



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

план Medicare Medi-Cal Plan

Список покрываемых лекарственных препаратов (список лекарств и рекомендованных препаратов), 2025 год

**ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ: В ЭТОМ ДОКУМЕНТЕ ПРИВЕДЕНА ИНФОРМАЦИЯ О
ПРЕПАРАТАХ, КОТОРЫЕ МЫ ПОКРЫВАЕМ В РАМКАХ ДАННОГО ПЛАНА**

*Утвержденный HPMS список рекомендованных лекарственных препаратов, № заявки:
00025316, редакция 15*

Дата обновления списка лекарственных препаратов: 07.01.2025 г.

Для получения актуальной информации или при возникновении других вопросов обращайтесь к нам по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу, с 08:00 до 20:00 по местному времени, или посетите веб-сайт <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

Введение

Этот документ называется *Список покрываемых лекарственных препаратов* (другое название — «список лекарств»). В данном списке покрываемых лекарственных препаратов сообщается о том, какие препараты покрывает план Central Health Medi-Medi Plan I. Кроме того, в *списке покрываемых лекарственных препаратов* указано, существуют ли какие-либо особые правила или ограничения для того или иного лекарственного препарата, покрываемого Central Health Medi-Medi Plan I. Основные термины и их определения перечислены в последней главе *Справочника участника*.

Содержание

A. Отказ от ответственности	3
B. Часто задаваемые вопросы	10
B1. Какие рецептурные препараты представлены в <i>Списке покрываемых лекарственных препаратов?</i> (Краткое название <i>Списка покрываемых лекарственных препаратов</i> — «список лекарств».)	10
B2. Вносятся ли в список лекарств какие-либо изменения?	11
B3. Что происходит, когда в <i>список лекарств</i> вносят изменения?	12
B4. Существуют ли какие-либо ограничения или условия в отношении страхового покрытия лекарственных препаратов либо действия, которые необходимо выполнить для получения определенных лекарств?	14
B5. Каким образом можно узнать, существуют ли для требуемого лекарственного препарата ограничения или действия, которые необходимо выполнить, чтобы получить препарат?	15
B6. Что происходит, если в программе Central Health Medi-Medi Plan I меняются правила в отношении определенных лекарственных препаратов (например, о необходимости предварительного разрешения, ограничения по количеству и [или] ограничения касательно ступенчатой терапии)?	15
B7. Каким образом в <i>списке лекарств</i> можно найти тот или иной лекарственный препарат?	15



Если у вас возникли вопросы, звоните в Central Health Medicare Plan по номеру (800) 665-3086, ТТУ: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

В8. Что делать, если требуемый лекарственный препарат не представлен в <i>списке лекарств</i> ?	15
В9. Что делать, если я новый участник программы страхования Central Health Medi-Medi Plan I и не могу найти свой лекарственный препарат в <i>списке лекарств</i> или сталкиваюсь с проблемами при получении своего препарата?	16
В10. Можно ли подать запрос на исключение, чтобы покрыть определенный лекарственный препарат?	17
В11. Как можно подать запрос на исключение из правил покрытия?	18
В12. Сколько времени занимает процедура предоставления исключения?	18
В13. Что такое непатентованные лекарственные препараты?	18
В14. Что такое оригинальные биологические препараты и как они связаны с биоаналогами?	19
В15. Покрывает ли Central Health Medi-Medi Plan I безрецептурные товары, не относящиеся к лекарственным средствам?	19
В16. Покрывает ли план Central Health Medi-Medi Plan I долгосрочное обеспечение рецептурными лекарственными препаратами?	19
В17. Могут ли мне доставлять рецептурные препараты на дом из местной аптеки?	19
В18. Каков размер моей доплаты?	20
С. Обзор <i>Списка покрываемых лекарственных препаратов</i>	20
С1. Список лекарственных препаратов по заболеванию	21
Д. Алфавитный указатель покрываемых лекарственных препаратов	101

А.Отказ от ответственности

Данный документ — это список лекарственных препаратов, которые доступны участникам программы страхования *Central Health Medi-Medi Plan I*.

- ❖ С актуальной версией *списка покрываемых лекарственных препаратов Central Health Medi-Medi Plan I* всегда можно ознакомиться онлайн на веб-сайте <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>, или ее можно получить, позвонив по номеру (800) 665-3086, ТТУ: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонки бесплатны.
- ❖ Вы можете бесплатно получить этот документ в других форматах, включая шрифт Брайля, крупный шрифт и аудиоформат. Звоните по номеру (800) 665-3086, ТТУ: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный.
- ❖ Программа Central Health Medi-Medi Plan I — это планы НМО/НМО SNP с контрактом Medicare. Регистрация в программе Central Health Medi-Medi Plan I зависит от возобновления договора страхования.
- ❖ Компания Central Health Medi-Medi Plan I соблюдает требования федерального законодательства о гражданских правах и не допускает дискриминации на основании таких признаков, как пол, расовая принадлежность, цвет кожи, религия, социальное и национальное происхождение, этническая принадлежность, возраст, психическая или физическая недееспособность, состояние здоровья, генетическая информация, семейное положение, гендер, гендерная идентичность или сексуальная ориентация.

Чтобы помочь вам эффективно общаться с нами, компания Central Health Medi-Medi Plan I предоставляет услуги бесплатно и своевременно:

- В рамках плана Central Health Medi-Medi Plan I предоставляются обоснованные модификации и соответствующие вспомогательные средства и услуги людям с инвалидностью. А именно: (1) Услуги квалифицированных переводчиков. (2) Информация в других форматах (крупный шрифт, аудио, электронные форматы с поддержкой специальных возможностей, шрифт Брайля)
- В рамках плана Central Health Medi-Medi Plan I предоставляются услуги переводчика для людей, которые говорят на другом языке или плохо владеют английским А именно: (1) Услуги квалифицированных устных переводчиков. (2) Информацию, переведенную на другие языки.

Если вам необходимы эти услуги, свяжитесь с отделом обслуживания участников программы страхования Central Health Medi-Medi Plan I по номеру 1-800-665-3086 или ТТУ/TDD: 711.

Если у вас возникли вопросы, звоните в Central Health Medicare Plan по номеру (800) 665-3086, ТТУ: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

07.01.2025 г.



Если вы считаете, что мы подвергли вас дискриминации по признаку возраста, цвета кожи, инвалидности, национального происхождения, расы или пола, вы можете подать жалобу. Вы можете подать жалобу лично, по телефону, почте, электронной почте или через интернет. Если вам требуется помощь в составлении жалобы, мы поможем вам. Вы можете ознакомиться с нашей процедурой подачи жалоб, посетив наш веб-сайт <https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx> Позвоните нашему координатору по защите прав граждан Civil Rights Coordinator по номеру 1-866-606-3889, телетайп/тектофон: 711 или подайте жалобу на:

Civil Rights Unit
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802
Email: civil.rights@molinahealthcare.com
Веб-сайт: <https://molinahealthcare.Alertline.com>

Вы также можете подать жалобу (претензию) в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социальных служб США в режиме онлайн через портал жалоб Управления по гражданским правам (Office for Civil Rights Complaint Portal) по адресу: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, а также по телефону или отправить по почте:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, ННН Building
Washington, D.C. 20201
Телефон: 1-800-368-1019
Телетайп/текстофон: 800-537-7697

Формы для подачи жалобы размещены по адресу:
<https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>

Вы можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в Управление по гражданским правам Департамента здравоохранения штата Калифорния (California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights) по телефону, в письменной форме или в электронном виде:

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
Телефон: 916-440-7370 (или линия 711 службы коммутируемых сообщений)
Адрес эл. почты: CivilRights@dhcs.ca.gov

Формы для подачи жалобы размещены по адресу
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

NOTICE OF AVAILABILITY

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

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

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

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

Если у вас возникли вопросы, звоните в Central Health Medicare Plan по номеру (800) 665-3086, TTY: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>



07.01.2025 г.

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 ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ।

ਧਿਆਨ ਦੋ: यदि आपको अपनी भाषा में सहायता चाहिए, तो 1-866-314-2427 (TTY: 711) पर कॉल करें। अपंग लोगों के लिए सहायक यंत्र और सेवाएं भी उपलब्ध हैं, जैसे ब्रेल व बड़े प्रिंट वाले दस्तावेज़। 1-866-314-2427 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं मुफ्त हैं।

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 ການບໍລິການສໍາລັບຄົນລົບກວາງ, ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວເລິມໃຫຍ່. 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 hnavg oc.

Если у вас возникли вопросы, звоните в Central Health Medicare Plan по номеру (800) 665-3086, TTY: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Для**

? **учения дополнительной информации** посетите веб-сайт

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

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយភាសារបស់អ្នក

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

1-866-314-2427 (TTY: 711) 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.

Если у вас возникли вопросы, звоните в Central Health Medicare Plan по номеру (800) 665-3086, TTY: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Для**

? **учения дополнительной информации** посетите веб-сайт

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

- ❖ Этот документ доступен бесплатно на испанском, арабском, армянском, камбоджийском, китайском (упрощенном или традиционном), фарси, хмонг, корейском, русском, тагальском и вьетнамском языках.
- ❖ Вы можете попросить о том, чтобы мы всегда отправляли вам информацию на выбранном языке или в нужном формате. Это называется «постоянный запрос». Звоните по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Сотрудник отдела обслуживания участников программы страхования поможет вам создать или изменить постоянный запрос. Мы внесем ваш постоянный запрос в систему, поэтому вам не придется подавать отдельные запросы каждый раз, когда мы отправляем вам информацию.

В. Часто задаваемые вопросы

Здесь вы найдете ответы на имеющиеся у вас вопросы о данном *Списке покрываемых лекарственных препаратов*. Чтобы получить больше информации, прочтите все ответы либо найдите ответ на определенный вопрос.

В1. Какие рецептурные препараты представлены в *Списке покрываемых лекарственных препаратов*? (Краткое название *Списка покрываемых лекарственных препаратов* — «список лекарств».)

Препараты, перечисленные в *Списке покрываемых лекарственных препаратов* (см. начало в разделе С1), относятся к препаратам, покрываемым программой Central Health Medi-Medi Plan I (НМО D-SNP). Эти лекарственные препараты доступны в аптеках нашей сети. Аптека входит в нашу сеть, если мы заключили с ней соглашение о сотрудничестве и предоставлении вам услуг. Мы называем такие аптеки «сетевыми».

Другие лекарственные препараты, например некоторые безрецептурные препараты и некоторые витамины, могут покрываться программой Medi-Cal Rx. Дополнительную информацию можно получить на веб-сайте Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov). Вы также можете позвонить в службу поддержки клиентов Medi-Cal Rx по номеру 800-977-2273. Для получения рецептурных препаратов через Medi-Cal Rx необходимо иметь при себе карту получателя льгот (Benefits Identification Card, BIC).

- Программа Central Health Medi-Medi Plan I покрывает все необходимые по медицинским показаниям лекарственные препараты из списка лекарств, если:
 - ваш врач или другое лицо, выписавшее вам рецепт, считает, что эти препараты нужны вам для улучшения самочувствия или поддержания здоровья,

- представители программы Central Health Medi-Medi Plan I соглашаются с тем, что препарат необходим вам по медицинским показаниям, и
- вы обращаетесь с рецептом в сетевую аптеку Central Health Medi-Medi Plan I.
- В некоторых случаях перед получением лекарственного препарата необходимо выполнить определенные действия. Дополнительная информация приведена в ответе на вопрос В4.

Вы также можете ознакомиться с актуальной версией списка покрываемых лекарственных препаратов на нашем веб-сайте <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary> либо позвонив в Отдел обслуживания участников программы страхования по номеру (800) 665-3086, ТТУ: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени.

В2. Вносятся ли в список лекарств какие-либо изменения?

Да. При этом при внесении изменений представители плана Central Health Medi-Medi Plan I должны соблюдать правила программ Medicare и Medi-Cal. Мы можем добавлять лекарства в список или убирать их оттуда в течение года.

Кроме того, мы можем менять правила, применяемые к лекарственным препаратам. Например, мы можем:

- Изменить свое решение о необходимости/отсутствии необходимости в предварительном разрешении страхового покрытия лекарственного препарата. Под предварительным разрешением понимается одобрение, полученное от представителя программы Central Health Medi-Medi Plan I, прежде чем вы сможете получить лекарственный препарат.
- Добавить или изменить ограничение на доступное количество препарата (так называемые ограничения по количеству).
- Добавить или изменить ограничение в отношении ступенчатой терапии для лекарственного препарата. Под ступенчатой терапией мы имеем в виду необходимость использовать одно лекарство, прежде чем мы одобрим покрытие другого лекарства.

Дополнительные сведения об этих правилах в отношении лекарственных препаратов см. в ответе на вопрос В4.

Как правило, если вы принимаете лекарственный препарат, стоимость которого покрывалась **в начале года**, мы не отменим и не изменим покрытие этого препарата **до конца года** за исключением следующих случаев:

Если у вас возникли вопросы, звоните в Central Health Medicare Plan по номеру (800) 665-3086, ТТУ: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.



- в продажу поступает новый более дешевый лекарственный препарат, действие которого идентично текущему препарату из *списка лекарств*, или
- нам становится известно о небезопасности лекарственного препарата, или
- лекарственный препарат снимается с продажи.

В ответах на вопросы В3 и В6 ниже приведены дополнительные сведения о том, что происходит в случае внесения изменений в *список лекарств*.

- С актуальной версией *списка покрываемых лекарственных препаратов* плана Central Health Medi-Medi Plan I всегда можно ознакомиться онлайн на веб-сайте <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>. Обновления *списка лекарств* публикуют на веб-сайте ежемесячно.
- Также можно позвонить в отдел обслуживания клиентов по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу, с 8.00 до 20.00 по местному времени, чтобы ознакомиться с актуальным *списком лекарств*.

В3. Что происходит, когда в *список лекарств* вносят изменения?

Некоторые изменения *списка лекарств* вступают в силу **немедленно**. Например:

- **Замена некоторых новых версий лекарств.** Мы можем немедленно исключить лекарство из *списка лекарств*, если заменим его некоторыми новыми версиями этого лекарства, но ваши расходы на новое лекарство останутся \$0. При добавлении в список нового лекарственного препарата мы также можем решить оставить в списке патентованный препарат или оригинальный биологический препарат, но при этом изменить правила его страхового покрытия или ограничения по покрытию.
 - Мы не обязаны сообщать вам об изменении заранее, но будем отправлять вам информацию о каждом конкретном уже внесенном изменении.
 - Мы можем вносить такие изменения, только если добавляемый нами препарат:
 - представляет собой новую непатентованную версию фирменного препарата, или
 - это определенная новая биоаналогичная версия оригинальных биологических препаратов, включенных в *Список лекарств* (например, добавление взаимозаменяемого биоаналога, который можно заменить оригинальным биологическим препаратом без необходимости выписывать новый рецепт).
 - Некоторые из этих типов препаратов могут быть вам незнакомы. Для получения дополнительной информации ознакомьтесь с разделом В14.

- Вы или ваш поставщик медицинских услуг можете отправить запрос на исключение из правил покрытия в связи с этими изменениями. Мы отправим вам уведомление, где будут описаны действия, с помощью которых можно отправить запрос на исключение. Дополнительные сведения об исключениях из правил покрытия см. в ответах на вопросы B10-B12.
- **Лекарственный препарат снимается с продажи.** Если Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration, FDA) сообщает о небезопасности или неэффективности принимаемого вами лекарства либо производитель лекарственного препарата снимает его с продажи, мы немедленно уберем этот препарат из *списка лекарств*. Если вы принимаете препарат, мы пришлем вам соответствующее уведомление после внесения изменений. Проконсультируйтесь со своим врачом или другим лицом, выписавшим вам рецепт, чтобы подобрать безопасный для вас аналог.

Мы можем вносить другие изменения, которые влияют на принимаемые вами лекарственные препараты. Мы заранее сообщим вам о других таких изменениях списка лекарств. Такие изменения могут произойти, если:

- Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA) публикует новые указания либо появляются новые клинические рекомендации в отношении лекарственного препарата;
- Мы исключаем патентованный препарат из *списка лекарств* при добавлении непатентованного препарата, не нового на рынке,
- или мы удаляем оригинальный биологический препарат при добавлении биоаналога, или
- мы меняем правила страхового покрытия либо ограничения на покрытие патентованного лекарственного препарата.

В случае таких изменений мы:

- сообщим вам не менее чем за 30 дней до внесения изменения в *список лекарств или*
- сообщим вам об изменении и предоставим 31-дневный запас лекарственного препарата после того, как вы повторно обратитесь за ним.

Таким образом, у вас будет достаточно времени, чтобы обратиться к врачу или другому лицу, выписавшему вам рецепт. Они помогут вам решить:

Если у вас возникли вопросы, звоните в Central Health Medicare Plan по номеру (800) 665-3086, ТТУ: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.



