i>carboplatin</i>	30	<i>celecoxib</i>	20
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	50	<i>carglumic acid</i>	72	<i>cephalexin</i>	28
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	50	<i>carisoprodol</i>	61	CEQR SIMPL KIT PATCH 2U (3-DAY)	64
<i>carbamazepine</i>	54	<i>carteolol hcl (ophth)</i>	87	CEQR SIMPL KIT PATCH 2U (4-DAY)	64
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	50	<i>cartia xt</i>	46	CEQR SIMPL MIS INSERTER.....	64
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	50	<i>carvedilol</i>	45	CERDELGA.....	72
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	50	<i>casprofungin acetate</i>	23	CEREZYME.....	72
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	50	CAYSTON.....	22	<i>cetirizine hcl</i>	88
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	50	<i>cefaclor</i>	27	<i>cevimeline hcl</i>	95
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i> ..	50	<i>cefadroxil</i>	27	<i>chateal eq</i>	67
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	50	CEFAZOLIN	27	CHEMET	66
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	50	CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML.....	27	<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>	95
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i>		<i>cefazolin sodium</i>	27	<i>chloroquine phosphate</i>	24
		CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4% ..	27	<i>chlorpromazine hcl</i> .	51
		CEFAZOLIN/DEX SOL 1GM/50ML-4% ...	28	<i>chlorthalidone</i>	46
		CEFAZOLIN/DEX SOL 2GM/50ML-3% ...	28	<i>cholestyramine</i>	44
		CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/150ML-4% ..	28	<i>cholestyramine light</i>	44
		CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/50ML-2% ...	28	<i>ciclopirox</i>	93
		<i>cefdinir</i>	28	<i>ciclopirox olamine</i> ...	93
		<i>cefepime hcl</i>	28	<i>cilostazol</i>	78
		<i>cefixime</i>	28	CILOXAN	86
		<i>cefotetan disodium</i> .	28	CIMDUO TAB 300-300	25
		<i>cefoxitin sodium</i>	28	<i>cinacalcet hcl</i>	72
		<i>cefpodoxime proxetil</i>	28	<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	28
		<i>cefprozil</i>	28	<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	28
		<i>ceftazidime</i>	28	<i>ciprofloxacin hcl</i>	28

اگر سؤالی دارید، لطفاً طی بازه‌های زمانی زیر از طریق شماره 665-3086 (800)، یا TTY به شماره 711 با Central Health Medicare Plan تماس بگیرید. از تاریخ 1 اکتبر تا 31 مارس: 7 روز هفته، از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی، از تاریخ 1 آوریل تا 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر، به نشانی وبسایت <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary> مراجعه کنید.



<i>ciprofloxacin hcl</i> (ophth).....86	CLINOLIPID EMU 20% 85	COMETRIQ KIT 100MG 34
<i>ciprofloxacin-</i> <i>dexamethasone otic</i> <i>susp 0.3-0.1% ....88</i>	<i>clobazam</i> 54	COMETRIQ KIT 140MG 34
<i>cisplatin</i> 30	<i>clobetasol propionate</i> 93, 94	COMPLERA TAB 25
<i>citalopram</i> <i>hydrobromide</i> 49	<i>clobetasol propionate</i> <i>e</i> 94	<i>compro</i> 74
<i>claravis</i> 92	<i>clomipramine hcl</i> ... 49	<i>constulose</i> 75
<i>clarithromycin</i> 28	<i>clonazepam</i> 54	COPAXONE 60
<i>clindamycin hcl</i> 22	<i>clonidine</i> 47	COPIKTRA 34
<i>clindamycin palmitate</i> <i>hydrochloride</i> 22	<i>clonidine hcl</i> 47	CORLANOR 47
<i>clindamycin phosphate</i> 22	<i>clopidogrel bisulfate</i> 78	COSENTYX 79
<i>clindamycin phosphate</i> (topical) 92	<i>clorazepate</i> <i>dipotassium</i> 54	COSENTYX SENSOREADY PEN79
<i>clindamycin phosphate</i> <i>in d5w iv soln 300</i> <i>mg/50ml</i> 22	<i>clotrimazole</i> 95	COSENTYX UNOREADY 79
<i>clindamycin phosphate</i> <i>in d5w iv soln 600</i> <i>mg/50ml</i> 22	<i>clotrimazole (topical)</i> 93	COTELLIC 34
<i>clindamycin phosphate</i> <i>in d5w iv soln 900</i> <i>mg/50ml</i> 22	<i>clotrimazole w/</i> <i>betamethasone</i> <i>cream 1-0.05% .. 93</i>	CREON CAP 12000UNT 75
<i>clindamycin phosphate</i> <i>vaginal</i> 77	<i>clozapine</i> 51	CREON CAP 24000UNT 75
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML 22	COARTEM TAB 20- 120MG..... 24	CREON CAP 3000UNIT 75
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML 22	COBENFY CAP 100- 20MG 51	CREON CAP 36000UNT 75
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML 22	COBENFY CAP 125- 30MG 52	CREON CAP 6000UNIT 75
CLINIMIX INJ 4.25/D10 85	COBENFY CAP 50- 20MG 51	<i>cromolyn sodium</i> 90
CLINIMIX INJ 4.25/D5W 85	COBENFY STRT CAP PACK 52	<i>cromolyn sodium</i> (mastocytosis) 76
CLINIMIX INJ 5%/D15W 85	<i>colchicine</i> 20	<i>cromolyn sodium</i> (ophth) 87
CLINIMIX INJ 5%/D20W 85	<i>colchicine w/</i> <i>probenecid tab 0.5-</i> <i>500 mg</i> 20	<i>cryselle-28</i> 67
CLINIMIX INJ 6/5 ... 85	<i>colesevelam hcl</i> 44	<i>cyclobenzaprine hcl</i> 61
CLINIMIX INJ 8/10.. 85	<i>colestipol hcl</i> 45	<i>cyclophosphamide</i> .. 30
CLINIMIX INJ 8/14.. 85	<i>colistimethate sodium</i> 22	CYCLOPHOSPHAMIDE 30
<i>clinisol sf 15%</i> 85	COMBIGAN SOL 0.2/0.5% 87	CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR 30
	COMBIVENT AER 20- 100 88	<i>cycloserine</i> 26
	COMETRIQ (60MG DOSE) 34	<i>cyclosporine</i> 82
		<i>cyclosporine modified</i> (for microemulsion) 82
		<i>cyproheptadine hcl</i> . 88
		<i>cyred eq</i> 67
		CYSTADROPS..... 87

CYSTAGON	72	<i>desmopressin acetate</i>	<i>dextrose 5% w/</i>
CYSTARAN	87	<i>spray refrigerated</i>	<i>sodium chloride</i>
cytarabine	31	<i>desogest-eth estrad &</i>	<i>0.225%.....</i>
D10W/NACL INJ 0.2%		<i>eth estrad tab 0.15-</i>	<i>dextrose 5% w/</i>
.....	84	<i>0.02/0.01 mg(21/5)</i>	<i>sodium chloride</i>
D2.5W/NACL INJ		.....	<i>0.3%</i>
0.45%.....	84	<i>desvenlafaxine</i>	<i>dextrose 5% w/</i>
<i>dabigatran etexilate</i>		<i>succinate</i>	<i>sodium chloride</i>
<i>mesylate</i>	77	<i>dexamethasone</i>	<i>0.45%.....</i>
<i>dalfampridine</i>	60	DEXAMETHASONE	<i>dextrose 5% w/</i>
<i>danazol</i>	62	INTENSOL	<i>sodium chloride</i>
<i>dantrolene sodium ..</i>	61	<i>dexamethasone</i>	<i>0.9%</i>
DANZITEN	34	<i>sodium phosphate</i>	DIACOMIT
<i>dapsone</i>	22	71	<i>diazepam</i>
DAPTACEL INJ	82	<i>dexamethasone</i>	<i>diazepam</i>
<i>daptomycin</i>	22	<i>sodium phosphate</i>	<i>(anticonvulsant) ..</i>
DAPTOMYCIN	22	<i>(ophth)</i>	<i>diazepam inj.....</i>
<i>darunavir</i>	24	DEXCOM G6 MIS	<i>diazepam intensol ..</i>
<i>dasatinib</i>	34	RECEIVER	<i>diazoxide.....</i>
<i>dasetta 1/35</i>	67	95	72
<i>dasetta 7/7/7.....</i>	67	DEXCOM G6 MIS	<i>diclofenac potassium</i>
DAURISMO	34	SENSOR.....	.....
<i>daysee</i>	67	95	20
DAYVIGO.....	58	DEXCOM G6 MIS	<i>diclofenac sodium...</i>
<i>deblitane</i>	67	TRANSMIT	20
<i>deferasirox</i>	66	96	<i>diclofenac sodium</i>
DELSTRIGO TAB	25	DEXCOM G7 MIS	<i>(ophth)</i>
DENGVAIXA SUS	83	RECEIVER	87
DEPO-SUBQ PROVERA		96	<i>diclofenac sodium</i>
104.....	67	DEXCOM G7 MIS	<i>(topical)</i>
<i>depo-testosterone ..</i>	62	SENSOR.....	94
DESCOVY TAB 120-		<i>dexmethylphenidate</i>	<i>dicloxacin sodium.</i>
15MG	26	<i>hcl</i>	29
DESCOVY TAB		<i>dextrose</i>	<i>dicyclomine hcl</i>
200/25MG	26	85	74
<i>desipramine hcl</i>	49	<i>dextrose 10% w/</i>	DIFICID
<i>desmopressin acetate</i>		<i>sodium chloride</i>	20
.....	72	<i>0.45%</i>	<i>diflunisal</i>
<i>desmopressin acetate</i>		84	87
<i>spray</i>	72	<i>dextrose 2.5% w/</i>	<i>digoxin.....</i>
		<i>sodium chloride</i>	47
		<i>0.45%</i>	<i>dihydroergotamine</i>
		84	<i>mesylate</i>
		<i>dextrose 5% in</i>	DILANTIN.....
		<i>lactated ringers...</i>	55
		84	<i>diltiazem hcl</i>
		<i>dextrose 5% w/</i>	<i>diltiazem hcl coated</i>
		<i>sodium chloride</i>	<i>beads.....</i>
		<i>0.2%</i>	46
		84	<i>diltiazem hcl extended</i>
			<i>release beads.....</i>
			46
			<i>dilt-xr</i>
			46

اگر سؤالی دارید، لطفاً طی بازه‌های زمانی زیر از طریق شماره 665-3086 (800)، یا TTY به شماره 711 با Central Health Medicare Plan تماس بگیرید. از تاریخ 1 اکتبر تا 31 مارس: 7 روز هفته، از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی، از تاریخ 1 آوریل تا 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر، به نشانی وبسایت <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary> مراجعه کنید.

DIP/TET PED INJ 25-5LFU	83	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	67	<i>eluryng</i>	67
<i>diphenhydramine hcl</i>	88	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	67	EMGALITY	59
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml</i>	76	<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.02-0.451 mg</i>	67	EMSAM	49
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i>	76	<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.03-0.451 mg</i>	67	<i>emtricitabine</i>	25
<i>dipyridamole</i>	78	<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.03-0.451 mg</i>	67	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i> ..	26
<i>disopyramide phosphate</i>	44	<i>droxidopa</i>	47	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i> ..	26
<i>disulfiram</i>	62	DULERA AER 100-5MCG	92	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i> ..	26
<i>divalproex sodium</i> ..	55	DULERA AER 200-5MCG	92	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i> ..	26
<i>docetaxel</i>	33	DULERA AER 50-5MCG	92	EMTRIVA	25
DOCETAXEL	33	<i>duloxetine hcl</i>	49	EMVERM	22
DOCIVYX	33	DUPIXENT	79	<i>emzahh</i>	67
<i>dofetilide</i>	44	<i>dutasteride</i>	76	<i>enalapril maleate</i>	42
<i>dolishale</i>	67	<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	76	<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	42
<i>donepezil hydrochloride</i>	48	<i>e.e.s. 400</i>	28	<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	42
DOPTLET	78	<i>econazole nitrate</i> ...	93	ENBREL	79
<i>dorzolamide hcl</i>	87	EDURANT	24	ENBREL MINI	79
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 2-0.5%</i>	87	<i>efavirenz</i>	25	ENBREL SURECLICK ..	79
<i>dotti</i>	71	<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	26	<i>endocet tab 10-325mg</i>	21
DOVATO TAB 50-300MG	26	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	26	<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	21
<i>doxazosin mesylate</i> ..	42	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	26	<i>endocet tab 5-325mg</i>	21
<i>doxepin hcl</i>	49	ELIGARD	31	<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	21
<i>doxepin hcl (sleep)</i> .	58	<i>elinest</i>	67	ENGERIX-B	83
<i>doxorubicin hcl</i>	33	ELIQUIS	77	<i>enilloring</i>	67
<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	33	ELIQUIS STARTER PACK	77	<i>enoxaparin sodium</i> .	77
<i>doxy 100</i>	30			<i>enpresse-28</i>	67
<i>doxycycline (monohydrate)</i>	30			<i>enskyce</i>	67
<i>doxycycline hyclate</i> .	30			ENSTILAR AER	93
DRIZALMA SPRINKLE	49			<i>entacapone</i>	50
<i>dronabinol</i>	74			<i>entecavir</i>	27

ENTRESTO CAP 15-16MG.....	43	<i>erythromycin base</i> .	28	<i>everolimus</i> (<i>immunosuppressant</i>).....	82
ENTRESTO CAP 6-6MG.....	43	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	28	EVOTAZ TAB 300-150.....	26
ENTRESTO TAB 24-26MG.....	43	<i>erythromycin lactobionate</i>	28	<i>exemestane</i>	32
ENTRESTO TAB 49-51MG.....	43	<i>escitalopram oxalate</i>	49	EYSUVIS	87
ENTRESTO TAB 97-103MG.....	43	<i>esomeprazole</i>	76	<i>ezetimibe</i>	45
<i>enulose</i>	75	<i>magnesium</i>	76	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	45
EPCLUSA PAK 150-37.5.....	27	<i>estarylla</i>	67	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	45
EPCLUSA PAK 200-50MG.....	27	<i>estradiol</i>	71	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	45
EPCLUSA TAB 200-50MG.....	27	<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	71	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	45
EPCLUSA TAB 400-100.....	27	<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	71	FABRAZYME.....	72
EPIDIOLEX.....	55	<i>estradiol vaginal</i>	71	<i>falmina</i>	67
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	47, 90	<i>estradiol valerate</i> ...	71	<i>famciclovir</i>	27
<i>epitol</i>	55	<i>eszopiclone</i>	58	<i>famotidine</i>	75
<i>eplerenone</i>	42	<i>ethambutol hcl</i>	26	<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i>	75
EPRONTIA	55	<i>ethosuximide</i>	55	FANAPT.....	52
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	59	<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	67	FANAPT PAK	52
ERIVEDGE	34	<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	67	FARXIGA	62
ERLEADA.....	31	<i>etodolac</i>	20	FASENRA.....	90
<i>erlotinib hcl</i>	34, 35	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	67	FASENRA PEN	90
<i>errin</i>	67	<i>etoposide</i>	33	<i>feirza 1.5/30</i>	67
<i>ertapenem sodium</i> ..	22	<i>etravirine</i>	25	<i>feirza 1/20</i>	67
<i>ery</i>	92	EULEXIN	32	<i>felbamate</i>	55
<i>ery-tab</i>	28	<i>euthyrox</i>	73	<i>felodipine</i>	46
ERYTHROCIN LACTOBIONATE ...	28	<i>everolimus</i>	35	<i>fenofibrate</i>	44
<i>erythromycin (acne aid)</i>	92			<i>fenofibrate micronized</i>	44
<i>erythromycin (ophth)</i>	86			<i>fentanyl</i>	20
				<i>fesoterodine fumarate</i>	77
				FETZIMA	49
				FETZIMA CAP TITRATIO	49

اگر سؤالی دارید، لطفاً طی بازه‌های زمانی زیر از طریق شماره 665-3086 (800)، یا TTY به شماره 711 با Central Health Medicare Plan تماس بگیرید. از تاریخ 1 اکتبر تا 31 مارس: 7 روز هفته، از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی، از تاریخ 1 آوریل تا 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر، به نشانی وبسایت <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary> مراجعه کنید.