- можете ли вы принимать вместо этого препарат-аналог из *списка лекарств*, или
- требуется ли вам отправить запрос на исключение из правил покрытия в связи с этими изменениями. Чтобы узнать больше об исключениях из правил покрытия, см. ответы на вопросы B10-B12.

В4. Существуют ли какие-либо ограничения или условия в отношении страхового покрытия лекарственных препаратов либо действия, которые необходимо выполнить для получения определенных лекарств?

Да, для некоторых лекарственных препаратов предусмотрены правила покрытия или ограничения по доступному участнику плана страхования количеству. В некоторых случаях вы, ваш врач или другое лицо, выписавшее вам рецепт, должны выполнить определенные действия, прежде чем вы сможете получить лекарство. Например:

- **Предварительное разрешение.** Прежде чем вы сможете получить некоторые лекарства по своему рецепту, вы, ваш врач или другое лицо, выписавшее вам рецепт, должны получить разрешение от представителя программы Central Health Medi-Medi Plan I. Предварительное разрешение отличается от направления. Без предварительного разрешения Central Health Medi-Medi Plan I может не покрыть лекарственный препарат.
- **Ограничения по количеству.** Иногда в рамках программы Central Health Medi-Medi Plan I количество доступного вам лекарственного препарата может быть ограничено.
- **Ступенчатая терапия.** Иногда в рамках плана Central Health Medi-Medi Plan I требуется проведение ступенчатой терапии. Это означает, что вам необходимо проверять эффективность лекарственных препаратов при вашем заболевании в определенном порядке. Возможно, вам придется использовать одно лекарство, прежде чем мы одобрим покрытие другого. Если назначившее вам препарат лицо решит, что первое лекарство вам не помогает, тогда мы покроем стоимость второго препарата.

Чтобы узнать, имеются ли для вашего лекарственного препарата дополнительные требования или ограничения, см. таблицы в разделе C1. Вы также можете получить дополнительную информацию на нашем веб-сайте <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>. Мы опубликовали онлайн-версии документов, в которых приведено объяснение действующих для нашего списка лекарств ограничений касательно предварительного разрешения и ступенчатой терапии. Вы также можете попросить нас прислать вам копию этой документации.

Вы можете отправить запрос на исключение из правил покрытия в связи с этими ограничениями. Таким образом, у вас будет достаточно времени, чтобы обратиться к врачу или другому лицу, выписавшему вам рецепт. Вам помогут решить, можете ли вы принимать вместо этого препарат-аналог из *списка лекарств*, или вам требуется отправить запрос на исключение из правил покрытия. Дополнительная информация об исключениях из правил покрытия приведена в ответах на вопросы B10–B12.

В5. Каким образом можно узнать, существуют ли для требуемого лекарственного препарата ограничения или действия, которые необходимо выполнить, чтобы получить препарат?

В таблице «Список лекарственных препаратов по заболеванию» есть столбец под названием «Необходимые действия, ограничения или условия использования».

В6. Что происходит, если в программе Central Health Medi-Medi Plan I меняются правила в отношении определенных лекарственных препаратов (например, о необходимости предварительного разрешения, ограничения по количеству и [или] ограничения касательно ступенчатой терапии)?

В некоторых случаях мы заранее сообщим вам о добавлении или изменении правил страхового покрытия лекарственного препарата в части предварительного разрешения, ограничений по количеству и (или) ступенчатой терапии. Дополнительная информация об этом предварительном уведомлении и о ситуациях, когда мы не можем заранее сообщить вам об изменении наших правил страхового покрытия препаратов, представленных в *списке лекарств*, приведена в ответе на вопрос В3.

В7. Каким образом в *списке лекарств* можно найти тот или иной лекарственный препарат?

Существует два способа поиска лекарственного препарата:

- по названию в алфавитном порядке, **либо**
- по заболеванию.

Для поиска названия лекарства **по алфавиту** перейдите в раздел «Алфавитный указатель покрываемых лекарственных препаратов». С ним можно ознакомиться в разделе D.

Для поиска **по заболеванию** откройте раздел под заголовком «Список лекарственных препаратов по заболеванию». В этом разделе лекарственные препараты разбиты на категории в зависимости от типа заболеваний, для лечения которых они применяются. Например, при заболевании сердца см. «Сердечно-сосудистые препараты». Здесь вы найдете лекарственные препараты, используемые для лечения сердечных заболеваний.

В8. Что делать, если требуемый лекарственный препарат не представлен в *списке лекарств*?

Если вы не находите свой лекарственный препарат в *списке лекарств*, позвоните в Отдел обслуживания участников программы страхования по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30

Если у вас возникли вопросы, звоните в Central Health Medicare Plan по номеру (800) 665-3086, ТТУ: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.



сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени, чтобы задать соответствующий вопрос. Если вам сообщат, что по плану Central Health Medi-Medi Plan I не будет покрываться стоимость этого лекарственного препарата, вы можете предпринять одно из следующих действий:

- попросите у представителя Отдела обслуживания участников программы страхования список лекарственных препаратов, аналогичных тому, который вам необходим; затем покажите этот список своему врачу или другому лицу, выписавшему вам рецепт, вам могут дать рецепт на препарат-аналог, представленный в списке лекарств, **или**
- Вы можете подать в Central Health Medi-Medi Plan I запрос на исключение из правил покрытия вашего лекарственного препарата. Дополнительная информация об исключениях из правил покрытия приведена в ответах на вопросы B10–B12.

В9. Что делать, если я новый участник программы страхования Central Health Medi-Medi Plan I и не могу найти свой лекарственный препарат в списке лекарств или сталкиваюсь с проблемами при получении своего препарата?

Мы готовы вам помочь. Мы можем покрыть временный 31-дневный запас вашего лекарственного препарата в течение первых 90 дней вашего участия в плане Central Health Medi-Medi Plan I. Таким образом у вас будет достаточно времени, чтобы обратиться к врачу или другому лицу, выписавшему вам рецепт. Вам помогут решить, можете ли вы принимать вместо этого препарат-аналог из *списка лекарств*, или вам требуется отправить запрос на исключение из правил покрытия.

Если вам выписали рецепт на меньшее количество дней, мы позволим приобрести препарат несколько раз для того, чтобы максимальный запас лекарства составлял 31 дней.

Мы покроем 31-дневный запас вашего лекарственного препарата, если:

- вы принимаете лекарственный препарат, не представленный в нашем *списке лекарств*, **или**
- правила плана страхования не позволяют вам получить лекарственный препарат в объеме, указанном врачом, выписавшим вам рецепт, **или**
- для покрытия препарата требуется предварительное разрешение представителя плана Central Health Medi-Medi Plan I, **или**
- вы принимаете лекарственный препарат, для которого действуют ограничения в отношении ступенчатой терапии.

Если вы принимаете лекарственный препарат, который по плану Central Health Medi-Medi Plan I не считается лекарством части D, и оно не входит в *список покрываемых лекарственных препаратов*, и у вас возникли проблемы с его получением, оно может быть покрыто через план Medi-Cal Rx. Если препарат, исключенный из Части D, требует предварительного разрешения, а вы находитесь в экстренной ситуации, планом Medi-Cal Rx может быть

одобрена его поставка, он не менее чем за 72 часа. Дополнительную информацию можно узнать на веб-сайте Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov). Вы также можете позвонить в службу поддержки клиентов Medi-Cal Rx по номеру 800-977-2273. Для получения рецептурных препаратов через Medi-Cal Rx необходимо иметь при себе карту получателя покрываемых услуг BIC (Benefits Identification Card, BIC).

Если вы находитесь в центре сестринского ухода или другом учреждении долгосрочного ухода и нуждаетесь в лекарственном препарате, не представленном в списке лекарств, либо испытываете трудности с получением необходимого лекарства, мы готовы вам помочь. Если вы стали участником плана страхования более 90 дней назад, находитесь в учреждении долгосрочного ухода и нуждаетесь в запасе лекарства прямо сейчас:

- мы однократно покроем 31-дневный запас необходимого лекарственного препарата (если только вам не выписали рецепт на меньшее количество дней) независимо от того, являетесь ли вы новым участником программы страхования Central Health Medi-Medi Plan I;
- мы сделаем это в дополнение к временному запасу, положенному вам в первые 90 дней после вступления в программу страхования Central Health Medi-Medi Plan I.

В рамках плана Central Health Medi-Medi Plan I в течение первых 90 дней после зачисления участника в программу страхования и начиная с даты вступления в силу страхового покрытия, в учреждениях долгосрочного ухода будет предоставляться не менее 31-дневного запаса лекарственных препаратов (за исключением случаев, когда рецепт выписан на срок меньше 31 дня, или когда рецептурный препарат отпускается в меньшем объеме, чем указано в рецепте, или когда действуют ограничения по количеству в целях безопасности, или изменены принципы применения лекарств на основании утвержденной этикетки продуктов — в таких случаях планом Central Health Medi-Medi Plan I допускается получение препарата несколько раз с тем, чтобы максимальный запас лекарства составлял 31 день).

В10. Можно ли подать запрос на исключение, чтобы покрыть определенный лекарственный препарат?

Да. Вы можете попросить представителя программы Central Health Medi-Medi Plan I сделать для вас исключение и обеспечить страховое покрытие препарата, не представленного в списке лекарств.

Вы также можете попросить нас изменить правила, действующие для вашего лекарственного препарата.

Если у вас возникли вопросы, звоните в Central Health Medicare Plan по номеру (800) 665-3086, ТТУ: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.



- Например, в плане Central Health Medi-Medi Plan I может быть предусмотрено ограничение количества покрываемого лекарственного препарата. Если для вашего лекарства предусмотрено ограничение, вы можете попросить нас изменить это ограничение и увеличить покрываемое количество препарата.
- Другие примеры. Вы можете попросить нас отменить ограничения в отношении ступенчатой терапии или обязательного предварительного разрешения.

В11. Как можно подать запрос на исключение из правил покрытия?

Подайте запрос на исключение из правил покрытия, позвонив в Отдел обслуживания участников программы страхования. Представитель отдела обслуживания участников программы страхования поможет вам и выписывающему вам рецепты лицу запросить исключение. Дополнительные сведения об исключениях из правил покрытия см. также в главе 9 **Справочника участника**, раздел G2.

В12. Сколько времени занимает процедура предоставления исключения?

После получения заключения, подтверждающего ваш запрос на исключение, от лица, выписавшего вам рецепт, мы сообщим вам свое решение в течение 72 часов. Ваш врач или другое лицо, выписавшее вам рецепт, может отправить нам это подтверждение запроса по факсу ((866) 290-1309) или по почте. Они также могут сообщить нам об этом по телефону, а затем отправить подтверждение запроса по факсу или по почте.

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

Если вы или другое лицо, выписавшее вам рецепт, считаете, что ожидание решения в течение 72 часов может навредить вашему здоровью, вы можете подать запрос на ускоренное принятие решения об исключении. В таком случае решение будет принято быстрее. Если лицо, выписавшее вам рецепт, подтверждает ваш запрос, мы сообщим вам свое решение в течение 24 часов после получения подтверждающего заключения от выписавшего рецепт лица.

В13. Что такое непатентованные лекарственные препараты?

Непатентованные лекарственные препараты имеют такие же активные ингредиенты, что и патентованные лекарства. Они обычно стоят дешевле, чем патентованные препараты, и, как правило, работают так же хорошо. Как правило, у них нет известных названий. Непатентованные лекарственные препараты одобрены Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA). Для многих патентованных лекарственных препаратов существуют непатентованные аналоги. Обычно непатентованные препараты можно получить в аптеке без нового рецепта (в зависимости от законодательства штата).

План Central Health Medi-Medi Plan I покрывает как патентованные, так и непатентованные лекарственные препараты.

В14. Что такое оригинальные биологические препараты и как они связаны с биоаналогами?

Когда мы говорим о препаратах, это может означать как лекарство, так и биологический продукт. Биологические продукты — это препараты, которые имеют более сложный состав, чем обычные лекарства. Поскольку биологические продукты сложнее обычных лекарств, вместо непатентованной формы у них есть формы, которые называются биоаналогами. Как правило, биоаналоги работают так же хорошо, как и оригинальный биологический препарат, но могут стоить дешевле. Для некоторых оригинальных биологических препаратов существуют биоаналогичные альтернативы. Некоторые биоаналоги считаются взаимозаменяемыми биоаналогами и, в зависимости от законодательства штата, могут быть заменены оригинальным биологическим препаратом в аптеке без необходимости получения нового рецепта, так же как непатентованные лекарства могут быть заменены патентованными препаратами.

Более подробную информацию о видах лекарств см. в *главе 5 Справочника участника*.

В15. Покрывает ли Central Health Medi-Medi Plan I безрецептурные товары, не относящиеся к лекарственным средствам?

Планом Central Health Medi-Medi Plan I предусмотрено покрытие ряда безрецептурных товаров, не относящихся к лекарственным средствам, при наличии рецепта от вашего поставщика медицинских услуг.

Перечень покрываемых безрецептурных товаров, не относящихся к лекарственным средствам, приведен в списке лекарств Central Health Medi-Medi Plan I

В16. Покрывает ли план Central Health Medi-Medi Plan I долгосрочное обеспечение рецептурными лекарственными препаратами?

- **Программы заказа с доставкой по почте.** Мы предлагаем программу заказа с доставкой по почте непосредственно к вам домой, которая позволяет получить 100-дневный запас рецептурных лекарственных препаратов. Доплата за 100-дневный запас равна доплате за месячный запас.
- **Программы заказа из розничных аптек на 100 дней.** Некоторые розничные аптеки могут также предлагать участникам заказать 100-дневный запас покрываемых рецептурных лекарственных препаратов. Доплата за 100-дневный запас равна доплате за месячный запас.

В17. Могут ли мне доставлять рецептурные препараты на дом из местной аптеки?

Если у вас возникли вопросы, звоните в Central Health Medicare Plan по номеру (800) 665-3086, ТТУ: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.



Местная аптека может доставить вам рецептурный препарат на дом. Чтобы узнать о возможности доставки лекарств на дом, следует позвонить в аптеку.

В18. Каков размер моей доплаты?

Участники плана Central Health Medi-Medi Plan I имеют право на получение рецептурных и безрецептурных лекарственных и нелекарственных препаратов, если участник плана следует его правилам. Дополнительная информация о покрытии безрецептурных препаратов и нелекарственных средств приведена в ответах на вопросы В15 и В16.

Лекарственные препараты в нашем *списке лекарств* разбиты на несколько уровней.

- Доплата за непатентованные препараты 1 уровня составляет \$0.
- Доплата за патентованные препараты 1 уровня составляет \$0.

За препараты любого уровня ничего доплачивать не нужно.

Доплата за рецептурные лекарственные препараты составляет \$0.

По всем вопросам звоните в отдел обслуживания клиентов по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени.

С. Обзор Списка покрываемых лекарственных препаратов

В *списке покрываемых лекарственных препаратов* представлена информация о лекарствах, покрываемых планом Central Health Medi-Medi Plan I. Если вам не удается найти свой лекарственный препарат в списке, воспользуйтесь алфавитным указателем покрываемых лекарственных препаратов, который начинается с раздела D. В этом указателе в алфавитном порядке перечислены все лекарственные препараты, покрываемые в рамках плана Central Health Medi-Medi Plan I.

Другие лекарственные препараты, например некоторые безрецептурные препараты и некоторые витамины, могут покрываться программой Medi-Cal Rx. Дополнительную информацию можно получить на веб-сайте Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov). Вы также можете позвонить в службу поддержки клиентов Medi-Cal Rx по номеру 800-977-2273. Для получения рецептурных препаратов через Medi-Cal Rx необходимо иметь при себе карту получателя льгот (Benefits Identification Card, BIC).

Апелляции по части D

- Апелляция — это официальный способ обращения к нам с запросом о пересмотре принятого нами решения о страховом покрытии и изменении его, если вы считаете, что оно было ошибочным.
- Например, мы можем решить, что запрашиваемый вами лекарственный препарат не покрывается или больше не покрывается в рамках Medicare или Medi-Cal.

- Если вы или выписывающее вам рецепт лицо несогласны с нашим решением, вы можете подать апелляцию. Если у вас возник какой-либо вопрос, позвоните в отдел обслуживания участников программы страхования по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени.
- Дополнительные сведения о процедуре апелляции решения см. также в **главе 9 Справочника участника**.
- Для лекарственных препаратов, не указанных в Части D, действуют другие правила подачи апелляций.

C1. Список лекарственных препаратов по заболеванию

В этом разделе лекарственные препараты разбиты на категории в зависимости от типа заболеваний, для лечения которых они применяются. Например, при заболевании сердца см. категорию «Сердечно-сосудистые препараты». Здесь вы найдете лекарственные препараты, используемые для лечения сердечных заболеваний.

Ниже приведены расшифровки обозначений, используемых в столбце «Необходимые действия, ограничения или условия использования»:

PA (Prior Authorization) — предварительное подтверждение (разрешение): вы сможете получить этот лекарственный препарат только при наличии разрешения.

QL (Quantity Limits) — ограничения по количеству: количество лекарственного препарата, которое будет покрыто планом страхования.

ST (Step Therapy) — критерии ступенчатой терапии: вам необходимо использовать другое лекарство, прежде чем мы покроем этот лекарственный препарат.

NM (Non-Mail) — не подходит для заказа по почте: этот лекарственный препарат невозможно заказать по почте.

B/D — этот лекарственный препарат может покрываться в рамках Medicare Часть В или D в зависимости от обстоятельств.

LA (Limited Access) — ограниченный доступ: этот лекарственный препарат можно будет приобрести только в определенных аптеках.

Если у вас возникли вопросы, звоните в Central Health Medicare Plan по номеру (800) 665-3086, ТТУ: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.



_ — лекарственные препараты, не относящиеся к Части D, либо безрецептурные товары, покрываемые в рамках Medicaid.

NDS (Non-Extended Days Supply) — ограниченный период выдачи: этот лекарственный препарат может быть получен только на определенное количество дней вперед.

Название лекарственного препарата указано в первом столбце таблицы. Названия непатентованных препаратов указаны строчными буквами и выделены курсивом (например, *metformin hcl*), названия торговых марок написаны заглавными буквами (например, JANUVIA TABS). Информация в столбце «Необходимые действия, ограничения или условия использования» дает представление о наличии каких-либо правил покрытия того или иного лекарственного препарата, действующих в Central Health Medi-Medi Plan I.

MOLINA_CY25_1T_SNP_PMOD eff 06/01/2025**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

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

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
OXYCONTIN T12A 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i>	1	QL (2700 mL / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i>	1	QL (400 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i>	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i>	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>butorphanol tartrate</i> SOLN 1mg/ml, 2mg/ml	1	
<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 5-325mg</i>	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 10-325mg</i>	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i>	1	QL (2700 mL / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i>	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i>	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	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 2.5-325 mg</i>	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i>	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg</i>	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>tramadol hcl</i> TABS 50mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	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 300 mg/50ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	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 0.8 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin sulfate</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i>	1	
IMPAVIDO CAPS 50mg	1	NDS, PA
<i>ivermectin</i> TABS 3mg	1	QL (12 tabs / 90 days), PA

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>linezolid</i> SOLN 600mg/300ml	1	
<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 400-80 mg/5ml</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg</i>	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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>caspofungin acetate</i> SOLR 50mg, 70mg	1	
<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>micafungin 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
ANTIRETROVIRAL 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

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>darunavir</i> TABS 800mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
EDURANT TABS 25mg	1	NDS, NM
<i>efavirenz</i> TABS 600mg	1	NM
<i>emtricitabine</i> CAPS 200mg	1	NM
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	1	NM
<i>etravirine</i> TABS 100mg, 200mg	1	NDS, NM
<i>fosamprenavir calcium</i> TABS 700mg	1	NDS, NM
FUZEON SOLR 90mg	1	NDS, NM
INTELENCE TABS 25mg	1	NM
ISENTRESS CHEW 25mg	1	NM
ISENTRESS CHEW 100mg; PACK 100mg; TABS 400mg	1	NDS, NM
ISENTRESS HD TABS 600mg	1	NDS, NM
<i>lamivudine</i> SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	1	NM
<i>maraviroc</i> TABS 150mg, 300mg	1	NDS, NM
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TABS 200mg; TB24 400mg	1	NM
NORVIR PACK 100mg	1	NM
PIFELTRO TABS 100mg	1	NDS, NM
PREZISTA SUSP 100mg/ml	1	NDS, QL (400 mL / 30 days), NM
PREZISTA TABS 75mg	1	QL (480 tabs / 30 days), NM
PREZISTA TABS 150mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM
REYATAZ PACK 50mg	1	NDS, NM
<i>ritonavir</i> TABS 100mg	1	NM
RUKOBIA TB12 600mg	1	NDS, NM
SELZENTRY SOLN 20mg/ml	1	NDS, NM
SUNLENCA TABS 300mg; TBPK 300mg	1	NDS, NM
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> TABS 300mg	1	NM
TIVICAY TABS 10mg	1	NM
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	1	NDS, NM
TIVICAY PD TBSO 5mg	1	NDS, NM
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	1	NDS, NM
TYBOST TABS 150mg	1	NM
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	1	NDS, NM
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	1	NDS, NM
<i>zidovudine</i> CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml; TABS 300mg	1	NM
ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS		
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab</i> 600-300 mg	1	NM
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	1	NDS, NM
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	1	NDS, NM

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
CIMDUO TAB 300-300	1	NDS, NM
COMPLERA TAB	1	NDS, NM
DELSTRIGO TAB	1	NDS, NM
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	
PRIFTIN TABS 150mg	1	
<i>pyrazinamide TABS 500mg</i>	1	
<i>rifabutin CAPS 150mg</i>	1	
<i>rifampin CAPS 150mg, 300mg; SOLR 600mg</i>	1	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	1	NDS, NM, PA

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TRECTOR TABS 250mg	1	
ANTIVIRALS		
<i>acyclovir</i> CAPS 200mg; SUSP 200mg/5ml; TABS 400mg, 800mg	1	
<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	

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

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl TABS 250mg, 500mg, 750mg</i>	1	
<i>levofloxacin SOLN 25mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	1	
<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	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>penicillin g potassium</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	1	
<i>penicillin g sodium</i> SOLR 5000000unit	1	
<i>penicillin v potassium</i> SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	1	
<i>pfizerpen</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	1	
<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</i> SOLR 100mg	1	
<i>doxycycline (monohydrate)</i> CAPS 50mg, 100mg; SUSR 25mg/5ml; TABS 50mg, 75mg, 100mg	1	
<i>doxycycline hyclate</i> CAPS 50mg, 100mg; SOLR 100mg; TABS 20mg, 100mg	1	
<i>minocycline hcl</i> CAPS 50mg, 75mg, 100mg	1	
NUZYRA SOLR 100mg	1	NDS, NM
NUZYRA TABS 150mg	1	NDS, QL (30 tabs / 14 days), NM
<i>tetracycline hcl</i> CAPS 250mg, 500mg	1	
<i>tigecycline</i> SOLR 50mg	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</i> SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml	1	B/D
<i>cisplatin</i> SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml	1	B/D
<i>cyclophosphamide</i> CAPS 25mg, 50mg; SOLR 1gm, 500mg	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

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>anastrozole</i> TABS 1mg	1	
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	1	
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	1	NM, PA
ERLEADA TABS 60mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
ERLEADA TABS 240mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
EULEXIN CAPS 125mg	1	NDS
<i>exemestane</i> TABS 25mg	1	
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

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
THALOMID CAPS 100mg	1	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAPS 150mg, 200mg	1	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA
MISCELLANEOUS		
BESREMI SOSY 500mcg/ml	1	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
<i>bexarotene</i> CAPS 75mg	1	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA
<i>doxorubicin hcl</i> SOLN 2mg/ml	1	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> SUSP 2mg/ml	1	NDS, B/D
<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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
BALVERSA TABS 3mg	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
BALVERSA TABS 4mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
BALVERSA TABS 5mg	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg	1	NM, PA
<i>bortezomib</i> SOLR 3.5mg	1	NDS, NM, PA
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

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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
<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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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
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

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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	
<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)

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>spironolactone</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
ALPHA BLOCKERS		
<i>doxazosin mesylate</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	1	
<i>prazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg	1	
<i>terazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab</i> 5-20 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab</i> 5-40 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab</i> 10-20 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab</i> 10-40 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> 5-160 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> 5-320 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> 10-160 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> 10-320 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab</i> 16-12.5 mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab</i> 32-12.5 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab</i> 32-25 mg	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</i> 150-12.5 mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab</i> 300-12.5 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab</i> 50-12.5 mg	1	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab</i> 100-12.5 mg	1	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab</i> 100-25 mg	1	
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab</i> 20-12.5 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab</i> 40-12.5 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab</i> 40-25 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab</i> 20-5-12.5 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab</i> 40-5-12.5 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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)
<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/afI) TABS 80mg, 120mg, 160mg</i>	1	

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ANTILIPEMICS, FIBRATES		
<i>fenofibrate</i> TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg	1	
<i>fenofibrate micronized</i> CAPS 67mg, 134mg, 200mg	1	
<i>gemfibrozil</i> TABS 600mg	1	
ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS		
<i>atorvastatin calcium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lovastatin</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pravastatin sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>rosuvastatin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>simvastatin</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS		
<i>cholestyramine</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	1	
<i>cholestyramine light</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	1	
<i>colesevelam hcl</i> PACK 3.75gm; TABS 625mg	1	
<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	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	1	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	1	
BETA-BLOCKERS		
<i>acebutolol hcl CAPS 200mg, 400mg</i>	1	
<i>atenolol TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	
<i>betaxolol hcl TABS 10mg, 20mg</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate TABS 5mg, 10mg</i>	1	
<i>carvedilol TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg</i>	1	
<i>labetalol hcl TABS 100mg, 200mg, 300mg</i>	1	
<i>metoprolol succinate TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate SOLN 5mg/5ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	
<i>nadolol TABS 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>nebivolol hcl TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>nebivolol hcl TABS 20mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pindolol TABS 5mg, 10mg</i>	1	
<i>propranolol hcl CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg; SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	1	
<i>timolol maleate TABS 5mg, 10mg, 20mg</i>	1	
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS		
<i>amlodipine besylate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	1	
<i>cartia xt CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg</i>	1	
<i>dilt-xr CP24 120mg, 180mg, 240mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl CP12 60mg, 90mg, 120mg; SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml; TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl coated beads CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl extended release beads CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>	1	
<i>felodipine TB24 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	1	
<i>isradipine CAPS 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>nicardipine hcl CAPS 20mg, 30mg</i>	1	
<i>nifedipine TB24 30mg, 60mg, 90mg</i>	1	
<i>nimodipine CAPS 30mg</i>	1	
<i>tiadylt er CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>	1	

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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>torseamide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	1	
<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</i> TABS 150mg, 300mg	1	
<i>clonidine</i> PTWK .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr	1	
<i>clonidine hcl</i> TABS .1mg, .2mg, .3mg	1	
CORLANOR SOLN 5mg/5ml	1	QL (450 mL / 30 days)
<i>digoxin</i> SOLN .05mg/ml, .25mg/ml	1	
<i>digoxin</i> TABS 125mcg, 250mcg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>droxidopa</i> CAPS 100mg	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
<i>droxidopa</i> CAPS 200mg, 300mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOLN 1mg/ml	1	
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 2mg	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>hydralazine hcl</i> SOLN 20mg/ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>ivabradine hcl</i> TABS 5mg, 7.5mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>metyrosine</i> CAPS 250mg	1	NDS, NM, PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>midodrine hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>minoxidil</i> TABS 2.5mg, 10mg	1	
<i>ranolazine</i> TB12 500mg, 1000mg	1	
VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
NITRATES		
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	1	
<i>isosorbide mononitrate</i> TB24 30mg, 60mg, 120mg	1	
NITRO-BID OINT 2%	1	
<i>nitroglycerin</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SOLN .4mg/spray; SUBL .3mg, .4mg, .6mg	1	
PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION		
<i>alyq</i> TABS 20mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>ambrisentan</i> TABS 5mg, 10mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>bosentan</i> TABS 62.5mg, 125mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
OPSUMIT TABS 10mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<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)
ANTIDEMENTIA		
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 5mg; TBDP 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 10mg; TBDP 10mg	1	

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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 titration pack</i>	1	PA; PA applies if 29 years and younger
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 14-10 mg</i>	1	
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 21-10 mg</i>	1	
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 28-10 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)
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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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	
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	

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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 10-100mg</i>	1	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	1	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	1	
<i>entacapone</i> TABS 200mg	1	
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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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
<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	1	
<i>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>haloperidol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	
<i>haloperidol decanoate</i> SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	1	
<i>haloperidol lactate</i> 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)

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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)
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	1	
<i>lurasidone hcl</i> TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lurasidone hcl</i> 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)
<i>molindone hcl</i> 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
<i>olanzapine</i> SOLR 10mg	1	QL (3 vials / 1 day)
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TBDP 5mg, 15mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days), ST
<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)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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)
<i>ziprasidone hcl</i> CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>ziprasidone mesylate</i> SOLR 20mg	1	QL (6 injections / 3 days)
ANTISEIZURE AGENTS		
APTIOM TABS 200mg, 400mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
APTIOM TABS 600mg, 800mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
BRIVIACT SOLN 10mg/ml	1	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg, 200mg; CP12 100mg, 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TABS 200mg; TB12 100mg, 200mg, 400mg	1	
<i>clobazam</i> SUSP 2.5mg/ml	1	QL (480 mL / 30 days), PA

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>clobazam</i> TABS 10mg, 20mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>clonazepam</i> TABS 2mg; TBDP 2mg	1	QL (300 tabs / 30 days)
<i>clonazepam</i> TABS .5mg, 1mg; TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg	1	QL (180 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
DIACOMIT CAPS 250mg	1	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, PA
DIACOMIT CAPS 500mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
DIACOMIT PACK 250mg	1	NDS, QL (360 packets / 30 days), NM, PA
DIACOMIT PACK 500mg	1	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml	1	QL (1200 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
<i>diazepam</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg	1	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	1	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	1	
<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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	1	QL (10 nasal units per 30 days)
<i>oxcarbazepine</i> SUSP 300mg/5ml; TABS 150mg, 300mg, 600mg	1	
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml	1	QL (1500 mL / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>phenobarbital</i> 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
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>phenytek</i> CAPS 200mg, 300mg	1	
<i>phenytoin</i> CHEW 50mg; SUSP 125mg/5ml	1	
<i>phenytoin sodium</i> SOLN 50mg/ml	1	
<i>phenytoin sodium extended</i> CAPS 100mg, 200mg, 300mg	1	

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>pregabalin</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	1	QL (120 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> CAPS 200mg	1	QL (90 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> CAPS 225mg, 300mg	1	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> SOLN 20mg/ml	1	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>primidone</i> TABS 50mg, 125mg, 250mg	1	
<i>roweepra</i> TABS 500mg	1	
<i>rufinamide</i> SUSP 40mg/ml	1	NDS, QL (2400 mL / 30 days), PA
<i>rufinamide</i> TABS 200mg	1	QL (480 tabs / 30 days), PA
<i>rufinamide</i> 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)
<i>subvenite</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	
SYMPAZAN FILM 5mg, 10mg, 20mg	1	NDS, QL (60 films / 30 days), PA
<i>tiagabine hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	1	
<i>topiramate</i> CPSP 15mg, 25mg, 50mg; TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1	
<i>valproate sodium</i> SOLN 100mg/ml, 250mg/5ml	1	
<i>valproic acid</i> CAPS 250mg	1	
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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
XCOPRI TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
XCOPRI TABS 150mg, 200mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
XCOPRI PAK 12.5-25	1	QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 50-100MG	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 100-150	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
ZONISADE SUSP 100mg/5ml	1	NDS, QL (900 mL / 30 days), PA
<i>zonisamide</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	1	
ZTALMY SUSP 50mg/ml	1	NDS, QL (1100 mL / 30 days), NM, PA

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

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

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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)
<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

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>cyclobenzaprine hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	QL (90 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>dantrolene sodium</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>methocarbamol</i> TABS 500mg	1	QL (360 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>methocarbamol</i> TABS 750mg	1	QL (240 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>tizanidine hcl</i> TABS 2mg, 4mg	1	
NARCOLEPSY/CATAPLEXY		
<i>armodafinil</i> TABS 50mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>armodafinil</i> TABS 150mg, 200mg, 250mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>modafinil</i> TABS 100mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>modafinil</i> TABS 200mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
SODIUM OXYBATE SOLN 500mg/ml	1	NDS, QL (540 mL / 30 days), NM, PA
PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC		
<i>acamprosate calcium</i> TBEC 333mg	1	
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 2mg, 8mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 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)</i> TB12 150mg	1	QL (60 tabs / 30 days)

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>disulfiram</i> TABS 250mg, 500mg	1	
<i>naloxone hcl</i> LIQD 4mg/0.1ml; SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY .4mg/ml, 2mg/2ml	1	
<i>naltrexone hcl</i> TABS 50mg	1	
NICOTROL INHALER INHA 10mg	1	
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	1	
<i>varenicline tartrate</i> TABS .5mg, 1mg	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)
VIVITROL SUSR 380mg	1	NDS, NM