FIASP.....	64	<i>fluticasone-salmeterol</i>		FYCOMPA	55
FIASP FLEXTOUCH..	64	<i>aer powder ba 100-</i>		<i>gabapentin</i>	55
FIASP PENFILL	64	<i>50 mcg/act.....</i>	92	<i>galantamine</i>	
FIASP PUMPCART ...	64	<i>fluticasone-salmeterol</i>		<i>hydrobromide</i>	48
<i>finasteride</i>	76	<i>aer powder ba 250-</i>		<i>gallifrey</i>	73
<i> fingolimod hcl</i>	60	<i>50 mcg/act.....</i>	92	GAMASTAN INJ	81
FINTEPLA	55	<i>fluticasone-salmeterol</i>		GAMMAGARD LIQUID	
<i>finzala</i>	68	<i>aer powder ba 500-</i>		.....	81
FIRMAGON	32	<i>50 mcg/act.....</i>	92	GAMMAGARD S/D IGA	
<i>flac</i>	88	<i>fluvoxamine maleate</i>		LESS TH	81
FLAREX	87	.....	48	GAMMAKED	81
FLEBOGAMMA DIF ..	81	<i>fondaparinux sodium</i>		GAMMAPLEX	81
<i>flecainide acetate</i> ...	44	.....	77	GAMUNEX-C	81
<i>fluconazole</i>	24	<i>fosamprenavir calcium</i>		<i>ganciclovir sodium</i> ..	27
<i>fluconazole in nacl</i>		.....	25	GARDASIL 9	83
<i>0.9% inj 200</i>		<i>fosinopril sodium</i> ...	42	<i>gatifloxacin (ophth)</i>	86
<i>mg/100ml.....</i>	24	<i>fosinopril sodium &</i>		GATTEX.....	76
<i>fluconazole in nacl</i>		<i>hydrochlorothiazide</i>		GAUZE PADS 2.....	64
<i>0.9% inj 400</i>		<i>tab 10-12.5 mg ..</i>	42	<i>gavilyte-c</i>	75
<i>mg/200ml.....</i>	24	<i>fosinopril sodium &</i>		<i>gavilyte-g</i>	75
<i>flucytosine</i>	24	<i>hydrochlorothiazide</i>		<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	
<i>fludrocortisone acetate</i>		<i>tab 20-12.5 mg ..</i>	42	.....	75
.....	71	FOTIVDA.....	35	GAVRETO	35
<i>flunisolide (nasal)</i> ...	91	FREESTY LIBR KIT 2		<i>gefitinib</i>	35
<i>fluocinolone acetonide</i>		SENSOR.....	96	<i>gemcitabine hcl</i>	31
.....	94	FREESTY LIBR KIT 3		<i>gemfibrozil</i>	44
<i>fluocinolone acetonide</i>		SENSOR.....	96	GEMTESA	77
<i>(otic)</i>	88	FREESTY LIBR KIT		<i>generlac</i>	75
<i>fluocinonide</i>	94	SENSOR.....	96	<i>gengraf</i>	82
<i>fluocinonide emulsified</i>		FREESTY LIBR MIS 2		GENOTROPIN.....	72
<i>base</i>	94	READER	96	GENOTROPIN	
<i>fluorometholone</i>		FREESTY LIBR MIS 3		MINIQUICK.....	72
<i>(ophth)</i>	87	READER	96	<i>gentamicin in saline</i>	
<i>fluorouracil</i>	31	FREESTYLE MIS		<i>inj 0.8 mg/ml.....</i>	22
<i>fluorouracil (topical)</i>		READER	96	<i>gentamicin in saline</i>	
.....	94, 95	FRINDOVYX.....	30	<i>inj 1 mg/ml.....</i>	22
<i>fluoxetine hcl</i>	49	FRUZAQLA	35	<i>gentamicin in saline</i>	
<i>fluphenazine</i>		FULPHILA.....	78	<i>inj 1.2 mg/ml.....</i>	22
<i>decanoate</i>	52	<i>fulvestrant</i>	32	<i>gentamicin in saline</i>	
<i>fluphenazine hcl</i>	52	<i>furosemide</i>	46	<i>inj 1.6 mg/ml.....</i>	22
<i>flurbiprofen</i>	20	<i>furosemide inj</i>	46	<i>gentamicin in saline</i>	
<i>flurbiprofen sodium</i> ..	87	FUZEON.....	25	<i>inj 2 mg/ml.....</i>	22
<i>fluticasone propionate</i>		<i>fyavolv tab 0.5mg-</i>		<i>gentamicin sulfate</i> ..	22
.....	94	<i>2.5mcg</i>	71	<i>gentamicin sulfate</i>	
<i>fluticasone propionate</i>		<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>		<i>(ophth)</i>	86
<i>(nasal)</i>	91	.....	71		

<i>gentamicin sulfate</i> (topical) 92	<i>haloperidol lactate</i> . 52	<i>hydrocodone-</i>
GENVOYA TAB..... 26	HARVONI PAK 33.75-	<i>acetaminophen tab</i>
GILOTRIF 35	150MG..... 27	10-325 mg 21
<i>glatiramer acetate</i> .60,	HARVONI PAK 45-	<i>hydrocodone-</i>
61	200MG..... 27	<i>acetaminophen tab</i>
<i>glatopa</i> 61	HARVONI TAB 45-	5-325 mg 21
GLEOSTINE..... 30, 31	200MG..... 27	<i>hydrocodone-</i>
<i>glimepiride</i> 62	HARVONI TAB 90-	<i>acetaminophen tab</i>
<i>glipizide</i> 62, 63	400MG..... 27	7.5-325 mg 21
<i>glipizide xl</i> 63	HAVRIX 83	<i>hydrocodone-</i>
<i>glipizide-metformin hcl</i>	<i>heather</i> 68	<i>ibuprofen tab</i> 7.5-
<i>tab 2.5-250 mg</i> ... 63	HEP SOD/NACL INJ	200 mg 21
<i>glipizide-metformin hcl</i>	25000UNT 77	<i>hydrocortisone</i> 71
<i>tab 2.5-500 mg</i> ... 63	<i>heparin sodium</i>	<i>hydrocortisone</i>
<i>glipizide-metformin hcl</i>	(porcine)..... 77	(intrarectal) 75
<i>tab 5-500 mg</i> 63	HEPLISAV-B 83	<i>hydrocortisone (rectal)</i>
<i>glycopyrrolate</i> 74	HERCEP HYLEC SOL	 95
<i>glydo</i> 94	60-10000 35	<i>hydrocortisone</i>
GLYXAMBI TAB 10-5	HERCEPTIN 35	(topical) 94
MG..... 63	HERZUMA 35	<i>hydrocortisone sod</i>
GLYXAMBI TAB 25-5	HIBERIX 83	<i>succinate</i> 71
MG..... 63	HUMIRA 79	<i>hydrocortisone</i>
GOMEKLI 35	HUMIRA PEN 79	<i>valerate</i> 94
<i>granisetron hcl</i> 74	HUMIRA PEN KIT	<i>hydromorphone hcl</i> . 21
<i>griseofulvin microsize</i>	PS/UV 79	<i>hydroxychloroquine</i>
..... 24	HUMIRA PEN-	<i>sulfate</i> 81
<i>griseofulvin</i>	CD/UC/HS START 79	<i>hydroxyurea</i> 33
<i>ultramicrosize</i> 24	HUMIRA PEN-	<i>hydroxyzine hcl</i> 89
<i>guanfacine hcl</i> 47	PEDIATRIC UC S . 79	<i>hydroxyzine pamoate</i>
<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	HUMULIN R U-500	 89
..... 58	(CONCENTR..... 64	<i>ibandronate sodium</i> 66
HAEGARDA 78	HUMULIN R U-500	IBRANCE 35
<i>hailey 1.5/30</i> 68	KWIKPEN 64	<i>ibu</i> 20
<i>hailey 24 fe</i> 68	<i>hydralazine hcl</i> 47	<i>ibuprofen</i> 20
<i>halobetasol propionate</i>	<i>hydrochlorothiazide</i> 46	<i>icatibant acetate</i> 78
..... 94	<i>hydrocodone bitartrate</i>	<i>iclevia</i> 68
<i>haloette</i> 68	 20	ICLUSIG..... 35
<i>haloperidol</i> 52	<i>hydrocodone-</i>	IDACIO (2 PEN) 79
<i>haloperidol decanoate</i>	<i>acetaminophen soln</i>	IDACIO (2 SYRINGE)
..... 52	7.5-325 mg/15ml 21	 80

اگر سؤالی دارید، لطفاً طی بازه‌های زمانی زیر از طریق شماره 665-3086 (800)، یا TTY به شماره 711 با Central Health Medicare Plan تماس بگیرید. از تاریخ 1 اکتبر تا 31 مارس: 7 روز هفته، از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی، از تاریخ 1 آوریل تا 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر، به نشانی وبسایت <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary> مراجعه کنید.