ENDOCRINE AND METABOLIC

ANDROGENS

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

ANTIDIABETICS

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

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

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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	
CEQR SIMPL KIT PATCH 2U (3-DAY)	1	QL (10 patches / 30 days), PA
CEQR SIMPL KIT PATCH 2U (4-DAY)	1	QL (8 patches / 24 days), PA
CEQR SIMPL MIS INSERTER	1	QL (2 inserters / year), PA
FIASP SOLN 100unit/ml	1	
FIASP FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml	1	
FIASP PENFILL SOCT 100unit/ml	1	
FIASP PUMPCART SOCT 100unit/ml	1	B/D
GAUZE PADS 2" X 2"	1	PA
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml	1	NDS, B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml	1	NDS
INSULIN PEN NEEDLES: BD-EMBECTA	1	PA
INSULIN SAFETY NEEDLES: BD-EMBECTA	1	PA
INSULIN SYRINGES: BD-EMBECTA	1	PA
NOVOLIN INJ 70/30	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN INJ 70/30 FP	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
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)

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

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

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

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

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (continuous) tab 90-20 mcg</i>	1	
<i>levora 0.15/30-28</i>	1	
<i>LILETTA IUD 20.1mcg/day</i>	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>lutera</i>	1	
<i>lyleq TABS .35mg</i>	1	

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

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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
<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

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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 MINIQUICK PRSY .2mg	1	NM, PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	1	NDS, NM, PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	1	NDS, NM, PA
<i>javygtor</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	1	NDS, NM, PA
<i>lanreotide acetate</i> SOLN 120mg/0.5ml	1	NDS, NM, PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	1	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	1	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg)	1	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg)	1	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH KIT 45mg)	1	NDS, NM, PA
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i> TABS 300mg	1	NDS, NM, PA
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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; <i>SOSY</i> 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>levoxyf</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	
SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
<i>unithroid</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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	
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> CONC 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

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>loperamide hcl</i> CAPS 2mg	1	
<i>misoprostol</i> TABS 100mcg, 200mcg	1	
MOVANTIK TABS 12.5mg, 25mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml	1	NDS, QL (28 syringes / 28 days), PA
<i>sucralfate</i> TABS 1gm	1	
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg; TABS 250mg, 500mg	1	
VOWST CAP	1	NDS, QL (12 caps / 30 days), NM, PA
XERMELO TABS 250mg	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
XIFAXAN TABS 550mg	1	NDS, PA
ZENPEP CAP 3000UNIT	1	
ZENPEP CAP 5000UNIT	1	
ZENPEP CAP 10000UNIT	1	
ZENPEP CAP 15000UNIT	1	
ZENPEP CAP 20000UNIT	1	
ZENPEP CAP 25000UNIT	1	
ZENPEP CAP 40000UNIT	1	
ZENPEP CAP 60000UNIT	1	
PROTON PUMP INHIBITORS		
<i>esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg, 40mg	1	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>pantoprazole sodium</i> SOLR 40mg; TBEC 20mg, 40mg	1	
<i>rabeprazole sodium</i> TBEC 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
GENITOURINARY		
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA		
<i>alfuzosin hcl</i> TB24 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>dutasteride</i> CAPS .5mg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>finasteride</i> TABS 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tadalafil</i> TABS 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>tamsulosin hcl</i> CAPS .4mg	1	QL (60 caps / 30 days)
MISCELLANEOUS		
<i>acetic acid</i> SOLN .25%	1	
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	1	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	1	
URINARY ANTISPASMODICS		
<i>fesoterodine fumarate</i> TB24 4mg, 8mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
GEMTESA TABS 75mg	1	QL (30 tabs / 30 days)

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

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS		
FULPHILA SOSY 6mg/0.6ml	1	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	1	NM, PA
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	1	NDS, NM, PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	1	NDS, NM, PA
MISCELLANEOUS		
ALVAIZ TABS 9mg, 54mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
ALVAIZ TABS 18mg, 36mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	1	
BERINERT KIT 500unit	1	NDS, QL (24 boxes / 30 days), NM, PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	1	
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	
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

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

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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

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

DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS)

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

IMMUNOGLOBULINS

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

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
<i>azathioprine</i> 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
<i>cyclosporine</i> CAPS 25mg, 100mg	1	B/D, NM
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	1	B/D, NM
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	1	NDS, B/D, NM
<i>engraf</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	1	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> CAPS 250mg; TABS 500mg	1	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> SUSR 200mg/ml	1	NDS, B/D, NM
<i>mycophenolate sodium</i> 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
<i>sirolimus</i> SOLN 1mg/ml	1	NDS, B/D, NM
<i>sirolimus</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	B/D, NM
<i>tacrolimus</i> 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	
DENGVAXIA SUS	1	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	1	B/D
ENGERIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	1	B/D
GARDASIL 9 SUSP .5ml; SUSY .5ml	1	
HAVRIX SUSP 1440elu/ml; SUSY 720elu/0.5ml	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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	

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS		
<i>ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE</i>		
D2.5W/NAACL INJ 0.45%	1	
D10W/NAACL 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/NAACL 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 NAACL 0.9% INJ	1	
POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.45% INJ	1	
POT CHL 40MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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 8</i> TBCR 8meq	1	
<i>klor-con 10</i> TBCR 10meq	1	
<i>klor-con m10</i> TBCR 10meq	1	
<i>klor-con m15</i> TBCR 15meq	1	
<i>klor-con m20</i> TBCR 20meq	1	
M-NATAL PLUS TAB	1	
<i>potassium chloride</i> CPCR 8meq, 10meq; PACK 20meq; SOLN 10%, 20%; TBCR 8meq, 10meq, 20meq	1	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals</i> TBCR 10meq, 15meq, 20meq	1	
PRENATAL TAB 27-1MG	1	
PRENATAL TAB PLUS	1	
<i>sodium fluoride</i> chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln	1	
WESTAB PLUS TAB 27-1MG	1	
<i>IV NUTRITION</i>		
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	1	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	1	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	1	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	1	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	1	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	1	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	1	B/D
<i>clinisol sf</i> 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

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TROPHAMINE INJ 10%	1	B/D
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	
XDEMVI SOLN .25%	1	NDS, NM, PA
ZIRGAN GEL .15%	1	
ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>bromfenac sodium (ophth) SOLN .07%, .075%</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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	
ZERVIATE SOLN .24%	1	
ANTI GLAUCOMA		
<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</i> 2-0.5%	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	

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
RESTASIS EMUL .05%	1	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	1	
XIIDRA SOLN 5%	1	
OTIC		
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid (otic)</i> SOLN 2%	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	1	
<i>flac</i> OIL .01%	1	
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i> OIL .01%	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)</i> SOLN .3%	1	
RESPIRATORY		
ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	1	QL (60 blisters / 30 days)
BEVESPI AER 9-4.8MCG	1	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE	1	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	1	QL (4 inhalers / 28 days)
COMBIVENT AER 20-100	1	QL (2 inhalers / 30 days)
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 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</i> SOLN .02%	1	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal)</i> SOLN .03%, .06%	1	
ANTI-HISTAMINES		
<i>azelastine hcl</i> SOLN .1%	1	
<i>cetirizine hcl</i> SOLN 5mg/5ml	1	QL (300 mL / 30 days)
<i>ciproheptadine hcl</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg	1	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>diphenhydramine hcl</i> SOLN 50mg/ml	1	
<i>hydroxyzine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml	1	PA; PA applies if 70 years and older

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	1	NDS, NM, PA
BRONCHITOL CAPS 40mg	1	NDS, QL (560 caps / 28 days), NM, PA
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	1	B/D
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	1	(generic of EpiPen)
<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)

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 80-4.5 mcg/act</i>	1	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 160-4.5 mcg/act</i>	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 CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	1	PA
<i>amnestem CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	1	PA
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i>	1	QL (46.6 gm / 30 days)
<i>claravis CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	1	PA
<i>clindamycin phosphate (topical) GEL 1%</i>	1	QL (75 mL / 30 days)
<i>clindamycin phosphate (topical) LOTN 1%; SOLN 1%</i>	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>ery PADS 2%</i>	1	QL (60 pledgets / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid) GEL 2%</i>	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid) SOLN 2%</i>	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>isotretinoin CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	1	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne) LOTN 10%</i>	1	QL (118 mL / 30 days)
<i>tretinoin CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025%</i>	1	QL (45 gm / 30 days), PA
<i>twice-daily clindamycin phosphate (topical) GEL 1%</i>	1	QL (75 gm / 30 days)
<i>zenatane CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	1	PA

DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS		
<i>ciclopirox SHAM 1%</i>	1	QL (120 mL / 30 days)
<i>ciclopirox olamine CREA .77%</i>	1	QL (90 gm / 30 days)
<i>ciclopirox olamine SUSP .77%</i>	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole (topical) CREA 1%</i>	1	QL (45 gm / 30 days)
<i>clotrimazole (topical) SOLN 1%</i>	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i>	1	QL (45 gm / 30 days)
<i>econazole nitrate CREA 1%</i>	1	QL (85 gm / 30 days)
<i>ketconazole (topical) CREA 2%</i>	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>ketconazole (topical) SHAM 2%</i>	1	QL (120 mL / 30 days)
<i>klayesta POWD 100000unit/gm</i>	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>nyamyc POWD 100000unit/gm</i>	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical) CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm</i>	1	QL (30 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical) POWD 100000unit/gm</i>	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystop POWD 100000unit/gm</i>	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>selenium sulfide LOTN 2.5%</i>	1	
DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS		
<i>acitretin CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg</i>	1	PA
<i>calcipotriene CREA .005%; OINT .005%</i>	1	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>calcipotriene SOLN .005%</i>	1	QL (120 mL / 30 days), PA
<i>calcitrene OINT .005%</i>	1	QL (120 gm / 30 days), PA
ENSTILAR AER	1	NDS, QL (120 gm / 30 days), PA
<i>tazarotene CREA .05%, .1%</i>	1	QL (60 gm / 30 days), PA
TAZORAC CREA .05%	1	QL (60 gm / 30 days), PA
DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS		
<i>ala-cort CREA 1%</i>	1	
<i>alclometasone dipropionate CREA .05%; OINT .05%</i>	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical) CREA .05%; OINT .05%</i>	1	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical) LOTN .05%</i>	1	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%</i>	1	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented LOTN .05%</i>	1	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone valerate CREA .1%; OINT .1%</i>	1	QL (120 gm / 30 days)

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>betamethasone valerate</i> LOTN .1%	1	QL (120 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> SOLN .05%	1	QL (50 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate e</i> CREA .05%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .01%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .025%; OINT .025%	1	QL (120 gm / 30 days)
<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 2.5-2.5%</i>	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)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 5%	1	QL (40 gm / 30 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN 2%, 5%	1	QL (10 mL / 30 days)
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 1%, 2.5%	1	
<i>imiquimod</i> CREA 5%	1	QL (24 packets / 30 days)
<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	

Сведения о значении символов и сокращений, используемых в этой таблице, можно найти на стр 22.

Drug Name**Drug Tier Requirements/Limits****_PART B*****DIABETIC METERS AND TEST STRIPS***

DEXCOM G6 MIS RECEIVER	0	PA
DEXCOM G6 MIS SENSOR	0	PA
DEXCOM G6 MIS TRANSMIT	0	PA
DEXCOM G7 MIS RECEIVER	0	PA
DEXCOM G7 MIS SENSOR	0	PA
FREESTY LIBR KIT 2 SENSOR	0	PA
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. Алфавитный указатель покрываемых лекарственных препаратов

В этом разделе можно найти препарат по его названию в алфавитном порядке. Это позволит узнать номер страницы, на которой приведена дополнительная информация о покрытии данного препарата.

<i>abacavir sulfate</i> 27	<i>acyclovir sodium</i> 30	ALECENSA..... 36
<i>abacavir sulfate-</i> <i>lamivudine tab 600-</i> <i>300 mg</i> 28	ADACEL INJ..... 86	<i>alendronate sodium</i> 69
ABELCET 26	ADALIMUMAB-AACF (2 PEN)..... 82	<i>alfuzosin hcl</i> 80
ABILIFY ASIMTUFII .54	ADALIMUMAB-AACF (2 SYRING..... 82	<i>aliskiren fumarate</i> .. 50
ABILIFY MAINTENA .54	ADALIMUMAB-AACF STARTER P 83	<i>allopurinol</i> 23
<i>abiraterone acetate</i> .34	<i>adefovir dipivoxil</i> ... 30	<i>alosetron hcl</i> 79
<i>abirtega</i> 34	ADMELOG 68	<i>alprazolam</i> 51
ABRYSVO 86	ADMELOG SOLOSTAR 68	<i>altavera</i> 70
<i>acamprosate calcium</i> 65	ADVAIR HFA AER 115/21 95	ALUNBRIG 36
<i>acarbose</i> 66	ADVAIR HFA AER 230/21 95	ALUNBRIG PAK 36
<i>accutane</i> 96	ADVAIR HFA AER 45/21 95	ALVAIZ 82
<i>acebutolol hcl</i> 49	<i>afirmelle</i> 70	ALVESCO..... 95
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i> 24	AIMOVIG 63	<i>alyacen 1/35</i> 70
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i> 24	AIRSUPRA AER 90- 80MCG 95	<i>alyacen 7/7/7</i> 70
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i> 24	AKEEGA TAB 100/500 34	ALYFTREK TAB 10-50- 125..... 93
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i> 24	AKEEGA TAB 50/500MG 34	ALYFTREK TAB 4-20- 50 93
<i>acetazolamide</i> 50	<i>ala-cort</i> 97	ALYGLO..... 85
<i>acetic acid</i> 80	<i>albendazole</i> 25	<i>alyq</i> 51
<i>acetic acid (otic)</i> 92	<i>albuterol sulfate</i> 93	<i>amantadine hcl</i> 53
<i>acetylcysteine</i> 93	<i>alclometasone dipropionate</i> 97	<i>ambrisentan</i> 51
<i>acitretin</i> 97	ALCOHOL SWABS: BD- EMBECTA/MHC/RUG BY..... 68	<i>amethia</i> 70
ACTHIB INJ..... 86	ALDURAZYME 76	<i>amethyst</i> 70
ACTIMMUNE..... 86		<i>amikacin sulfate</i> 25
<i>acyclovir</i> 30		<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i> 50
		<i>amiloride hcl</i> 50
		<i>amiodarone hcl</i> 47
		<i>amitriptyline hcl</i> 52
		<i>amlodipine besylate</i> 49
		<i>amlodipine besylate-</i> <i>benazepril hcl cap</i> <i>10-20 mg</i> 45

Если у вас возникли вопросы, звоните в Central Health Medicare Plan по номеру (800) 665-3086, ТТУ: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	45	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	32	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	61
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i>	44	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	32	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 10 mg</i>	61
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5- 10 mg</i>	45	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i> ..	32	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	61
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5- 20 mg</i>	45	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	32	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 15 mg</i>	61
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5- 40 mg</i>	45	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250- 125 mg</i>	32	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 20 mg</i>	61
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10- 20 mg</i>	46	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500- 125 mg</i>	32	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 30 mg</i>	61
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10- 40 mg</i>	46	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875- 125 mg</i>	32	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 5 mg</i>	61
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>	46	<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	32	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	61
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>	46	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	61	<i>amphotericin b</i>	26
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 10-160 mg</i>	46	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	61	<i>amphotericin b liposome</i>	26
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 10-320 mg</i>	46	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	61	<i>ampicillin</i>	32
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 5-160 mg</i>	46	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	61	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	32
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 5-320 mg</i>	46	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	61	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2- 1) gm</i>	32
<i>amnesteem</i>	96	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	61	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	32
<i>amoxapine</i>	52			<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	32
<i>amoxicillin</i>	32			<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	32
				<i>ampicillin sodium</i> ...	32
				<i>anagrelide hcl</i>	82
				<i>anastrozole</i>	35