IDACIO CROHN INJ DISEASE..... 80	<i>ipratropium bromide</i> (nasal)..... 88	JARDIANCE..... 63
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS 80	<i>ipratropium-albuterol</i> <i>nebu soln 0.5-2.5(3)</i> <i>mg/3ml</i> 88	<i>jasmiel</i> 68
IDHIFA..... 35	<i>irbesartan</i> 44	<i>javygtor</i> 72
<i>imatinib mesylate</i> ... 35	<i>irbesartan-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 150-12.5 mg.</i> 43	JAYPIRCA 36
IMBRUVICA..... 35, 36	<i>irbesartan-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 300-12.5 mg.</i> 43	JENTADUETO TAB 2.5- 1000 63
<i>imipenem-cilastatin</i> <i>intravenous for soln</i> <i>250 mg</i> 22	<i>irinotecan hcl</i> 33	JENTADUETO TAB 2.5- 500..... 63
<i>imipenem-cilastatin</i> <i>intravenous for soln</i> <i>500 mg</i> 22	ISENTRESS 25	JENTADUETO TAB 2.5- 850..... 63
<i>imipramine hcl</i> 49	ISENTRESS HD 25	JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG..... 63
<i>imiquimod</i> 95	<i>isibloom</i> 68	JENTADUETO TAB XR 5-1000MG 63
IMKELDI 36	ISOLYTE-P INJ /D5W 84	<i>jinteli</i> 71
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) 83	ISOLYTE-S INJ PH 7.4 84	<i>jolessa</i> 68
IMPAVIDO 22	<i>isoniazid</i> 26	<i>juleber</i> 68
INBRIJA 51	<i>isosorbide dinitrate</i> 47	JULUCA TAB 50-25MG 26
<i>incassia</i> 68	<i>isosorbide mononitrate</i> 47	<i>junel 1.5/30</i> 68
INCRELEX..... 72	<i>isotretinoin</i> 92	<i>junel 1/20</i> 68
INCRUSE ELLIPTA... 88	<i>isradipine</i> 46	<i>junel fe 1.5/30</i> 68
<i>indapamide</i> 46	ITOVEBI 36	<i>junel fe 1/20</i> 68
INFANRIX INJ..... 83	<i>itraconazole</i> 24	<i>junel fe 24</i> 68
INFLIXIMAB 80	<i>ivabradine hcl</i> 47	JYLAMVO 81
INLYTA..... 36	<i>ivermectin</i> 22	JYNNEOS..... 83
INQOVI TAB 35- 100MG 31	IWILFIN 33	KADCYLA..... 36
INREBIC..... 36	IXCHIQ INJ 83	<i>kaitlib fe</i> 68
INSULIN PEN NEEDLES: BD- EMBECTA..... 64	IXIARO INJ 83	KALYDECO..... 90
INSULIN SAFETY NEEDLES: BD- EMBECTA..... 64	JAKAFI 36	KANJINTI 36
INSULIN SYRINGES: BD-EMBECTA 64	<i>jantoven</i> 77	<i>kariva</i> 68
INTELENCE 25	JANUMET TAB 50- 1000 63	<i>kcl 10 meq/l (0.075%)</i> <i>in dextrose 5% &</i> <i>nacl 0.45% inj</i> 84
INTRALIPID 85	JANUMET TAB 50- 500MG..... 63	<i>kcl 20 meq/l (0.149%)</i> <i>in nacl 0.45% inj</i> . 84
<i>introvale</i> 68	JANUMET XR TAB 100- 1000 63	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i> <i>in dextrose 5% &</i> <i>nacl 0.2% inj</i> 84
INVEGA HAFYERA ... 52	JANUMET XR TAB 50- 1000 63	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i> <i>in dextrose 5% &</i> <i>nacl 0.45% inj</i> 84
INVEGA SUSTENNA. 52	JANUMET XR TAB 50- 500MG..... 63	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i> <i>in dextrose 5% &</i> <i>nacl 0.9% inj</i> 84
INVEGA TRINZA 52	JANUVIA 63	
IPOL INJ INACTIVE . 83		
<i>ipratropium bromide</i> 88		

<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i> <i>in nacl 0.45% inj</i> .84	<i>klor-con 10</i> 85	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE 37
<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i> <i>in nacl 0.9% inj</i> ... 84	<i>klor-con 8</i> 85	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE 37
<i>kcl 30 meq/l (0.224%)</i> <i>in dextrose 5% &</i> <i>nacl 0.45% inj</i> 84	<i>klor-con m10</i> 85	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE 37
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i> <i>dextrose 5% & nacl</i> <i>0.45% inj</i> 84	<i>klor-con m15</i> 85	LENVIMA CAP 14 MG 37
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i> <i>dextrose 5% & nacl</i> <i>0.9% inj</i> 84	KOSELUGO..... 36	LENVIMA CAP 18 MG 37
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i> <i>nacl 0.9% inj</i> 84	<i>kourzeq</i> 95	LENVIMA CAP 24 MG 37
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9% 84	KRAZATI..... 36	<i>lessina</i> 68
<i>kelnor 1/35</i> 68	<i>kurvelo</i> 68	<i>letrozole</i> 32
<i>kelnor 1/50</i> 68	<i>labetalol hcl</i> 45	<i>leucovorin calcium</i> .. 41
KERENDIA 42	<i>lacosamide</i> 55	LEUKERAN..... 31
KESIMPTA 61	<i>lacosamide oral</i> 55	<i>leuprolide acetate</i> ... 32
<i>ketoconazole</i> 24	<i>lactated ringer's</i> <i>solution</i> 84	<i>levabuterol hcl</i> 89
<i>ketoconazole (topical)</i> 93	<i>lactic acid (ammonium</i> <i>lactate)</i> 95	<i>levabuterol tartrate</i> 89
<i>ketorolac</i> <i>tromethamine</i> <i>(ophth)</i> 87	<i>lactulose</i> 75	<i>levetiracetam</i> 55
KEYTRUDA..... 36	<i>lactulose</i> <i>(encephalopathy)</i> 75	LEVETIRACETAM 55
KINRIX INJ 83	<i>lamivudine</i> 25	<i>levetiracetam in</i> <i>sodium chloride iv</i> <i>soln 1000 mg/100ml</i> 55
<i>kionex</i> 66	<i>lamivudine (hbv)</i> ... 27	<i>levetiracetam in</i> <i>sodium chloride iv</i> <i>soln 1500 mg/100ml</i> 55
KISQALI 200 DOSE. 36	<i>lamivudine-zidovudine</i> <i>tab 150-300 mg</i> .. 26	<i>levetiracetam in</i> <i>sodium chloride iv</i> <i>soln 500 mg/100ml</i> 55
KISQALI 200 PAK FEMARA..... 36	<i>lamotrigine</i> 55	<i>levobunolol hcl</i> 87
KISQALI 400 DOSE. 36	<i>lanreotide acetate</i> .. 72	<i>levocarnitine</i> <i>(metabolic</i> <i>modifiers)</i> 72
KISQALI 400 PAK FEMARA..... 36	<i>lansoprazole</i> 76	<i>levocetirizine</i> <i>dihydrochloride</i> ... 89
KISQALI 600 DOSE. 36	<i>lapatinib ditosylate</i> . 36	<i>levofloxacin</i> 28
KISQALI 600 PAK FEMARA..... 36	<i>larin 1.5/30</i> 68	
<i>klayesta</i> 93	<i>larin 1/20</i> 68	
<i>klor-con</i> 85	<i>larin 24 fe</i> 68	
	<i>larin fe 1.5/30</i> 68	
	<i>larin fe 1/20</i> 68	
	<i>latanoprost</i> 87	
	<i>layolis fe</i> 68	
	LAZCLUZE..... 36	
	<i>leflunomide</i> 81	
	<i>lenalidomide</i> 32	
	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE 37	
	LENVIMA 12MG DAILY DOSE 37	

اگر سؤالی دارید، لطفاً طی بازه‌های زمانی زیر از طریق شماره 665-3086 (800)، یا TTY به شماره 711 با Central Health Medicare Plan تماس بگیرید. از تاریخ 1 اکتبر تا 31 مارس: 7 روز هفته، از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی، از تاریخ 1 آوریل تا 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر، به نشانی وبسایت <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary> مراجعه کنید.

<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml/28</i>	<i>lidocaine</i> 94	<i>lorazepam intensol</i> .48
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	<i>lidocaine hcl</i> 94	LORBRENA 37
.....29	<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> 20	<i>loryna</i> 69
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> 95	<i>losartan potassium</i> .44
.....29	<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i> . 94	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i> .43
<i>levonest</i> .....68	<i>lidocan</i> 94	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i> ....43
<i>levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg &eth est 0.01 mg</i> .68	LILETTA 69	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i> ...43
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>.....68	<i>linezolid</i> 22, 23	LOTEMAX 87
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i> ...68	LINEZOLID INJ 2MG/ML 23	<i>loteprednol etabonate</i> 87
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i> ..68	LINZESS 76	<i>lovastatin</i> 44
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i> .....68	<i>liothyronine sodium</i> 73	<i>low-ogestrel</i> 69
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (continuous) tab 90-20 mcg</i>.....69	<i>lisinopril</i> 42	<i>loxapine succinate</i> .. 52
<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i> .....68	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> .. 42	LUMAKRAS 37
<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i> .....68	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> .. 42	LUMIGAN 87
<i>levora 0.15/30-28</i> ..69	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> 42	LUMIZYME 72
<i>levo-t</i>.....73	<i>lithium</i> 60	LUPRON DEPOT (1-MONTH) 32
<i>levothyroxine sodium</i> .....73	<i>lithium carbonate</i> ... 60	LUPRON DEPOT (3-MONTH) 32
<i>levoxyl</i> .....73	LIVTENCITY..... 27	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) 72
<i>l-glutamine (sickle cell)</i> .....78	<i>loestrin 1.5/30-21</i> .. 69	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) 73
	<i>loestrin 1/20-21</i> 69	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) 73
	<i>loestrin fe 1.5/30</i> ... 69	<i>lurasidone hcl</i> 52
	<i>loestrin fe 1/20</i> 69	<i>lutra</i> 69
	LOKELMA 66	LYBALVI TAB 10-10MG 52
	LONSURF TAB 15-6.14 31	LYBALVI TAB 15-10MG 52
	LONSURF TAB 20-8.19 31	LYBALVI TAB 20-10MG 52
	<i>loperamide hcl</i> 76	LYBALVI TAB 5-10MG 52
	<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i> ... 26	<i>lyleq</i> 69
	<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i> 26	<i>lyllana</i> 71
	<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i> 26	LYNPARZA 37
	<i>lorazepam</i> 48	LYSODREN 32

LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) .....37	<i>memantine hcl- donepezil hcl cap er 24hr 14-10 mg ... 48</i>	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg 45</i>
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) .....37	<i>memantine hcl- donepezil hcl cap er 24hr 21-10 mg ... 48</i>	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg 45</i>
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) .....37	<i>memantine hcl- donepezil hcl cap er 24hr 28-10 mg ... 48</i>	<i>metoprolol succinate 45</i>
<i>lyza .....69</i>	MENACTRA INJ 83	<i>metoprolol tartrate .45</i>
<i>magnesium sulfate .84</i>	MENQUADFI 83	<i>metronidazole 23</i>
MAGNESIUM SULFATE.....84	MENVEO INJ..... 83	<i>metronidazole (topical) 95</i>
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml.....84</i>	MENVEO SOL..... 83	<i>metronidazole vaginal 77</i>
<i>malathion .....95</i>	<i>mercaptapurine 31</i>	<i>metyrosine 47</i>
<i>maraviroc .....25</i>	<i>meropenem..... 23</i>	<i>mibelas 24 fe 69</i>
<i>marlissa .....69</i>	<i>mesalamine 75</i>	<i>micafungin sodium .24</i>
MARPLAN .....49	<i>mesalamine w/ cleanser 75</i>	<i>microgestin 1.5/30 .69</i>
MATULANE.....33	<i>mesna 41</i>	<i>microgestin 1/20 69</i>
MAVYRET PAK 50- 20MG .....27	MESNEX..... 41	<i>microgestin fe 1.5/30 69</i>
MAVYRET TAB 100- 40MG .....27	<i>metformin hcl..... 63</i>	<i>microgestin fe 1/20 69</i>
<i>meclizine hcl .....74</i>	<i>methadone hcl..... 21</i>	<i>midodrine hcl 47</i>
<i>medroxyprogesterone acetate .....73</i>	<i>methadone hydrochloride i 21</i>	MIEBO 87
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) ....69</i>	<i>methazolamide 46</i>	<i>mifepristone (hyperglycemia) .. 73</i>
<i>mefloquine hcl 24</i>	<i>methenamine hippurate 23</i>	<i>mili..... 69</i>
<i>megestrol acetate..32, 73</i>	<i>methimazole 73</i>	<i>mimvey..... 71</i>
<i>megestrol acetate (appetite) 73</i>	<i>methocarbamol 61</i>	<i>minocycline hcl 30</i>
MEKINIST .....37	<i>methotrexate sodium 31, 81</i>	<i>minoxidil 47</i>
MEKTOVI.....37	<i>methsuximide..... 55</i>	<i>mirtazapine 49</i>
<i>meloxicam .....20</i>	<i>methylphenidate hcl58</i>	<i>misoprostol 76</i>
<i>memantine hcl 48</i>	<i>methylprednisolone 71</i>	MITIGARE..... 20
<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack .48</i>	<i>methylprednisolone acetate 71</i>	M-M-R II INJ..... 83
	<i>methylprednisolone sod succ..... 72</i>	M-NATAL PLUS TAB 85
	<i>methyltestosterone 62</i>	<i>modafinil 61</i>
	<i>metoclopramide hcl 74</i>	<i>moexipril hcl 42</i>
	<i>metolazone 46</i>	<i>molindone hcl 52</i>

اگر سؤالی دارید، لطفاً طی بازه‌های زمانی زیر از طریق شماره 665-3086 (800)، یا TTY به شماره 711 با Central Health Medicare Plan تماس بگیرید. از تاریخ 1 اکتبر تا 31 مارس: 7 روز هفته، از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی، از تاریخ 1 آوریل تا 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر، به نشانی وبسایت <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary> مراجعه کنید.

<i>mometasone furoate</i>	<i>naratriptan hcl</i>	NICOTROL INHALER
.....94	NATACYN.....	NICOTROL NS.....
MONJUVI.....	<i>nateglinide</i>	<i>nifedipine</i>
<i>mono-lynyah</i>	NAYZILAM.....	<i>nikki</i>
<i>montelukast sodium</i>	<i>nebivolol hcl</i>	<i>nilutamide</i>
89	<i>necon 0.5/35-28</i>	<i>nimodipine</i>
<i>morphine sulfate</i>	<i>nefazodone hcl</i>	NINLARO.....
21	<i>neomycin sulfate</i> ...	<i>nitazoxanide</i>
MOUNJARO.....	<i>neomycin-bacitrac zn-</i>	<i>nitisinone</i>
MOVANTIK.....	<i>polymyx 5(3.5)mg-</i>	NITRO-BID.....
<i>moxifloxacin hcl</i>	<i>400unt-10000unt op</i>	<i>nitrofurantoin</i>
29	<i>oin</i>	<i>macrocrystal</i>
<i>moxifloxacin hcl</i>	<i>neomycin-polymy-</i>	<i>nitrofurantoin</i>
<i>(ophth)</i>	<i>gramicid op sol</i>	<i>monohyd macro</i> ..
86	<i>1.75-10000-</i>	<i>nitroglycerin</i>
<i>moxifloxacin hcl 400</i>	<i>0.025mg-unt-mg/ml</i>	<i>nitroglycerin (intra-</i>
<i>mg/250ml in sodium</i>	.....	<i>anal)</i>
<i>chloride 0.8% inj</i> .29	<i>neomycin-polymyxin-</i>	<i>nizatidine</i>
MRESVIA.....	<i>dexamethasone</i>	<i>nora-be</i>
83	<i>ophth oint 0.1%</i> ..	69
MULTAQ.....	<i>neomycin-polymyxin-</i>	<i>norelgestromin-ethinyl</i>
44	<i>dexamethasone</i>	<i>estradiol td ptwk</i>
<i>multiple electrolytes</i>	<i>ophth susp 0.1%</i> ..	150-35 mcg/24hr
<i>ph 5.5</i>	<i>neomycin-polymyxin-</i>	69
84	<i>hc ophth susp</i>	<i>norethindrone &</i>
<i>multiple electrolytes</i>	<i>neomycin-polymyxin-</i>	<i>ethinyl estradiol-fe</i>
<i>ph 7.4</i>	<i>hc otic soln 1%</i> ... 88	<i>chew tab 0.4 mg-35</i>
84	<i>neomycin-polymyxin-</i>	<i>mcg</i>
<i>mupirocin</i>	<i>hc otic susp 3.5</i>	69
92	<i>mg/ml-10000</i>	<i>norethindrone</i>
<i>mycophenolate mofetil</i>	<i>unit/ml-1%</i>	<i>(contraceptive)</i>
82	<i>neo-polycin 5(3.5)mg-</i>	69
<i>mycophenolate</i>	<i>400unt-10000unt op</i>	<i>norethindrone ace &</i>
<i>sodium</i>	<i>oin</i>	<i>ethinyl estradiol tab</i>
82	<i>neo-polycin hc ophth</i>	<i>1 mg-20 mcg</i>
MYRBETRIQ.....	<i>oint 1%</i>	69
77	NERLYNX.....	<i>norethindrone ace &</i>
<i>nabumetone</i>	<i>nevirapine</i>	<i>ethinyl estradiol-fe</i>
20	25	<i>tab 1 mg-20 mcg</i> ..
<i>nadolol</i>	NEXLETOL.....	69
45	NEXLIZET TAB	<i>norethindrone ace-eth</i>
<i>nafcillin sodium</i>	180/10MG.....	<i>estradiol-fe chew tab</i>
29	45	<i>1 mg-20 mcg (24)</i>
NAGLAZYME.....	NEXPLANON.....	69
73	69	<i>norethindrone acetate</i>
<i>nalbuphine hcl</i>	<i>niacin</i>	.....
21	<i>(antihyperlipidemic)</i>	<i>norethindrone acetate-</i>
<i>naloxone hcl</i>.....	.....	<i>ethinyl estradiol tab</i>
62	<i>nicardipine hcl</i>	<i>0.5 mg-2.5 mcg</i> ..
<i>naltrexone hcl</i>	46	71
62		<i>norethindrone acetate-</i>
NAMZARIC CAP 14-		<i>ethinyl estradiol tab</i>
10MG.....		<i>1 mg-5 mcg</i>
48		71
NAMZARIC CAP 21-		
10MG.....		
48		
NAMZARIC CAP 28-		
10MG.....		
48		
NAMZARIC CAP 7-		
10MG.....		
48		
NAMZARIC CAP PACK		
.....		
48		
<i>naproxen</i>		
20		
<i>naproxen dr</i>		
20		
<i>naproxen sodium</i>		
20		