ANORO ELLIPT AER 62.5-25 92	<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg 27</i>	BALVERSA 37
<i>aprepitant 78</i>	ATROPINE SULFATE 91	<i>balziva 70</i>
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg 78</i>	<i>atropine sulfate (ophthalmic)..... 91</i>	BARACLUDGE..... 30
<i>apri..... 70</i>	ATROVENT HFA..... 92	BASAGLAR KWIKPEN 68
APTIOM..... 57	<i>aubra eq 70</i>	BCG VACCINE 86
APTIVUS..... 27	AUGTYRO..... 36	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg ... 45</i>
ARALAST NP 94	<i>aurovela 1/20..... 70</i>	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg ... 45</i>
<i>aranelle..... 70</i>	<i>aurovela 24 fe 70</i>	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg 45</i>
ARCALYST 86	<i>aurovela fe 1.5/30 . 70</i>	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg 45</i>
AREXVY..... 86	<i>aurovela fe 1/20 70</i>	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg 45</i>
ARIKAYCE..... 25	AUSTEDO..... 63	<i>benazepril hcl 45</i>
<i>aripiprazole..... 54</i>	AUSTEDO XR 63, 64	BENDAMUSTINE HYDROCHLORID .. 33
ARISTADA 55	AUSTEDO XR TAB TITR KIT 64	BENDEKA 33
ARISTADA INITIO ... 55	AUVELITY TAB 45- 105MG..... 52	BENLYSTA 86
<i>armodafinil 65</i>	<i>aviane 70</i>	<i>benzoyl peroxide- erythromycin gel 5- 3% 96</i>
ARNUITY ELLIPTA ... 95	<i>ayuna 70</i>	<i>benztropine mesylate 53, 54</i>
<i>asenapine maleate.. 55</i>	AYVAKIT 37	BERINERT 82
<i>ashlyna 70</i>	<i>azacitidine 34</i>	BESIVANCE 90
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg..... 82</i>	<i>azathioprine 86</i>	BESREMI 36
ASTAGRAF XL 86	<i>azelastine hcl 92</i>	<i>betaine powder for oral solution..... 76</i>
<i>atazanavir sulfate ... 27</i>	<i>azelastine hcl (ophth) 91</i>	<i>betamethasone dipropionate (topical) 97</i>
<i>atenolol..... 49</i>	<i>azithromycin 31</i>	<i>betamethasone dipropionate augmented 97</i>
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg..... 48</i>	<i>aztreonam 25</i>	<i>betamethasone valerate..... 97, 98</i>
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg 48</i>	<i>azurette..... 70</i>	
<i>atomoxetine hcl 62</i>	<i>bacitracin (ophthalmic)..... 90</i>	
<i>atorvastatin calcium 48</i>	<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint 90</i>	
<i>atovaquone..... 25</i>	<i>bacitracin-polymyxin- neomycin-hc ophth oint 1% 90</i>	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg 27</i>	<i>baclofen..... 64</i>	
	BAFIERTAM 64	
	<i>balsalazide disodium 78</i>	

Если у вас возникли вопросы, звоните в Central Health Medicare Plan по номеру (800) 665-3086, ТТУ: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

BETASERON.....	64	BREZTRI AERO AER	2-0.5 mg (base
<i>betaxolol hcl</i>	49	SPHERE	<i>equiv</i>)
<i>betaxolol hcl (ophth)</i>		(INSTITUTIONAL	<i>buprenorphine hcl-</i>
.....	91	PACK)	<i>naloxone hcl sl tab</i>
<i>bethanechol chloride</i>		<i>briellyn</i>	8-2 mg (base <i>equiv</i>)
.....	80	BRILINTA.....	.....
BETOPTIC-S.....	91	<i>brimonidine tartrate</i>	.....
BEVESPI AER 9-		<i>brinzolamide</i>	<i>bupropion hcl</i>
4.8MCG	92	BRIVIACT.....	.....
<i>bexarotene</i>	36	<i>bromfenac sodium</i>	(<i>smoking deterrent</i>)
<i>bexarotene (topical)</i>	98	(<i>ophth</i>) .....	.....
BEXSERO.....	86	<i>bromocriptine</i>	<i>buserone hcl</i>
<i>bicalutamide</i>	35	<i>mesylate</i>	<i>butorphanol tartrate</i>
BICILLIN L-A.....	32	BRONCHITOL .....	.....
BIKTARVY TAB 30-		BRUKINSA	<i>cabergoline</i>
120-15 MG.....	28	<i>budesonide</i>	CABOMETYX
BIKTARVY TAB 50-		<i>budesonide</i>	<i>calcipotriene</i>
200-25 MG.....	28	(<i>inhalation</i>)	<i>calcitonin (salmon)</i>
<i>bisoprolol &</i>		<i>budesonide-formoterol</i>	<i>spray</i>
<i>hydrochlorothiazide</i>		<i>fumarate dihyd</i>	<i>calcitrene</i>
<i>tab 10-6.25 mg ...</i>	48	<i>aerosol 160-4.5</i>	<i>calcitriol</i>
<i>bisoprolol &</i>		<i>mcg/act</i>	<i>calcitriol (oral)</i>
<i>hydrochlorothiazide</i>		<i>budesonide-formoterol</i>	CALQUENCE.....
<i>tab 2.5-6.25 mg ..</i>	48	<i>fumarate dihyd</i>	<i>camila</i>
<i>bisoprolol &</i>		<i>aerosol 80-4.5</i>	<i>camrese</i>
<i>hydrochlorothiazide</i>		<i>mcg/act</i>	<i>camrese lo</i>
<i>tab 5-6.25 mg</i>	48	<i>bumetanide</i>	<i>candesartan cilexetil</i>
<i>bisoprolol fumarate</i>	49	<i>buprenorphine</i>	<i>hydrochlorothiazide</i>
BIVIGAM	85	<i>buprenorphine hcl</i> ..	<i>tab 16-12.5 mg ...</i>
<i>blisovi 24 fe</i>	70	<i>buprenorphine hcl-</i>	<i>candesartan cilexetil-</i>
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	70	<i>naloxone hcl sl film</i>	<i>hydrochlorothiazide</i>
BOOSTRIX INJ	86	12-3 mg (base	<i>tab 32-12.5 mg ...</i>
<i>bortezomib</i>	37	<i>equiv</i>).....	<i>candesartan cilexetil-</i>
BORTEZOMIB.....	37	<i>buprenorphine hcl-</i>	<i>hydrochlorothiazide</i>
<i>bosentan</i>	51	<i>naloxone hcl sl film</i>	<i>tab 32-25 mg</i>
BOSULIF.....	37	2-0.5 mg (base	CAPLYTA
BRAFTOVI.....	37	<i>equiv</i>).....	CAPRELSA
BREO ELLIPTA INH		<i>buprenorphine hcl-</i>	<i>captopril</i>
100-25	95	<i>naloxone hcl sl film</i>	<i>captopril &</i>
BREO ELLIPTA INH		4-1 mg (base <i>equiv</i>)	<i>hydrochlorothiazide</i>
200-25	95	.....	<i>tab 25-15 mg</i>
BREO ELLIPTA INH 50-		<i>buprenorphine hcl-</i>	<i>captopril &</i>
25MCG	95	<i>naloxone hcl sl film</i>	<i>hydrochlorothiazide</i>
<i>breyna</i>	95	8-2 mg (base <i>equiv</i>)	<i>tab 25-25 mg</i>
BREZTRI AERO AER		.....	<i>captopril &</i>
SPHERE	92	<i>buprenorphine hcl-</i>	<i>hydrochlorothiazide</i>
		<i>naloxone hcl sl tab</i>	<i>tab 50-15 mg</i>

<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	45	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	54	CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (3-DAY)	68
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i>	54	<i>carboplatin</i>	33	CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (4-DAY)	68
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	54	<i>carglumic acid</i>	76	CEQUR SIMPL MIS INSERTER.....	68
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	54	<i>carisoprodol</i>	64	CERDELGA.....	76
<i>carbamazepine</i>	57	<i>carteolol hcl (ophth)</i>	91	CEREZYME.....	76
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	54	<i>cartia xt</i>	49	<i>cetirizine hcl</i>	92
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	54	<i>carvedilol</i>	49	<i>cevimeline hcl</i>	99
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	54	<i>casprofungin acetate</i>	27	<i>chateal eq</i>	71
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	54	CAYSTON.....	25	CHEMET	70
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	54	<i>cefaclor</i>	30	<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>	99
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i> ..	54	<i>cefadroxil</i>	30	<i>chloroquine phosphate</i>	27
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	54	CEFAZOLIN	30	<i>chlorpromazine hcl</i> .	55
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	54	CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML.....	31	<i>chlorthalidone</i>	50
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	54	<i>cefazolin sodium</i>	31	<i>cholestyramine</i>	48
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	54	CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%..	31	<i>cholestyramine light</i>	48
		CEFAZOLIN/DEX SOL 1GM/50ML-4% ...	31	<i>ciclopirox</i>	97
		CEFAZOLIN/DEX SOL 2GM/50ML-3% ...	31	<i>ciclopirox olamine</i> ...	97
		CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/150ML-4%..	31	<i>cilostazol</i>	82
		CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/50ML-2% ...	31	CILOXAN	90
		<i>cefdinir</i>	31	CIMDUO TAB 300-300	29
		<i>cefepime hcl</i>	31	<i>cinacalcet hcl</i>	76
		<i>cefixime</i>	31	<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	31
		<i>cefotetan disodium</i> .	31	<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	32
		<i>cefoxitin sodium</i>	31	<i>ciprofloxacin hcl</i>	32
		<i>cefpodoxime proxetil</i>	31	<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>	90
		<i>cefprozil</i>	31	<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	92
		<i>ceftazidime</i>	31	<i>cisplatin</i>	33
		<i>ceftriaxone sodium</i> .	31		
		<i>cefuroxime axetil</i> ...	31		
		<i>cefuroxime sodium</i> .	31		
		<i>celecoxib</i>	23		
		<i>cephalexin</i>	31		

Если у вас возникли вопросы, звоните в Central Health Medicare Plan по номеру (800) 665-3086, ТТУ: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

<i>citalopram</i>	<i>clomipramine hcl</i> ...	CORLANOR.....
<i>hydrobromide</i>	52	50
<i>claravis</i>	<i>clonazepam</i>	COSENTYX
96	58	83
<i>clarithromycin</i>	<i>clonidine</i>	COSENTYX
31	50	SENSOREADY PEN83
<i>clindamycin hcl</i>	<i>clonidine hcl</i>	COSENTYX UNOREADY
25	50	.....
<i>clindamycin palmitate</i>	<i>clopidogrel bisulfate</i>	83
<i>hydrochloride</i>	82	COTELLIC.....
25	<i>clorazepate</i>	37
<i>clindamycin phosphate</i>	<i>dipotassium</i>	CREON CAP 12000UNT
.....	58	.....
25	<i>clotrimazole</i>	79
<i>clindamycin phosphate</i>	<i>clotrimazole (topical)</i>	CREON CAP 24000UNT
<i>(topical)</i> .....	.....	.....
96	97	79
<i>clindamycin phosphate</i>	<i>clotrimazole w/</i>	CREON CAP 3000UNIT
<i>in d5w iv soln 300</i>	<i>betamethasone</i>	.....
<i>mg/50ml</i>	<i>cream 1-0.05%</i> ..	79
25	97	CREON CAP 36000UNT
<i>clindamycin phosphate</i>	<i>clozapine</i> .....	.....
<i>in d5w iv soln 600</i>	55	79
<i>mg/50ml</i>	COARTEM TAB 20-	CREON CAP 6000UNIT
25	120MG.....	.....
<i>clindamycin phosphate</i>	27	79
<i>in d5w iv soln 900</i>	COBENFY CAP 100-	CREON CAP 6000UNIT
<i>mg/50ml</i>	20MG .....	.....
25	55	79
<i>clindamycin phosphate</i>	COBENFY CAP 125-	<i>cromolyn sodium</i>
<i>in d5w iv soln 900</i>	30MG	94
<i>mg/50ml</i>	55	<i>cromolyn sodium</i>
25	COBENFY CAP 50-	<i>(mastocytosis)</i>
<i>clindamycin phosphate</i>	20MG	79
<i>vaginal</i>	55	<i>cromolyn sodium</i>
81	COBENFY STRT CAP	<i>(ophth)</i>
CLINDMYC/NAC INJ	PACK	91
300/50ML	55	<i>cryselle-28</i>
25	<i>colchicine</i>	71
CLINDMYC/NAC INJ	23	<i>cyclobenzaprine hcl</i>
600/50ML	<i>colchicine w/</i>	65
25	<i>probenecid tab 0.5-</i>	<i>cyclophosphamide</i> .
CLINDMYC/NAC INJ	500 mg.....	33,
900/50ML	23	34
25	<i>colesevelam hcl</i>	CYCLOPHOSPHAMIDE
CLINIMIX INJ	48	.....
4.25/D10	<i>colestipol hcl</i>	33, 34
89	48	CYCLOPHOSPHAMIDE
CLINIMIX INJ	<i>colistimethate sodium</i>	MONOHYDR
4.25/D5W .....	.....	34
89	25	<i>cycloserine</i>
CLINIMIX INJ	COMBIGAN SOL	29
5%/D15W	0.2/0.5%	<i>cyclosporine</i>
89	91	86
CLINIMIX INJ	COMBIVENT AER 20-	<i>cyclosporine modified</i>
5%/D20W	100	<i>(for microemulsion)</i>
89	92	.....
CLINIMIX INJ 6/5 ...	COMETRIQ (60MG	86
89	DOSE)	<i>cyproheptadine hcl</i> .
CLINIMIX INJ 8/10..	37	92
89	COMETRIQ KIT 100MG	<i>cyred eq</i>
CLINIMIX INJ 8/14..	.....	71
89	37	CYSTADROPS.....
<i>clinisol sf 15%</i>	COMETRIQ KIT 140MG	91
89	.....	CYSTAGON
CLINOLIPID EMU 20%	37	76
.....	COMPLERA TAB	CYSTARAN.....
89	29	91
<i>clobazam</i>	78	<i>cytarabine</i>
57, 58	<i>compro</i>	34
<i>clobetasol propionate</i>	<i>constulose</i>	D10W/NACL INJ 0.2%
.....	79	.....
98	COPAXONE.....	88
<i>clobetasol propionate</i>	64	D2.5W/NACL INJ
<i>e</i>	COPIKTRA.....	0.45%.....
98	37	88
		<i>dabigatran etexilate</i>
		<i>mesylate</i>
		81

<i>dalfampridine</i> 64	DEXAMETHASONE	<i>dextrose 5% w/</i>
<i>danazol</i> 66	INTENSOL 75	<i>sodium chloride</i>
<i>dantrolene sodium</i> .. 65	<i>dexamethasone</i>	<i>0.9%</i> 88
DANZITEN 37	<i>sodium phosphate</i> 75	DIACOMIT 58
<i>dapsone</i> 25	<i>dexamethasone</i>	<i>diazepam</i> 58
DAPTACEL INJ 86	<i>sodium phosphate</i>	<i>diazepam</i>
<i>daptomycin</i> 25	<i>(ophth)</i> 90	<i>(anticonvulsant)</i> .. 58
DAPTOMYCIN 25	DEXCOM G6 MIS	<i>diazepam inj</i> 58
<i>darunavir</i> 27, 28	RECEIVER 100	<i>diazepam intensol</i> .. 58
<i>dasatinib</i> 37, 38	DEXCOM G6 MIS	<i>diazoxide</i> 76
<i>dasetta 1/35</i> 71	SENSOR..... 100	<i>diclofenac potassium</i>
<i>dasetta 7/7/7</i> 71	DEXCOM G6 MIS	..... 23
DAURISMO 38	TRANSMIT 100	<i>diclofenac sodium</i> ... 23
<i>daysee</i> 71	DEXCOM G7 MIS	<i>diclofenac sodium</i>
DAYVIGO..... 62	RECEIVER 100	<i>(ophth)</i> 91
<i>deblitane</i> 71	DEXCOM G7 MIS	<i>diclofenac sodium</i>
<i>deferasirox</i> 70	SENSOR..... 100	<i>(topical)</i> 98
DELSTRIGO TAB 29	<i>dexmethylphenidate</i>	<i>dicloxacillin sodium</i> . 32
DENGVAXIA SUS 86	<i>hcl</i> 62	<i>dicyclomine hcl</i> 78
DEPO-SUBQ PROVERA	<i>dextrose</i> 89	DIFICID 31
104..... 71	<i>dextrose 10% w/</i>	<i>diflunisal</i> 23
<i>depo-testosterone</i> .. 66	<i>sodium chloride</i>	<i>difluprednate</i> 91
DESCOVY TAB 120-	<i>0.45%</i> 88	<i>digoxin</i> 50
15MG 29	<i>dextrose 2.5% w/</i>	<i>dihydroergotamine</i>
DESCOVY TAB	<i>sodium chloride</i>	<i>mesylate</i> 63
200/25MG 29	<i>0.45%</i> 88	DILANTIN 58
<i>desipramine hcl</i> 52	<i>dextrose 5% in</i>	<i>diltiazem hcl</i> 49
<i>desmopressin acetate</i>	<i>lactated ringers</i> ... 88	<i>diltiazem hcl coated</i>
..... 76	<i>dextrose 5% w/</i>	<i>beads</i> 49
<i>desmopressin acetate</i>	<i>sodium chloride</i>	<i>diltiazem hcl extended</i>
<i>spray</i> 76	<i>0.2%</i> 88	<i>release beads</i> 49
<i>desmopressin acetate</i>	<i>dextrose 5% w/</i>	<i>dilt-xr</i> 49
<i>spray refrigerated</i> 76	<i>sodium chloride</i>	DIP/TET PED INJ 25-
<i>desogest-eth estrad &</i>	<i>0.225%</i> 88	5LFU 86
<i>eth estrad tab 0.15-</i>	<i>dextrose 5% w/</i>	<i>diphenhydramine hcl</i>
<i>0.02/0.01 mg(21/5)</i>	<i>sodium chloride</i>	..... 92
..... 71	<i>0.3%</i> 88	<i>diphenoxylate w/</i>
<i>desvenlafaxine</i>	<i>dextrose 5% w/</i>	<i>atropine liq 2.5-</i>
<i>succinate</i> 52	<i>sodium chloride</i>	<i>0.025 mg/5ml</i> 79
<i>dexamethasone</i> 75	<i>0.45%</i> 88	