<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	69	NULOJIX	82	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	43
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	69	NUPLAZID	52	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	43
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	69	NURTEC	59	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	43
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	69	NUTRILIPID	85	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	43
<i>norlyroc</i>	69	NUZYRA	30	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	43
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	69	<i>nyamyc</i>	93	<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i> ..	45
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	70	<i>nylia 1/35</i>	70	<i>omeprazole</i>	76
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	70	<i>nylia 7/7/7</i>	70	OMNIPOD 5 DX KIT INT G7G6	65
<i>nortrel 7/7/7</i>	70	<i>nystatin</i>	24	OMNIPOD 5 DX MIS POD G7G6	65
<i>nortriptyline hcl</i>	49	<i>nystatin (mouth-throat)</i>	95	OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO	65
NORVIR	25	<i>nystatin (topical)</i> ...	93	OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	65
NOVOLIN INJ 70/30	64	<i>nystop</i>	93	OMNIPOD 5 LB KIT INTRO G6	65
NOVOLIN INJ 70/30 FP	64	<i>ocella</i>	70	OMNIPOD 5 LB MIS PODS G6	65
NOVOLIN N	65	OCTAGAM	82	OMNIPOD DASH KIT INTRO	65
NOVOLIN N FLEXPEN	65	<i>octreotide acetate</i> ..	73	OMNIPOD DASH MIS PODS	65
NOVOLIN R	65	ODEFSEY TAB	26		
NOVOLIN R FLEXPEN	65	ODOMZO	37		
NOVOLOG	65	OFEV	90		
NOVOLOG FLEXPEN	65	<i>ofloxacin (ophth)</i> ...	86		
NOVOLOG MIX INJ 70/30	65	<i>ofloxacin (otic)</i>	88		
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	65	OGIVRI	38		
NOVOLOG PENFILL	65	OGSIVEO	38		
NUBEQA	32	OJEMDA	38		
NUDEXTA CAP 20-10MG	60	OJJAARA	38		
		<i>olanzapine</i>	52, 53		
		<i>olmesartan medoxomil</i>	44		
		<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> ..	43		
		<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i> ..	43		
		<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	43		

اگر سؤالی دارید، لطفاً طی بازه‌های زمانی زیر از طریق شماره 665-3086 (800)، یا TTY به شماره 711 با Central Health Medicare Plan تماس بگیرید. از تاریخ 1 اکتبر تا 31 مارس: 7 روز هفته، از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی، از تاریخ 1 آوریل تا 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر، به نشانی وبسایت <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary> مراجعه کنید.



OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY.....65	oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg 21	peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm 75
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY.....65	oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg 21	PEGASYS..... 27
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY.....65	oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg 21	PEMAZYRE..... 38
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY.....65	OXYCONTIN 21	pemetrexed disodium 31
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY.....65	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 63	PENBRAYA INJ 83
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY.....65	OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) 63	penicillamine 66
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY.....65	OZEMPIC (1MG/DOSE) 63	penicillin g potassium 29
OMNIPOD MIS CLASSIC.....65	OZEMPIC (2MG/DOSE) 63	penicillin g sodium .. 29
ondansetron 74	pacrone 44	penicillin v potassium 29
ondansetron hcl 74	paclitaxel 33	PENTACEL INJ 83
ONTRUZANT 38	paclitaxel inj 100mg 33	pentamidine isethionate inh 23
ONUREG..... 31	paliperidone 53	pentamidine isethionate inj 23
OPIPZA 53	pamidronate disodium 66	pentoxifylline 78
OPSUMIT..... 47	PAMIDRONATE DISODIUM 66	perindopril erbumine 42
ORGOVYX..... 32	PANRETIN 95	periogard 95
ORKAMBI GRA 100- 125.....90	pantoprazole sodium 76	permethrin 95
ORKAMBI GRA 150- 188.....90	PANZYGA..... 82	perphenazine 53
ORKAMBI GRA 75- 94MG.....90	paricalcitol 74	pfizerpen..... 29
ORKAMBI TAB 100- 125.....90	paroxetine hcl 49	phenelzine sulfate .. 49
ORKAMBI TAB 200- 125.....90	PAXLOVID PAK 27	phenobarbital 56
ORSERDU 32	PAXLOVID TAB 150- 100 27	phenobarbital sodium 56
oseltamivir phosphate 27	PAXLOVID TAB 300- 100 27	phenytek..... 56
oxacillin sodium..... 29	pazopanib hcl 38	phenytoin 56
oxaliplatin..... 31	PEDIARIX INJ 0.5ML83	phenytoin sodium... 56
oxcarbazepine 56	PEDVAX HIB..... 83	phenytoin sodium extended 56
oxybutynin chloride 77	peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm 75	PHESGO SOL 38
oxycodone hcl 21		philith 70
oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg..... 21		PIFELTRO 25
		pilocarpine hcl..... 87
		pilocarpine hcl (oral) 95
		pimecrolimus 95
		pimozide 53
		pimtreea 70
		pindolol..... 45
		pioglitazone hcl 63

<i>pioglitazone hcl- metformin hcl tab 15-500 mg.....</i>	<i>soln 10000 unit/ml- 0.1%.....</i>	<i>PRENATAL TAB PLUS</i>
63	86	85
<i>pioglitazone hcl- metformin hcl tab 15-850 mg.....</i>	<i>POMALYST</i>	<i>prevalite</i>
63	32	45
<i>piperacillin sod- tazobactam na for inj 3.375 gm (3- 0.375 gm)</i>	<i>portia-28</i>	<i>PREVYMIS</i>
30	70	27
<i>piperacillin sod- tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	<i>posaconazole.....</i>	<i>PREZCOBIX TAB 800- 150.....</i>
30	24	26
<i>piperacillin sod- tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	<i>POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ .</i>	<i>PREZISTA.....</i>
30	85	25
<i>piperacillin sod- tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	<i>POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ ...</i>	<i>PRIFTIN</i>
30	84	26
<i>piperacillin sod- tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	<i>POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ ...</i>	<i>primaquine phosphate</i>
30	85	24
<i>PIQRAY 200MG DAILY DOSE</i>	<i>potassium chloride .</i>	<i>PRIMAQUINE PHOSPHATE</i>
38	85	24
<i>PIQRAY 250MG TAB DOSE</i>	<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj ..</i>	<i>primidone.....</i>
38	85	56
<i>PIQRAY 300MG DAILY DOSE</i>	<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i>	<i>PRIORIX INJ</i>
38	85	83
<i>pirfenidone</i>	<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>	<i>PRIVIGEN.....</i>
90	77	82
<i>piroxicam</i>	<i>pramipexole dihydrochloride ...</i>	<i>probenecid</i>
20	51	20
<i>plenamine</i>	<i>prasugrel hcl</i>	<i>prochlorperazine</i>
85	78	74
<i>PLENVU SOL</i>	<i>pravastatin sodium</i>	<i>prochlorperazine edisylate</i>
75	44	74
<i>podofilox</i>	<i>praziquantel</i>	<i>maleate.....</i>
95	23	74
<i>polycin ophth oint... </i>	<i>prazosin hcl.....</i>	<i>PROCRIT</i>
86	42	78
<i>polymyxin b sulfate</i>	<i>prednisolone</i>	<i>proctocort</i>
23	72	95
<i>polymyxin b- trimethoprim ophth</i>	<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	<i>procto-med hc</i>
	87	95
	<i>PREDNISOLONE SODIUM PHOSP ..</i>	<i>proctozone-hc.....</i>
	87	95
	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	<i>progesterone</i>
	72	73
	<i>prednisone</i>	<i>PROGRAF</i>
	72	82
	<i>PREDNISON INTENSOL</i>	<i>PROLASTIN-C</i>
	72	90
	<i>pregabalin.....</i>	<i>PROLIA</i>
	56	66
	<i>PREMASOL SOL 10%</i>	<i>promethazine hcl....</i>
	85	74
	<i>PRENATAL TAB 27- 1MG</i>	<i>propafenone hcl</i>
	85	44
		<i>proparacaine hcl.....</i>
		87
		<i>propranolol hcl</i>
		46
		<i>propylthiouracil</i>
		73
		<i>PROQUAD INJ</i>
		83
		<i>PROSOL INJ 20% ...</i>
		85
		<i>protriptyline hcl.....</i>
		49
		<i>PULMOZYME</i>
		90
		<i>PURIXAN</i>
		31
		<i>pyrazinamide</i>
		26

اگر سؤالی دارید، لطفاً طی بازه‌های زمانی زیر از طریق شماره 665-3086 (800)، یا TTY به شماره 711 با Central Health Medicare Plan تماس بگیرید. از تاریخ 1 اکتبر تا 31 مارس: 7 روز هفته، از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی، از تاریخ 1 آوریل تا 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر، به نشانی وبسایت <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary> مراجعه کنید.

<i>pyridostigmine</i>	<i>rifabutin</i>	<i>sharobel</i>
<i>bromide</i>	<i>rifampin</i>	SHINGRIX
<i>pyrimethamine</i>	<i>riluzole</i>	SIGNIFOR
PYZCHIVA.....	<i>rimantadine</i>	SIKLOS
QINLOCK.....	<i>hydrochloride</i>	<i>sildenafil citrate</i>
QUADRACEL INJ 0.5ML	RINVOQ.....	(<i>pulmonary</i>
.....	RINVOQ LQ.....	<i>hypertension</i>)
<i>quetiapine fumarate</i>	<i>risedronate sodium</i>	<i>silver sulfadiazine</i> ...
<i>quinapril hcl</i>	<i>risperidone</i>	SIMBRINZA SUS 1-
<i>quinidine sulfate</i>	<i>risperidone</i>	0.2%
<i>quinine sulfate</i>	<i>microspheres</i>	<i>simliya</i>
QULIPTA.....	<i>ritonavir</i>	<i>simpesse</i>
RABAVERT INJ	<i>rivaroxaban</i>	<i>simvastatin</i>
<i>rabeprazole sodium</i>	<i>rivastigmine</i>	<i>sirolimus</i>
RALDESY	<i>rivastigmine tartrate</i>	SIRTURO.....
<i>raloxifene hcl</i> .....	.....	SKYRIZI.....
<i>ramipril</i>	<i>rivelsa</i>	SKYRIZI PEN
<i>ranolazine</i>	<i>rizatriptan benzoate</i>	<i>sod sulfate-pot sulf-</i>
<i>rasagiline mesylate</i> ..	ROCKLATAN DRO...	<i>mg sulf oral sol</i>
<i>reclipsen</i>	<i>roflumilast</i>	17.5-3.13-1.6
RECOMBIVAX HB....	ROMVIMZA.....	<i>gm/177ml</i>
REGRANEX	<i>ropinirole</i>	<i>sodium chloride</i>
RELENZA DISKHALER	<i>hydrochloride</i>	<i>sodium chloride (gu</i>
.....	<i>rosuvastatin calcium</i>	<i>irrigant</i>)
RELISTOR.....	ROTARIX SUS.....	<i>sodium fluoride chew;</i>
REMICADE	ROTATEQ SOL	<i>tab; 1.1 (0.5 f)</i>
RENFLEXIS	<i>roweepra</i>	<i>mg/ml soln</i>
<i>repaglinide</i>	ROZLYTREK.....	SODIUM OXYBATE..
REPATHA	RUBRACA.....	<i>sodium phenylbutyrate</i>
REPATHA	<i>rufinamide</i> .....	.....
PUSHTRONEX	RUKOBIA	<i>sodium polystyrene</i>
SYSTEM.....	RYBELSUS.....	<i>sulfonate powder</i> ..
REPATHA SURECLICK	RYDAPT	<i>solifenacin succinate</i>
.....	<i>sajazir</i>	77
RESTASIS.....	SANTYL	SOLIQUEA INJ 100/33
RESTASIS MULTIDOSE	<i>sapropterin</i>	.....
.....	<i>dihydrochloride</i> ...	65
RETEVMO	SCEMBLIX.....	SOLTAMOX
REVUFORJ	<i>scopolamine</i>	SOLU-CORTEF.....
REXULTI.....	SECUADO	SOMATULINE DEPOT
REYATAZ	<i>selegiline hcl</i> .....	.....
REZLIDHIA	<i>selenium sulfide</i>	SOMAVERT
REZUROCK	SELZENTRY	<i>sorafenib tosylate</i> ...
RHOPRESSA.....	SEREVENT DISKUS	39
<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	<i>sertraline hcl</i>	<i>sotalol hcl</i>
.....	<i>setlakin</i>	44
27	70	<i>sotalol hcl (afib/afl)</i>
		44
		SOTYKTU
		80
		<i>spironolactone</i>
		42

<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i> 46	<i>sumatriptan succinate</i> 59, 60	<i>tarina 24 fe</i> 70
<i>sprintec 28</i> 70	<i>sunitinib malate</i> 39	<i>tarina fe 1/20 eq</i> 70
<i>SPRITAM</i> 56	<i>SUNLENCA</i> 25	<i>TASIGNA</i> 39
<i>sps</i> 66	<i>syeda</i> 70	<i>tasimelteon</i> 58
<i>sps rectal</i> 66	<i>SYMDEKO TAB 100-150</i> 90	<i>TAVNEOS</i> 78
<i>sronyx</i> 70	<i>SYMDEKO TAB 50-75MG</i> 90	<i>tazarotene</i> 93
<i>ssd</i> 92	<i>SYMPAZAN</i> 56	<i>tazicef</i> 28
<i>STELARA</i> 80	<i>SYMTUZA TAB</i> 26	<i>TAZORAC</i> 93
<i>STIVARGA</i> 39	<i>SYNAREL</i> 73	<i>TAZVERIK</i> 39
<i>streptomycin sulfate</i> 23	<i>SYNJARDY TAB 12.5-1000MG</i> 64	<i>TECENTRIQ</i> 39
<i>STRIBILD TAB</i> 26	<i>SYNJARDY TAB 12.5-500</i> 64	<i>TECENTRIQ INJ HYBREZA</i> 39
<i>subvenite</i> 56	<i>SYNJARDY TAB 5-1000MG</i> 64	<i>TEFLARO</i> 28
<i>sucralfate</i> 76	<i>SYNJARDY TAB 5-500MG</i> 63	<i>telmisartan</i> 44
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> 92	<i>SYNJARDY XR TAB 10-1000</i> 64	<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i> 43
<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i> 86	<i>SYNJARDY XR TAB 12.5-1000</i> 64	<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i> 43
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i> 86	<i>SYNJARDY XR TAB 25-1000</i> 64	<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i> 43
<i>sulfadiazine</i> 23	<i>SYNTHROID</i> 74	<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i> 43
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml</i> ... 23	<i>TABLOID</i> 31	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i> ... 43
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i> ... 23	<i>TABRECTA</i> 39	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i> ... 43
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg</i> 23	<i>tacrolimus</i> 82	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i> 43
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg</i> 23	<i>tacrolimus (topical)</i> 95	<i>temazepam</i> 59
<i>SULFAMYLLON</i> 92	<i>tadalafil</i> 76	<i>TENIVAC INJ 5-2LF</i> . 83
<i>sulfasalazine</i> 75	<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i> 48	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> 25
<i>sulindac</i> 20	<i>TAFINLAR</i> 39	<i>TEPMETKO</i> 39
<i>sumatriptan</i> 59	<i>TAGRISSO</i> 39	<i>terazosin hcl</i> 42
	<i>TALZENNA</i> 39	
	<i>tamoxifen citrate</i> ... 32	
	<i>tamsulosin hcl</i> 76	

اگر سؤالی دارید، لطفاً طی بازه‌های زمانی زیر از طریق شماره 665-3086 (800)، یا TTY به شماره 711 با Central Health Medicare Plan تماس بگیرید. از تاریخ 1 اکتبر تا 31 مارس: 7 روز هفته، از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی، از تاریخ 1 آوریل تا 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر، به نشانی وبسایت <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary> مراجعه کنید.

<i>terbinafine hcl</i> 24	TOUJEO MAX	<i>triderm</i> 94
<i>terbutaline sulfate</i> .. 89	SOLOSTAR 65	<i>trientine hcl</i> 66
<i>terconazole vaginal</i> .. 77	TOUJEO SOLOSTAR 65	<i>tri-estarylla</i> 70
TERIPARATIDE 66	TPN ELECTROL INJ . 85	<i>trifluoperazine hcl</i> ... 53
<i>testosterone</i> 62	TRADJENTA..... 64	<i>trifluridine</i> 86
<i>testosterone cypionate</i> 62	<i>tramadol hcl</i> 21	<i>trihexyphenidyl hcl</i> . 51
<i>testosterone</i> <i>enantate</i> 62	<i>tramadol-</i> <i>acetaminophen tab</i> 37.5-325 mg 21	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG 64
<i>testosterone pump</i> . 62	<i>trandolapril</i> 42	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5- 1000MG 64
<i>tetrabenazine</i> 60	<i>tranexamic acid</i> 78	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG 64
<i>tetracycline hcl</i> 30	<i>tranylcypromine</i> <i>sulfate</i> 50	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG 64
THALOMID 32	TRAVASOL INJ 10% 85	TRIKAFTA PAK 59.5MG 90
THEO-24 90	TRAZIMERA..... 39	TRIKAFTA PAK 75MG 91
<i>theophylline</i> 90	<i>trazodone hcl</i> 50	TRIKAFTA TAB 100- 50-75MG & 150MG 91
<i>thioridazine hcl</i> 53	TRECATOR 26	TRIKAFTA TAB 50-25- 37.5MG & 75MG .. 91
<i>thiothixene</i> 53	TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG 88	<i>tri-legend fe</i> 70
<i>tiadylt er</i> 46	TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG 88	<i>tri-lynyah</i> 70
<i>tiagabine hcl</i> 56	TREMFYA 80	<i>tri-lo-estarylla</i> 70
TIBSOVO 39	TREMFYA INDUCTION PACK FO 80	<i>tri-lo-marzia</i> 70
<i>ticagrelor</i> 78	<i>treprostinil</i> 48	<i>tri-lo-mili</i> 70
TICOVAC 83	TRESIBA 66	<i>tri-lo-sprintec</i> 70
<i>tigecycline</i> 30	TRESIBA FLEXTOUCH 66	<i>trimethoprim</i> 23
<i>tilia fe</i> 70	<i>tretinoin</i> 92	<i>tri-mili</i> 70
<i>timolol maleate</i> 46	<i>tretinoin</i> (chemotherapy) .. 33	<i>trimipramine maleate</i> 50
<i>timolol maleate</i> (ophth)..... 87	<i>triamcinolone</i> <i>acetonide (mouth)</i> 95	TRINTELLIX 50
<i>tinidazole</i> 23	<i>triamcinolone</i> <i>acetonide (topical)</i> 94	<i>tri-nymyo</i> 70
TIVICAY 25	<i>triamterene &</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>cap 37.5-25 mg</i> .. 47	<i>tri-sprintec</i> 70
TIVICAY PD..... 25	<i>triamterene &</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 37.5-25 mg</i> .. 47	TRIUMEQ PD TAB ... 26
<i>tizanidine hcl</i> 61	<i>triamterene &</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 75-50 mg</i> 47	TRIUMEQ TAB 26
TOBI PODHALER..... 23	<i>tridacaine ii</i> 94	<i>trivora-28</i> 70
TOBRADEX OIN 0.3- 0.1%..... 86		<i>tri-vylibra</i> 70
<i>tobramycin</i> 23		<i>tri-vylibra lo</i> 70
<i>tobramycin (ophth)</i> .. 86		TROGARZO..... 25
<i>tobramycin sulfate</i> .. 23		
<i>tobramycin-</i> <i>dexamethasone</i> <i>ophth susp 0.3-</i> <i>0.1%</i> 86		
<i>tolterodine tartrate</i> . 77		
<i>topiramate</i> 56		
<i>toremifene citrate</i> ... 32		
<i>torpenz</i> 39		
<i>toremide</i> 46		