Если у вас возникли вопросы, звоните в Central Health Medicare Plan по номеру (800) 665-3086, ТТУ: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5- 0.025 mg</i> 79	<i>drospirenone-ethinyl estradiol-levomefolate tab 3-0.03-0.451 mg</i> 71	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i> .. 29
<i>dipyridamole</i> 82	<i>droxidopa</i> 50	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i> .. 29
<i>disopyramide phosphate</i> 47	DULERA AER 100- 5MCG 96	EMTRIVA 28
<i>disulfiram</i> 66	DULERA AER 200- 5MCG 96	EMVERM..... 25
<i>divalproex sodium</i> .. 58	DULERA AER 50-5MCG 96	<i>emzahh</i> 71
<i>docetaxel</i> 36	<i>duloxetine hcl</i> 52	<i>enalapril maleate</i> 45
DOCETAXEL 36	DUPIXENT 83	<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i> 45
DOCIVYX 36	<i>dutasteride</i> 80	<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i> 45
<i>dofetilide</i> 47	<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i> 80	ENBREL..... 83
<i>dolishale</i> 71	<i>e.e.s. 400</i> 31	ENBREL MINI 83
<i>donepezil hydrochloride</i> 51	<i>econazole nitrate</i> ... 97	ENBREL SURECLICK 83
DOPTELET 82	EDURANT..... 28	<i>endocet tab 10-325mg</i> 24
<i>dorzolamide hcl</i> 91	<i>efavirenz</i> 28	<i>endocet tab 2.5- 325mg</i> 24
<i>dorzolamide hcl- timolol maleate ophth soln 2-0.5%</i> 91	<i>efavirenz- emtricitabine- tenofovir df tab 600- 200-300 mg</i> 29	<i>endocet tab 5-325mg</i> 24
<i>dotti</i> 74	<i>efavirenz-lamivudine- tenofovir df tab 400- 300-300 mg</i> 29	<i>endocet tab 7.5- 325mg</i> 24
DOVATO TAB 50- 300MG 29	<i>efavirenz-lamivudine- tenofovir df tab 600- 300-300 mg</i> 29	ENGERIX-B..... 86
<i>doxazosin mesylate</i> 46	ELIGARD..... 35	<i>enilloring</i> 71
<i>doxepin hcl</i> 52	<i>elinest</i> 71	<i>enoxaparin sodium</i> . 81
<i>doxepin hcl (sleep)</i> . 62	ELIQUIS 81	<i>enpresse-28</i> 71
<i>doxorubicin hcl</i> 36	ELIQUIS STARTER PACK 81	<i>enskyce</i> 71
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> 36	<i>eluryng</i> 71	ENSTILAR AER 97
<i>doxy 100</i> 33	EMGALITY 63	<i>entacapone</i> 54
<i>doxycycline (monohydrate)</i> 33	EMSAM 52	<i>entecavir</i> 30
<i>doxycycline hyclate</i> . 33	<i>emtricitabine</i> 28	ENTRESTO CAP 15- 16MG 46
DRIZALMA SPRINKLE 52	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i> .. 29	ENTRESTO CAP 6-6MG 46
<i>dronabinol</i> 78	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i> .. 29	ENTRESTO TAB 24- 26MG 46
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i> 71		ENTRESTO TAB 49- 51MG 46
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i> 71		ENTRESTO TAB 97- 103MG 46
<i>drospirenone-ethinyl estradiol-levomefolate tab 3-0.02-0.451 mg</i> 71		<i>enulose</i> 79

EPCLUSA PAK 150-37.5.....	30	<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	75	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	48
EPCLUSA PAK 200-50MG	30	<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	75	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	48
EPCLUSA TAB 200-50MG	30	<i>estradiol vaginal</i>	75	FABRAZYME.....	76
EPCLUSA TAB 400-100	30	<i>estradiol valerate</i> ...	75	<i>falmina</i>	71
EPIDIOLEX.....	58	<i>eszopiclone</i>	62	<i>famciclovir</i>	30
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> 50, 94		<i>ethambutol hcl</i>	29	<i>famotidine</i>	78
<i>epitol</i>	58	<i>ethosuximide</i>	58	<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i>	78
<i>eplerenone</i>	45	<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	71	FANAPT.....	55
EPRONTIA	58	<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	71	FANAPT PAK	55
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	63	<i>etodolac</i>	23	FARXIGA	66
ERIVEDGE	38	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	71	FASENRA.....	94
ERLEADA.....	35	<i>etoposide</i>	36	FASENRA PEN	94
<i>erlotinib hcl</i>	38	<i>etravirine</i>	28	<i>feirza 1.5/30</i>	71
<i>errin</i>	71	EULEXIN	35	<i>feirza 1/20</i>	71
<i>ertapenem sodium</i> ..	25	<i>euthyrox</i>	77	<i>felbamate</i>	58
<i>ery</i>	96	<i>everolimus</i>	38	<i>felodipine</i>	49
<i>ery-tab</i>	31	<i>everolimus (immunosuppressant)</i>	86	<i>fenofibrate</i>	48
ERYTHROCIN LACTOBIONATE ...	31	EVOTAZ TAB 300-150	29	<i>fenofibrate micronized</i>	48
<i>erythromycin (acne aid)</i>	96	<i>exemestane</i>	35	<i>fenfentanyl</i>	23
<i>erythromycin (ophth)</i>	90	EYSUVIS	91	<i>fesoterodine fumarate</i>	80
<i>erythromycin base</i> ..	31	<i>ezetimibe</i>	48	FETZIMA	53
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	31	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	48	FETZIMA CAP TITRATIO	53
<i>erythromycin lactobionate</i>	31	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	48	FIASP	68
<i>escitalopram oxalate</i>	53			FIASP FLEXTOUCH..	68
<i>esomeprazole magnesium</i>	80			FIASP PENFILL	68
<i>estarylla</i>	71			FIASP PUMPCART ...	68
<i>estradiol</i>	75			<i>finasteride</i>	80
				<i>finzala</i>	71
				FIRMAGON	35
				<i>flac</i>	92
				FLAREX	91
				FLEBOGAMMA DIF ..	85

Если у вас возникли вопросы, звоните в Central Health Medicare Plan по номеру (800) 665-3086, ТТУ: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

<i>flecainide acetate</i> ... 47	<i>fosamprenavir calcium</i> 28	GARDASIL 9 86
<i>fluconazole</i> 27	<i>fosinopril sodium</i> ... 45	<i>gatifloxacin (ophth)</i> 90
<i>fluconazole in nacl</i> 0.9% inj 200 mg/100ml..... 27	<i>fosinopril sodium &</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 10-12.5 mg</i> .. 45	GATTEX..... 79
<i>fluconazole in nacl</i> 0.9% inj 400 mg/200ml..... 27	<i>fosinopril sodium &</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 20-12.5 mg</i> .. 45	GAUZE PADS 2..... 68
<i>flucytosine</i> 27	FOTIVDA..... 38	<i>gavilyte-c</i> 79
<i>fludrocortisone acetate</i> 75	FREESTY LIBR KIT 2 SENSOR.....100	<i>gavilyte-g</i> 79
<i>flunisolide (nasal)</i> ... 95	FREESTY LIBR KIT 3 SENSOR.....100	<i>gavilyte-n/flavor pack</i> 79
<i>fluocinolone acetonide</i> 98	FREESTY LIBR KIT SENSOR.....100	GAVRETO 38
<i>fluocinolone acetonide</i> (otic)..... 92	FREESTY LIBR MIS 2 READER .....100	<i>gefitinib</i> 38
<i>fluocinonide</i> 98	FREESTY LIBR MIS 3 READER .....100	<i>gemcitabine hcl</i> 34
<i>fluocinonide emulsified</i> <i>base</i> 98	FREESTYLE MIS READER .....100	<i>gemfibrozil</i> 48
<i>fluorometholone</i> (ophth)..... 91	FRINDOVYX..... 34	GEMTESA 80
<i>fluorouracil</i> 34	FRUZAQLA 38	<i>generlac</i> 79
<i>fluorouracil (topical)</i> 99	FULPHILA..... 82	<i>gengraf</i> 86
<i>fluoxetine hcl</i> 53	<i>fulvestrant</i> 35	GENOTROPIN..... 76
<i>fluphenazine</i> <i>decanoate</i> 55	<i>furosemide</i> 50	GENOTROPIN MINIQUICK..... 76
<i>fluphenazine hcl</i> 55	<i>furosemide inj</i> 50	<i>gentamicin in saline</i> <i>inj 0.8 mg/ml</i> 25
<i>flurbiprofen</i> 23	FUZEON 28	<i>gentamicin in saline</i> <i>inj 1 mg/ml</i> 25
<i>flurbiprofen sodium</i> . 91	<i>fyavolv tab 0.5mg-</i> <i>2.5mcg</i> 75	<i>gentamicin in saline</i> <i>inj 1.2 mg/ml</i> 25
<i>fluticasone propionate</i> 98	<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i> 75	<i>gentamicin in saline</i> <i>inj 1.6 mg/ml</i> 25
<i>fluticasone propionate</i> (nasal) 95	FYCOMPA..... 58, 59	<i>gentamicin in saline</i> <i>inj 2 mg/ml</i> 25
<i>fluticasone-salmeterol</i> <i>aer powder ba 100-</i> <i>50 mcg/act</i> 96	<i>gabapentin</i> 59	<i>gentamicin sulfate</i> .. 25
<i>fluticasone-salmeterol</i> <i>aer powder ba 250-</i> <i>50 mcg/act</i> 96	<i>galantamine</i> <i>hydrobromide</i> 52	<i>gentamicin sulfate</i> (ophth) 90
<i>fluticasone-salmeterol</i> <i>aer powder ba 500-</i> <i>50 mcg/act</i> 96	<i>gallifrey</i> 77	<i>gentamicin sulfate</i> (topical) 96
<i>fluvoxamine maleate</i> 51	GAMASTAN INJ..... 85	GENVOYA TAB 29
<i>fondaparinux sodium</i> 81	GAMMAGARD LIQUID 85	GILOTRIF 38
	GAMMAGARD S/D IGA LESS TH..... 85	<i>glatiramer acetate</i> .. 64
	GAMMAKED 85	<i>glatopa</i> 64
	GAMMAPLEX..... 85	GLEOSTINE 34
	GAMUNEX-C..... 85	<i>glimepiride</i> 66
	<i>ganciclovir sodium</i> . 30	<i>glipizide</i> 66
		<i>glipizide xl</i> 66
		<i>glipizide-metformin hcl</i> <i>tab 2.5-250 mg</i> ... 66
		<i>glipizide-metformin hcl</i> <i>tab 2.5-500 mg</i> ... 66
		<i>glipizide-metformin hcl</i> <i>tab 5-500 mg</i> 66

<i>glycopyrrolate</i>	78	HERCEP HYLEC SOL		<i>hydrocortisone</i>	
<i>glydo</i>	98	60-10000	38	(topical)	98
GLYXAMBI TAB 10-5		HERCEPTIN	38	<i>hydrocortisone sod</i>	
MG.....	66	HERZUMA	38	<i>succinate</i>	75
GLYXAMBI TAB 25-5		HIBERIX	87	<i>hydrocortisone</i>	
MG.....	66	HUMIRA	83	<i>valerate</i>	98
GOMEKLI.....	38	HUMIRA PEN	83	<i>hydromorphone hcl</i> .	24
<i>granisetron hcl</i>	78	HUMIRA PEN KIT		<i>hydroxychloroquine</i>	
<i>griseofulvin microsize</i>		PS/UV.....	83	<i>sulfate</i>	85
.....	27	HUMIRA PEN-		<i>hydroxyurea</i>	36
<i>griseofulvin</i>		CD/UC/HS START	83	<i>hydroxyzine hcl</i>	92, 93
<i>ultramicrosize</i>	27	HUMIRA PEN-		<i>hydroxyzine pamoate</i>	
<i>guanfacine hcl</i>	50	PEDIATRIC UC S .	83	.....	93
<i>guanfacine hcl (adhd)</i>		HUMULIN R U-500		<i>ibandronate sodium</i>	69
.....	62	(CONCENTR.....	68	IBRANCE	38
HAEGARDA	82	HUMULIN R U-500		<i>ibu</i>	23
<i>hailey 1.5/30</i>	71	KWIKPEN	68	<i>ibuprofen</i>	23
<i>hailey 24 fe</i>	71	<i>hydralazine hcl</i>	50	<i>icatibant acetate</i>	82
<i>halobetasol propionate</i>		<i>hydrochlorothiazide</i>	50	<i>iclevia</i>	71
.....	98	<i>hydrocodone bitartrate</i>		ICLUSIG.....	38
<i>haloette</i>	71	.....	23	IDACIO (2 PEN)	83
<i>haloperidol</i>	55	<i>hydrocodone-</i>		IDACIO (2 SYRINGE)	
<i>haloperidol decanoate</i>		<i>acetaminophen soln</i>		.....	83
.....	55	<i>7.5-325 mg/15ml</i>	24	IDACIO CROHN INJ	
<i>haloperidol lactate</i> ..	55	<i>hydrocodone-</i>		DISEASE	84
HARVONI PAK 33.75-		<i>acetaminophen tab</i>		IDACIO PLAQU INJ	
150MG	30	<i>10-325 mg</i>	24	PSORIASIS	84
HARVONI PAK 45-		<i>hydrocodone-</i>		IDHIFA.....	38
200MG	30	<i>acetaminophen tab</i>		<i>imatinib mesylate</i> ...	39
HARVONI TAB 45-		<i>5-325 mg</i>	24	IMBRUVICA	39
200MG	30	<i>hydrocodone-</i>		<i>imipenem-cilastatin</i>	
HARVONI TAB 90-		<i>acetaminophen tab</i>		<i>intravenous for soln</i>	
400MG	30	<i>7.5-325 mg</i>	24	<i>250 mg</i>	25
HAVRIX.....	86	<i>hydrocodone-</i>		<i>imipenem-cilastatin</i>	
<i>heather</i>	71	<i>ibuprofen tab 7.5-</i>		<i>intravenous for soln</i>	
HEP SOD/NAACL INJ		<i>200 mg</i>	24	<i>500 mg</i>	25
25000UNT	81	<i>hydrocortisone</i>	75	<i>imipramine hcl</i>	53
<i>heparin sodium</i>		<i>hydrocortisone</i>		<i>imiquimod</i>	99
(porcine)	81	(intrarectal).....	79	IMKELDI.....	39
HEPLISAV-B.....	87	<i>hydrocortisone (rectal)</i>		IMOVAX RABIES	
		.....	99	(H.D.C.V.)	87

Если у вас возникли вопросы, звоните в Central Health Medicare Plan по номеру (800) 665-3086, ТТУ: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