TROPHAMINE INJ 10% .....85	<i>valsartan- hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg . 43</i>	VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) 89
<i>tropium chloride....77</i>	<i>valsartan- hydrochlorothiazide tab 320-25 mg ... 44</i>	VEOZAH 73
TRUE METRIX KIT AIR.....96	<i>valsartan- hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg .. 43</i>	<i>verapamil hcl 46</i>
TRUE METRIX KIT METER..... 96	VALTOCO 10 MG DOSE 57	VERQUVO 47
TRUE METRIX STRIPS.....96	VALTOCO 15 MG DOSE 57	VERSACLOZ 53
TRULICITY .....64	VALTOCO 20 MG DOSE 57	VERZENIO 40
TRUMENBA .....83	VALTOCO 5 MG DOSE 57	<i>vestura 70</i>
TRUQAP 39, 40	<i>valtya 1/50 70</i>	<i>vienna..... 70</i>
TRUXIMA .....40	<i>vancomycin hcl 23</i>	<i>vigabatrin 57</i>
TUKYSA.....40	VANCOMYCIN INJ 1 GM 23	<i>vigadrone 57</i>
TURALIO .....40	VANCOMYCIN INJ 500MG..... 23	VIGAFYDE 57
<i>turqoz 70</i>	VANCOMYCIN INJ 750MG..... 23	<i>vigpoder..... 57</i>
<i>twice-daily clindamycin phosphate (topical) .....92</i>	VANFLYTA 40	<i>vilazodone hcl 50</i>
TWINRIX INJ.....83	VAQTA..... 83	VIMKUNYA..... 83
TYBOST.....25	<i>varenicline tartrate. 62</i>	<i>vincristine sulfate ... 33</i>
<i>tydemy 70</i>	<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack .. 62</i>	<i>vinorelbine tartrate. 33</i>
TYENNE..... 80, 81	VARIVAX..... 83	<i>violele 70</i>
TYPHIM VI .....83	VASCEPA 45	VIRACEPT..... 25
UBRELVY .....60	VAXCHORA SUS..... 83	VIREAD..... 25
<i>unithroid 74</i>	<i>velivet 70</i>	VITRAKVI 40
<i>ursodiol..... 76</i>	VELSIPITY..... 81	VIVIMUSTA..... 31
<i>valacyclovir hcl..... 27</i>	VENCLEXTA..... 40	VIVITROL 62
VALCHLOR.....95	VENCLEXTA TAB START PK..... 40	VIVOTIF CAP EC..... 83
<i>valganciclovir hcl 27</i>	<i>venlafaxine hcl 50</i>	VIZIMPRO 40
<i>valproate sodium 56</i>	VENTOLIN HFA 89	VONJO 40
<i>valproic acid 56</i>		VORANIGO 40
<i>valsartan 44</i>		<i>voriconazole 24</i>
<i>valsartan- hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg . 43</i>		VOSEVI TAB 27
<i>valsartan- hydrochlorothiazide tab 160-25 mg ....43</i>		VOWST CAP..... 76
		VRAYLAR..... 53
		<i>vyfemla..... 70</i>
		<i>vylibra 70</i>
		VYZULTA..... 87
		<i>warfarin sodium 77</i>
		<i>water for irrigation, sterile irrigation soln 95</i>
		WELIREG..... 33
		<i>wera 70</i>

اگر سؤالی دارید، لطفاً طی بازه‌های زمانی زیر از طریق شماره 665-3086 (800)، یا TTY به شماره 711 با Central Health Medicare Plan تماس بگیرید. از تاریخ 1 اکتبر تا 31 مارس: 7 روز هفته، از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی، از تاریخ 1 آوریل تا 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر، به نشانی وبسایت <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary> مراجعه کنید.

WESTAB PLUS TAB	XIGDUO XR TAB 5-	<i>zenatane</i>	92
27-1MG	1000MG	ZENPEP CAP	
<i>wixela inhub</i>	XIGDUO XR TAB 5-	10000UNT	76
<i>wymzya fe</i>	500MG	ZENPEP CAP	
XALKORI	XIIDRA	15000UNT	76
<i>xarah fe</i>	XOFLUZA	ZENPEP CAP	
XARELTO	XOLAIR	20000UNT	76
XARELTO STAR TAB	XOSPATA	ZENPEP CAP	
15/20MG	XPOVIO PAK (100 MG	25000UNT	76
XATMEP	ONCE WEEKLY)...	ZENPEP CAP	
XCOPRI	XPOVIO PAK (40 MG	3000UNIT	76
XCOPRI PAK 100-150	ONCE WEEKLY)...	ZENPEP CAP	
.....	XPOVIO PAK (40 MG	40000UNT	76
XCOPRI PAK 12.5-25	TWICE WEEKLY) .	ZENPEP CAP	
.....	XPOVIO PAK (60 MG	5000UNIT	76
XCOPRI PAK 150-	ONCE WEEKLY)...	ZENPEP CAP	
200MG	XPOVIO PAK (60 MG	60000UNT	76
(MAINTENANCE)..	TWICE WEEKLY) .	ZERVIAE	87
XCOPRI PAK 150-	XPOVIO PAK (80 MG	<i>zidovudine</i>	25
200MG (TITRATION)	ONCE WEEKLY)...	<i>ziprasidone hcl</i>	54
.....	XPOVIO PAK (80 MG	<i>ziprasidone mesylate</i>	
XCOPRI PAK 50-	TWICE WEEKLY) .	.....	54
100MG	XTANDI	ZIRABEV	41
XDEMVY	<i>xulane</i>	ZIRGAN	86
XELJANZ	XULTOPHY INJ	<i>zoledronic acid</i>	66
XELJANZ XR	100/3.6	ZOLINZA	41
<i>xelria fe</i>	YESINTEK	<i>zolpidem tartrate</i> ...	59
XERMELO	YF-VAX INJ	ZONISADE	57
XGEVA	<i>yuvaferm</i>	<i>zonisamide</i>	57
XHANCE	<i>zafemy</i>	<i>zovia 1/35</i>	71
XIFAXAN	<i>zafirlukast</i>	ZTALMY	57
XIGDUO XR TAB 10-	<i>zaleplon</i>	<i>zumandimine</i>	71
1000	ZARXIO	ZURZUVAE	50
XIGDUO XR TAB 10-	ZEGALOGUE	ZYDELIG	41
500MG	ZEJULA	ZYKADIA	41
XIGDUO XR TAB 2.5-	ZELBORAF	ZYLET SUS 0.5-0.3%	
1000	ZEMAIRA .....	.....	86



**CENTRAL HEALTH
MEDICARE PLAN**

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

یکی از طرح‌های Medicare Medi-Cal

این فهرست دارو در تاریخ 07/01/2025 به‌روزرسانی شده است.

در صورتی که به اطلاعات جدیدتری نیاز دارید، لطفاً طی بازه‌های زمانی زیر از طریق شماره 665-3086 (800) یا TTY به‌شماره 711 با ما تماس بگیرید. از تاریخ 1 اکتبر تا 31 مارس: 7 روز هفته، از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به‌وقت محلی، از تاریخ 1 آوریل تا 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به‌وقت محلی، یا به این وبسایت مراجعه کنید: <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.