IMPAVIDO	25	ISOLYTE-S INJ PH 7.4	junel 1.5/30	72
INBRIJA	54	.....	junel 1/20	72
<i>incassia</i>	71	<i>isoniazid</i>	junel fe 1.5/30	72
INCRELEX	76	<i>isosorbide dinitrate</i>	junel fe 1/20	72
INCRUSE ELLIPTA...	92	<i>isosorbide mononitrate</i>	junel fe 24	72
<i>indapamide</i>	50	.....	JYLAMVO	85
INFANRIX INJ.....	87	<i>isotretinoin</i>	JYNNEOS	87
INFLIXIMAB	84	<i>isradipine</i>	KADCYLA	39
INLYTA	39	ITOVEBI	<i>kaitlib fe</i>	72
INQOVI TAB 35-		<i>itraconazole</i>	KALYDECO	94
100MG	34	<i>ivabradine hcl</i>	KANJINTI	39
INREBIC	39	<i>ivermectin</i>	<i>kariva</i>	72
INSULIN PEN		IWILFIN	<i>kcl 10 meq/l (0.075%)</i>	
NEEDLES: BD-		IXCHIQ INJ	<i>in dextrose 5% &</i>	
EMBECTA	68	IXIARO INJ	<i>nacl 0.45% inj</i>	88
INSULIN SAFETY		JAKAFI	<i>kcl 20 meq/l (0.149%)</i>	
NEEDLES: BD-		<i>jantoven</i>	<i>in nacl 0.45% inj</i>	88
EMBECTA	68	JANUMET TAB 50-	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i>	
INSULIN SYRINGES:		1000	<i>in dextrose 5% &</i>	
BD-EMBECTA	68	JANUMET TAB 50-	<i>nacl 0.2% inj</i>	88
INTELENCE	28	500MG	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i>	
INTRALIPID	89	JANUMET XR TAB 100-	<i>in dextrose 5% &</i>	
<i>introvale</i>	71	1000	<i>nacl 0.45% inj</i>	88
INVEGA HAFYERA ...	55	JANUMET XR TAB 50-	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i>	
INVEGA SUSTENNA 55,		1000	<i>in dextrose 5% &</i>	
56		JANUMET XR TAB 50-	<i>nacl 0.9% inj</i>	88
INVEGA TRINZA	56	500MG	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i>	
IPOL INJ INACTIVE .	87	JANUVIA	<i>in nacl 0.45% inj</i>	88
<i>ipratropium bromide</i>	92	JARDIANCE	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i>	
<i>ipratropium bromide</i>		<i>jasmiel</i>	<i>in nacl 0.9% inj</i> ...	88
<i>(nasal)</i>	92	<i>javygtor</i>	<i>kcl 30 meq/l (0.224%)</i>	
<i>ipratropium-albuterol</i>		JAYPIRCA	<i>in dextrose 5% &</i>	
<i>nebu soln 0.5-2.5(3)</i>		JENTADUETO TAB 2.5-	<i>nacl 0.45% inj</i>	88
<i>mg/3ml</i>	92	1000	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i>	
<i>irbesartan</i>	47	JENTADUETO TAB 2.5-	<i>dextrose 5% & nacl</i>	
<i>irbesartan-</i>		500	<i>0.45% inj</i>	88
<i>hydrochlorothiazide</i>		JENTADUETO TAB 2.5-	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i>	
<i>tab 150-12.5 mg</i> .	46	850	<i>dextrose 5% & nacl</i>	
<i>irbesartan-</i>		JENTADUETO TAB XR	<i>0.9% inj</i>	88
<i>hydrochlorothiazide</i>		2.5-1000MG	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i>	
<i>tab 300-12.5 mg</i> .	46	JENTADUETO TAB XR	<i>nacl 0.9% inj</i>	88
<i>irinotecan hcl</i>	36	5-1000MG	KCL/D5W/NACL INJ	
ISENTRESS	28	<i>jinteli</i>	0.3/0.9%	88
ISENTRESS HD	28	<i>jolessa</i>	<i>kelnor 1/35</i>	72
<i>isibloom</i>	71	<i>juleber</i>	<i>kelnor 1/50</i>	72
ISOLYTE-P INJ /D5W		JULUCA TAB 50-25MG	KERENDIA	45
.....	88	.....	KESIMPTA	64

<i>ketoconazole</i> 27	<i>lamivudine-zidovudine</i>	<i>levetiracetam in</i>
<i>ketoconazole (topical)</i>	<i>tab 150-300 mg</i> .. 29	<i>sodium chloride iv</i>
..... 97	<i>lamotrigine</i> 59	<i>soln 1000 mg/100ml</i>
<i>ketorolac</i>	<i>lanreotide acetate</i> .. 76	..... 59
<i>tromethamine</i>	<i>lansoprazole</i> 80	<i>levetiracetam in</i>
<i>(ophth)</i> 91	<i>lapatinib ditosylate</i> . 40	<i>sodium chloride iv</i>
KEYTRUDA..... 39	<i>larin 1.5/30</i> 72	<i>soln 1500 mg/100ml</i>
KINRIX INJ 87	<i>larin 1/20</i> 72	..... 59
<i>kionex</i> 70	<i>larin 24 fe</i> 72	<i>levetiracetam in</i>
KISQALI 200 DOSE. 39	<i>larin fe 1.5/30</i> 72	<i>sodium chloride iv</i>
KISQALI 200 PAK	<i>larin fe 1/20</i> 72	<i>soln 500 mg/100ml</i>
FEMARA..... 39	<i>latanoprost</i> 91	..... 59
KISQALI 400 DOSE. 39	<i>layolis fe</i> 72	<i>levobunolol hcl</i> 91
KISQALI 400 PAK	LAZCLUZE..... 40	<i>levocarnitine</i>
FEMARA..... 39	<i>leflunomide</i> 85	<i>(metabolic</i>
KISQALI 600 DOSE. 39	<i>lenalidomide</i> 35	<i>modifiers)</i> 76
KISQALI 600 PAK	LENVIMA 10 MG DAILY	<i>levocetirizine</i>
FEMARA..... 39	DOSE 40	<i>dihydrochloride</i> ... 93
<i>klayesta</i> 97	LENVIMA 12MG DAILY	<i>levofloxacin</i> 32
<i>klor-con</i> 89	DOSE 40	<i>levofloxacin in d5w iv</i>
<i>klor-con 10</i> 89	LENVIMA 20 MG DAILY	<i>soln 250 mg/50ml</i> 32
<i>klor-con 8</i> 89	DOSE 40	<i>levofloxacin in d5w iv</i>
<i>klor-con m10</i> 89	LENVIMA 4 MG DAILY	<i>soln 500 mg/100ml</i>
<i>klor-con m15</i> 89	DOSE 40	..... 32
<i>klor-con m20</i> 89	LENVIMA 8 MG DAILY	<i>levofloxacin in d5w iv</i>
KOSELUGO 40	DOSE 40	<i>soln 750 mg/150ml</i>
<i>kourzeq</i> 99	LENVIMA CAP 14 MG	..... 32
KRAZATI 40	..... 40	<i>levonest</i> 72
<i>kurvelo</i> 72	LENVIMA CAP 18 MG	<i>levonor-eth est tab</i>
<i>labetalol hcl</i> 49	..... 40	<i>0.15-</i>
<i>lacosamide</i> 59	LENVIMA CAP 24 MG	<i>0.02/0.025/0.03 mg</i>
<i>lacosamide oral</i> 59	..... 40	<i>&eth est 0.01 mg</i> 72
<i>lactated ringer's</i>	<i>lessina</i> 72	<i>levonorgestrel &</i>
<i>solution</i> 88	<i>letrozole</i> 35	<i>ethinyl estradiol (91-</i>
<i>lactic acid (ammonium</i>	<i>leucovorin calcium</i> . 44	<i>day) tab 0.15-0.03</i>
<i>lactate)</i> 99	LEUKERAN 34	<i>mg</i> 72
<i>lactulose</i> 79	<i>leuprolide acetate</i> .. 35	<i>levonorgestrel &</i>
<i>lactulose</i>	<i>levalbuterol hcl</i> 93	<i>ethinyl estradiol tab</i>
<i>(encephalopathy).</i> 79	<i>levalbuterol tartrate</i> 93	<i>0.1 mg-20 mcg</i> ... 72
<i>lamivudine</i> 28	<i>levetiracetam</i> 59	
<i>lamivudine (hbv)</i> 30	LEVETIRACETAM 59	

Если у вас возникли вопросы, звоните в Central Health Medicare Plan по номеру (800) 665-3086, ТТУ: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i> ..72	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> .. 45	LUMIGAN 91
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i> 72	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> 45	LUMIZYME..... 76
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (continuous) tab 90-20 mcg</i> 72	<i>lithium</i> 64	LUPRON DEPOT (1-MONTH) 35
<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i> 72	<i>lithium carbonate</i> ... 64	LUPRON DEPOT (3-MONTH) 35
<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i> 72	LIVTENCITY..... 30	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) 76
<i>levora 0.15/30-28</i> .. 72	<i>loestrin 1.5/30-21</i> .. 72	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) 76
<i>levo-t</i> 77	<i>loestrin 1/20-21</i> 72	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) 76
<i>levothyroxine sodium</i> 77	<i>loestrin fe 1.5/30</i> ... 72	<i>lurasidone hcl</i> 56
<i>levoxyl</i> 77	<i>loestrin fe 1/20</i> 72	<i>lutera</i> 72
<i>l-glutamine (sickle cell)</i> 82	LOKELMA 70	LYBALVI TAB 10-10MG 56
<i>lidocaine</i> 98	LONSURF TAB 15-6.14 34	LYBALVI TAB 15-10MG 56
<i>lidocaine hcl</i> 98	LONSURF TAB 20-8.19 34	LYBALVI TAB 20-10MG 56
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> 23	<i>loperamide hcl</i> 80	LYBALVI TAB 5-10MG 56
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> 99	<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i> ... 29	<i>lyleq</i> 72
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i> .. 98	<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i> 29	<i>lyllana</i> 75
<i>lidocan</i> 98	<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i> 29	LYNPARZA 40
LILETTA..... 72	<i>lorazepam</i> 51	LYSODREN 35
<i>linezolid</i> 26	<i>lorazepam intensol</i> . 51	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 40
LINEZOLID INJ 2MG/ML..... 26	LORBRENA 40	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 40
LINZESS..... 80	<i>loryna</i> 72	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 40
<i>liothyronine sodium</i> 77	<i>losartan potassium</i> . 47	<i>lyza</i> 73
<i>lisinopril</i> 45	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i> . 46	<i>magnesium sulfate</i> . 88
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> ... 45	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i> ... 46	MAGNESIUM SULFATE 88
	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i> .. 46	<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i> 88
	LOTEMAX..... 91	<i>malathion</i> 99
	<i>loteprednol etabonate</i> 91	<i>maraviroc</i> 28
	<i>lovastatin</i> 48	<i>marlissa</i> 73
	<i>low-ogestrel</i> 72	MARPLAN 53
	<i>loxapine succinate</i> .. 56	MATULANE 36
	LUMAKRAS..... 40	MAVYRET PAK 50-20MG 30

MAVYRET TAB 100-40MG	30	<i>methadone hcl</i>	24	<i>microgestin 1/20</i>	73
<i>meclizine hcl</i>	78	<i>methadone hydrochloride i</i>	24	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	73
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	77	<i>methazolamide</i>	50	<i>microgestin fe 1/20</i>	73
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i>	73	<i>methenamine hippurate</i>	26	<i>midodrine hcl</i>	51
<i>mefloquine hcl</i>	27	<i>methimazole</i>	77	MIEBO	91
<i>megestrol acetate</i> ..	35, 77	<i>methocarbamol</i>	65	<i>mifepristone (hyperglycemia)</i> ..	76
<i>megestrol acetate (appetite)</i>	77	<i>methotrexate sodium</i>	34, 85	<i>mili</i>	73
MEKINIST	40, 41	<i>methsuximide</i>	59	<i>mimvey</i>	75
MEKTOVI	41	<i>methylphenidate hcl</i>	62	<i>minocycline hcl</i>	33
<i>meloxicam</i>	23	<i>methylprednisolone acetate</i>	75	<i>minoxidil</i>	51
<i>memantine hcl</i>	52	<i>methylprednisolone sod succ</i>	75	<i>mirtazapine</i>	53
<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack</i> ..	52	<i>methyltestosterone</i> ..	66	<i>misoprostol</i>	80
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 14-10 mg</i>	52	<i>metoclopramide hcl</i> ..	78	MITIGARE.....	23
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 21-10 mg</i>	52	<i>metolazone</i>	50	M-M-R II INJ.....	87
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 28-10 mg</i>	52	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i> ...	49	M-NATAL PLUS TAB ..	89
MENACTRA INJ	87	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i> ...	49	<i>modafinil</i>	65
MENQUADFI	87	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	48	<i>moexipril hcl</i>	45
MENVEO INJ	87	<i>metoprolol succinate</i>	49	<i>molindone hcl</i>	56
MENVEO SOL	87	<i>metoprolol tartrate</i> ..	49	<i>mometasone furoate</i>	98
<i>mercaptapurine</i>	34	<i>metronidazole</i>	26	MONJUVI.....	41
<i>meropenem</i>	26	<i>metronidazole (topical)</i>	99	<i>mono-lynyah</i>	73
<i>mesalamine</i>	79	<i>metronidazole vaginal</i>	81	<i>montelukast sodium</i>	93
<i>mesalamine w/ cleanser</i>	79	<i>metyrosine</i>	50	<i>morphine sulfate</i>	24
<i>mesna</i>	44	<i>mibelas 24 fe</i>	73	MOUNJARO.....	67
MESNEX	44	<i>micafungin sodium</i> ..	27	MOVANTIK	80
<i>metformin hcl</i>	67	<i>microgestin 1.5/30</i> ..	73	<i>moxifloxacin hcl</i>	32
				<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	90
				<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i> ..	32
				MRESVIA.....	87
				MULTAQ	47
				<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	88
				<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	88
				<i>mupirocin</i>	96

Если у вас возникли вопросы, звоните в Central Health Medicare Plan по номеру (800) 665-3086, ТТУ: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

<i>mycophenolate mofetil</i>	<i>neomycin-polymyxin- dexamethasone ophth susp 0.1%.</i>	<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i>
86	90	73
<i>mycophenolate sodium</i>	<i>neomycin-polymyxin- hc ophth susp</i>	<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg</i>
86	90	73
MYRBETRIQ	<i>neomycin-polymyxin- hc otic soln 1% ...</i>	73
81	92	
<i>nabumetone</i>	<i>neomycin-polymyxin- hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	<i>norethindrone (contraceptive)....</i>
23	92	73
<i>nadolol</i>	<i>neo-polycin 5(3.5)mg- 400unt-10000unt op oin</i>	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>
49	90	73
<i>nafcillin sodium</i>	<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg.</i>
32	90	73
NAGLAZYME.....	NERLYNX	<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg (24)</i>
76	41	73
<i>nalbuphine hcl</i>	<i>nevirapine</i>	<i>norethindrone acetate</i>
24	28	77
<i>naloxone hcl</i>	NEXLETOL.....	<i>norethindrone acetate- ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg ..</i>
66	48	75
<i>naltrexone hcl</i>	NEXLIZET TAB 180/10MG.....	<i>norethindrone acetate- ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>
66	48	75
NAMZARIC CAP 14- 10MG	NEXPLANON	<i>norethindrone ac- ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg- mcg</i>
52	73	73
NAMZARIC CAP 21- 10MG	<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>
52	48	73
NAMZARIC CAP 28- 10MG	<i>nicardipine hcl</i>	<i>norgestimate-eth estradiol tab 0.18- 25/0.215-25/0.25- 25 mg-mcg</i>
52	49	73
NAMZARIC CAP 7- 10MG	NICOTROL INHALER	<i>norlyroc</i>
52	66	73
NAMZARIC CAP PACK	NICOTROL NS.....	<i>nortrel 0.5/35 (28).</i>
52	66	73
<i>naproxen</i>	<i>nifedipine</i>	<i>nortrel 1/35 (21)....</i>
23	49	73
<i>naproxen dr</i>	<i>nikki</i>	<i>nortrel 1/35 (28)....</i>
23	73	73
<i>naproxen sodium</i>	<i>nilutamide</i>	<i>nortrel 7/7/7.....</i>
23	35	53
<i>naratriptan hcl</i>	<i>nimodipine</i>	
63	49	
NATACYN.....	NINLARO	
90	41	
<i>nateglinide</i>	<i>nitazoxanide</i>	
67	26	
NAYZILAM	<i>nitisinone</i>	
59	76	
<i>nebivolol hcl</i>	NITRO-BID.....	
49	51	
<i>necon 0.5/35-28</i>	<i>nitrofurantoin macrocrystal.....</i>	
73	26	
<i>nefazodone hcl</i>	<i>nitrofurantoin monohyd macro ..</i>	
53	26	
<i>neomycin sulfate</i>	<i>nitroglycerin</i>	
26	51	
<i>neomycin-bacitrac zn- polymyx 5(3.5)mg- 400unt-10000unt op oin</i>	<i>nitroglycerin (intra- anal)</i>	
90	99	
<i>neomycin-polymy- gramicid op sol 1.75-10000- 0.025mg-unt-mg/ml</i>	<i>nizatidine</i>	
90	78	
<i>neomycin-polymyxin- dexamethasone ophth oint 0.1% ..</i>	<i>nora-be</i>	
90	73	

NORVIR.....	28	<i>ofloxacin (otic)</i>	92	<i>omega-3-acid ethyl</i>	
NOVOLIN INJ 70/30	68	OGIVRI.....	41	<i>esters cap 1 gm ..</i>	48
NOVOLIN INJ 70/30 FP		OGSIVEO	41	<i>omeprazole</i>	80
.....	68	OJEMDA.....	41	OMNIPOD 5 DX KIT	
NOVOLIN N.....	68	OJJAARA.....	41	INT G7G6	69
NOVOLIN N FLEXPEN		<i>olanzapine</i>	56	OMNIPOD 5 DX MIS	
.....	68	<i>olmesartan medoxomil</i>		POD G7G6	69
NOVOLIN R.....	68	.....	47	OMNIPOD 5 G7 KIT	
NOVOLIN R FLEXPEN		<i>olmesartan</i>		INTRO.....	69
.....	68	<i>medoxomil-</i>		OMNIPOD 5 G7 MIS	
NOVOLOG.....	68	<i>hydrochlorothiazide</i>		PODS	69
NOVOLOG FLEXPEN	68	<i>tab 20-12.5 mg ..</i>	46	OMNIPOD 5 LB KIT	
NOVOLOG MIX INJ		<i>olmesartan</i>		INTRO G6	69
70/30.....	68	<i>medoxomil-</i>		OMNIPOD 5 LB MIS	
NOVOLOG MIX INJ		<i>hydrochlorothiazide</i>		PODS G6	69
FLEXPEN.....	69	<i>tab 40-12.5 mg ..</i>	46	OMNIPOD DASH KIT	
NOVOLOG PENFILL .	69	<i>olmesartan</i>		INTRO.....	69
NUBEQA	35	<i>medoxomil-</i>		OMNIPOD DASH MIS	
NUDEXTA CAP 20-		<i>hydrochlorothiazide</i>		PODS	69
10MG	64	<i>tab 40-25 mg</i>	46	OMNIPOD GO KIT	
NULOJIX.....	86	<i>olmesartan-</i>		10UNT/DY	69
NUPLAZID	56	<i>amlodipine-</i>		OMNIPOD GO KIT	
NURTEC	63	<i>hydrochlorothiazide</i>		15UNT/DY	69
NUTRILIPID	89	<i>tab 20-5-12.5 mg</i>	46	OMNIPOD GO KIT	
NUZYRA	33	<i>olmesartan-</i>		20UNT/DY	69
<i>nyamyc</i>	97	<i>amlodipine-</i>		OMNIPOD GO KIT	
<i>nylia 1/35</i>	73	<i>hydrochlorothiazide</i>		25UNT/DY	69
<i>nylia 7/7/7</i>	73	<i>tab 40-10-12.5 mg</i>		OMNIPOD GO KIT	
<i>nystatin</i>	27	.....	47	30UNT/DY	69
<i>nystatin (mouth-</i>		<i>olmesartan-</i>		OMNIPOD GO KIT	
<i>throat)</i>	99	<i>amlodipine-</i>		35UNT/DY	69
<i>nystatin (topical)</i>	97	<i>hydrochlorothiazide</i>		OMNIPOD GO KIT	
<i>nystop</i>	97	<i>tab 40-10-25 mg</i>	47	40UNT/DY	69
<i>ocella</i>	73	<i>olmesartan-</i>		OMNIPOD MIS	
OCTAGAM.....	85	<i>amlodipine-</i>		CLASSIC.....	69
<i>octreotide acetate</i> ..	76,	<i>hydrochlorothiazide</i>		<i>ondansetron</i>	78
77		<i>tab 40-5-12.5 mg</i>	46	<i>ondansetron hcl</i>	78
ODEFSEY TAB	29	<i>olmesartan-</i>		ONTRUZANT	41
ODOMZO	41	<i>amlodipine-</i>		ONUREG.....	34
OFEV	94	<i>hydrochlorothiazide</i>		OPIPZA	56
<i>ofloxacin (ophth)</i>	90	<i>tab 40-5-25 mg ..</i>	47	OPSUMIT.....	51

Если у вас возникли вопросы, звоните в Central Health Medicare Plan по номеру (800) 665-3086, ТТУ: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

ORGOVYX.....	35	PAMIDRONATE		<i>phenobarbital</i>	59
ORKAMBI GRA 100-		DISODIUM	69	<i>phenobarbital sodium</i>	
125.....	94	PANRETIN	99	.....	59
ORKAMBI GRA 150-		<i>pantoprazole sodium</i>		<i>phenytek</i>	59
188.....	94	.....	80	<i>phenytoin</i>	59
ORKAMBI GRA 75-		PANZYGA.....	86	<i>phenytoin sodium</i> ...	59
94MG	94	<i>paricalcitol</i>	78	<i>phenytoin sodium</i>	
ORKAMBI TAB 100-		<i>paroxetine hcl</i>	53	<i>extended</i>	59
125.....	94	PAXLOVID PAK	30	PHESGO SOL	41
ORKAMBI TAB 200-		PAXLOVID TAB 150-		<i>philith</i>	73
125.....	94	100	30	PIFELTRO	28
ORSERDU	35	PAXLOVID TAB 300-		<i>pilocarpine hcl</i>	91
<i>oseltamivir phosphate</i>		100	30	<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	
.....	30	<i>pazopanib hcl</i>	41	.....	99
<i>oxacillin sodium</i>	32	PEDIARIX INJ 0.5ML87		<i>pimecrolimus</i>	99
<i>oxaliplatin</i>	34	PEDVAX HIB.....	87	<i>pimozide</i>	56
<i>oxcarbazepine</i>	59	<i>peg 3350-kcl-na</i>		<i>pimtrea</i>	73
<i>oxybutynin chloride</i>	81	<i>bicarb-nacl-na</i>		<i>pindolol</i>	49
<i>oxycodone hcl</i>	24	<i>sulfate for soln</i>	236	<i>pioglitazone hcl</i>	67
<i>oxycodone w/</i>		<i>gm</i>	79	<i>pioglitazone hcl-</i>	
<i>acetaminophen tab</i>		<i>peg 3350-kcl-sod</i>		<i>metformin hcl tab</i>	
<i>10-325 mg</i>	24	<i>bicarb-nacl for soln</i>		<i>15-500 mg</i>	67
<i>oxycodone w/</i>		<i>420 gm</i>	79	<i>pioglitazone hcl-</i>	
<i>acetaminophen tab</i>		PEGASYS	30	<i>metformin hcl tab</i>	
<i>2.5-325 mg</i>	24	PEMAZYRE	41	<i>15-850 mg</i>	67
<i>oxycodone w/</i>		<i>pemetrexed disodium</i>		<i>piperacillin sod-</i>	
<i>acetaminophen tab</i>		.....	34	<i>tazobactam na for</i>	
<i>5-325 mg</i>	24	PENBRAYA INJ	87	<i>inj 3.375 gm (3-</i>	
<i>oxycodone w/</i>		<i>penicillamine</i>	70	<i>0.375 gm)</i>	33
<i>acetaminophen tab</i>		<i>penicillin g potassium</i>		<i>piperacillin sod-</i>	
<i>7.5-325 mg</i>	24	.....	33	<i>tazobactam sod for</i>	
OXYCONTIN	24	<i>penicillin g sodium</i> .	33	<i>inj 13.5 gm (12-1.5</i>	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5		<i>penicillin v potassium</i>		<i>gm)</i>	33
MG/DOSE)	67	.....	33	<i>piperacillin sod-</i>	
OZEMPIC (0.25 OR		PENTACEL INJ	87	<i>tazobactam sod for</i>	
0.5MG/DOSE).....	67	<i>pentamidine</i>		<i>inj 2.25 gm (2-0.25</i>	
OZEMPIC (1MG/DOSE)		<i>isethionate inh</i>	26	<i>gm)</i>	33
.....	67	<i>pentamidine</i>		<i>piperacillin sod-</i>	
OZEMPIC (2MG/DOSE)		<i>isethionate inj</i>	26	<i>tazobactam sod for</i>	
.....	67	<i>pentoxifylline</i>	82	<i>inj 4.5 gm (4-0.5</i>	
<i>pacerone</i>	47	<i>perindopril erbumine</i>		<i>gm)</i>	33
<i>paclitaxel</i>	36	.....	45	<i>piperacillin sod-</i>	
<i>paclitaxel inj 100mg</i>	36	<i>periogard</i>	99	<i>tazobactam sod for</i>	
<i>paliperidone</i>	56	<i>permethrin</i>	99	<i>inj 40.5 gm (36-4.5</i>	
<i>pamidronate disodium</i>		<i>perphenazine</i>	56	<i>gm)</i>	33
.....	70	<i>pfizerpen</i>	33	PIQRAY 200MG DAILY	
		<i>phenelzine sulfatae</i> ..	53	DOSE.....	41

PIQRAY 250MG TAB	<i>prednisolone acetate</i>	PROGRAF	86
DOSE	(<i>ophth</i>)	PROLASTIN-C	94
PIQRAY 300MG DAILY	PREDNISOLONE	PROLIA	70
DOSE	SODIUM PHOSP ..	<i>promethazine hcl</i>	78
<i>pirfenidone</i>	<i>prednisolone sodium</i>	<i>propafenone hcl</i>	47
<i>piroxicam</i>	<i>phosphate</i>	<i>proparacaine hcl</i>	91
<i>plenamine</i>	<i>prednisone</i>	<i>propranolol hcl</i>	49
PLENVU SOL	75, 76	<i>propylthiouracil</i>	77
<i>podofilox</i>	PREDNISONA	PROQUAD INJ	87
<i>polycin ophth oint</i> ...	INTENSOL	PROSOL INJ 20% ...	89
<i>polymyxin b sulfate</i>	<i>pregabalin</i>	<i>protriptyline hcl</i>	53
26	PREMASOL SOL 10%	PULMOZYME	94
<i>polymyxin b-</i>	.....	PURIXAN	34
<i>trimethoprim ophth</i>	PRENATAL TAB 27-	<i>pyrazinamide</i>	29
<i>soln 10000 unit/ml-</i>	1MG	<i>pyridostigmine</i>	
0.1%.....	PRENATAL TAB PLUS	<i>bromide</i>	64
90	.....	<i>pyrimethamine</i>	26
POMALYST	89	PYZCHIVA	84
35	<i>prevalite</i>	QINLOCK.....	41
<i>portia-28</i>	48	QUADRACEL INJ 0.5ML	
74	PREVYMIS .....	.....	87
<i>posaconazole</i>	30	<i>quetiapine fumarate</i>	56
27	PREZCOBIX TAB 800-	<i>quinapril hcl</i>	45
POT CHL 20MEQ/L IN	150	<i>quinidine sulfate</i>	47
NACL 0.45% INJ..	29	<i>quinine sulfate</i>	27
88	PREZISTA	QULIPTA	63
POT CHL 20MEQ/L IN	28	RABAVERT INJ	87
NACL 0.9% INJ....	PRIFTIN	<i>rabeprazole sodium</i>	80
88	<i>primaquine phosphate</i>	RALDESY	53
POT CHL 40MEQ/L IN	.....	<i>raloxifene hcl</i>	77
NACL 0.9% INJ....	27	<i>ramipril</i>	45
88	PRIMAQUINE	<i>ranolazine</i>	51
<i>potassium chloride</i> ..	PHOSPHATE	<i>rasagiline mesylate</i> .	54
89	27	<i>reclipsen</i>	74
<i>potassium chloride 20</i>	<i>primidone</i>	RECOMBIVAX HB....	87
<i>meq/l (0.15%) in</i>	60	REGANEX	99
<i>dextrose 5% inj</i> ...	PRIORIX INJ.....	RELENZA DISKHALER	
89	87	.....	30
<i>potassium chloride</i>	PRIVIGEN	RELISTOR.....	80
<i>microencapsulated</i>	86	REMICADE.....	84
<i>crystals er</i>	<i>probenecid</i>	RENFLXIS	84
89	23		
<i>potassium citrate</i>	<i>prochlorperazine</i>		
(<i>alkalinizer</i>)	<i>prochlorperazine</i>		
80	<i>edisylate</i>		
<i>pramipexole</i>	78		
<i>dihydrochloride</i>	<i>prochlorperazine</i>		
54	<i>maleate</i>		
<i>prasugrel hcl</i>	78		
82	PROCRIT		
<i>pravastatin sodium</i> .	82		
48	<i>proctocort</i>		
<i>praziquantel</i>	99		
26	<i>procto-med hc</i>		
<i>prazosin hcl</i>	99		
46	<i>proctosol hc</i>		
<i>prednisolone</i>	99		
75	<i>proctozone-hc</i>		
	99		
	<i>progesterone</i>		
	77		

Если у вас возникли вопросы, звоните в Central Health Medicare Plan по номеру (800) 665-3086, ТТУ: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

<i>repaglinide</i>	67	RUBRACA.....	42	<i>sodium phenylbutyrate</i>	
REPATHA.....	48	<i>rufinamide</i>	60	.....	77
REPATHA		RUKOBIA	28	<i>sodium polystyrene</i>	
PUSHTRONEX		RYBELSUS.....	67	<i>sulfonate powder</i> .	70
SYSTEM.....	48	RYDAPT	42	<i>solifenacin succinate</i>	81
REPATHA SURECLICK		<i>sajazir</i>	82	SOLIQUA INJ 100/33	
.....	48	SANTYL	99	.....	69
RESTASIS.....	92	<i>sapropterin</i>		SOLTAMOX.....	35
RESTASIS MULTIDOSE		<i>dihydrochloride</i> ...	77	SOLU-CORTEF.....	76
.....	92	SCEMBLIX.....	42	SOMATULINE DEPOT	
RETEVMO	41	<i>scopolamine</i>	78	.....	77
REVUFORJ	42	SECUADO	57	SOMAVERT	77
REXULTI.....	56	<i>selegiline hcl</i>	54	<i>sorafenib tosylate</i> ...	42
REYATAZ	28	<i>selenium sulfide</i>	97	<i>sotalol hcl</i>	47
REZLIDHIA	42	SELZENTRY	28	<i>sotalol hcl (afib/afl)</i>	47
REZUROCK	86	SEREVENT DISKUS	93	SOTYKTU	84
RHOPRESSA.....	91	<i>sertraline hcl</i>	53	<i>spironolactone</i>	46
<i>ribavirin (hepatitis c)</i>		<i>setlakin</i>	74	<i>spironolactone &</i>	
.....	30	<i>sharobel</i>	74	<i>hydrochlorothiazide</i>	
<i>rifabutin</i>	29	SHINGRIX.....	87	<i>tab 25-25 mg</i>	50
<i>rifampin</i>	29	SIGNIFOR.....	77	<i>sprintec 28</i>	74
<i>riluzole</i>	64	SIKLOS.....	82	SPRITAM	60
<i>rimantadine</i>		<i>sildenafil citrate</i>		<i>sps</i>	70
<i>hydrochloride</i>	30	(<i>pulmonary</i>		<i>sps rectal</i>	70
RINVOQ	84	<i>hypertension</i>)	51	<i>sronyx</i>	74
RINVOQ LQ.....	84	<i>silver sulfadiazine</i> ..	96	<i>ssd</i>	96
<i>risedronate sodium</i> .	70	SIMBRINZA SUS 1-		STELARA	84
<i>risperidone</i>	57	0.2%	91	STIVARGA	42
<i>risperidone</i>		<i>simliya</i>	74	<i>streptomycin sulfate</i>	26
<i>microspheres</i>	57	<i>simpesse</i>	74	STRIBILD TAB.....	29
<i>ritonavir</i>	28	<i>simvastatin</i>	48	<i>subvenite</i>	60
<i>rivaroxaban</i>	81	<i>sirolimus</i>	86	<i>sucalfate</i>	80
<i>rivastigmine</i>	52	SIRTURO	29	<i>sulfacetamide sodium</i>	
<i>rivastigmine tartrate</i>		SKYRIZI.....	84	(<i>acne</i>).....	96
.....	52	SKYRIZI PEN	84	<i>sulfacetamide sodium</i>	
<i>rivelsa</i>	74	<i>sod sulfate-pot sulf-</i>		(<i>ophth</i>)	90
<i>rizatriptan benzoate</i>	63	<i>mg sulf oral sol</i>		<i>sulfacetamide sodium-</i>	
ROCKLATAN DRO ...	91	17.5-3.13-1.6		<i>prednisolone ophth</i>	
<i>roflumilast</i>	94	<i>gm/177ml</i>	79	<i>soln 10-</i>	
ROMVIMZA	42	<i>sodium chloride</i>	89	0.23(0.25)%.....	90
<i>ropinirole</i>		<i>sodium chloride (gu</i>		<i>sulfadiazine</i>	26
<i>hydrochloride</i>	54	<i>irrigant)</i>	99	<i>sulfamethoxazole-</i>	
<i>rosuvastatin calcium</i>	48	<i>sodium fluoride chew;</i>		<i>trimethoprim iv soln</i>	
ROTARIX SUS	87	<i>tab; 1.1 (0.5 f)</i>		400-80 mg/5ml ...	26
ROTATEQ SOL.....	87	<i>mg/ml soln</i>	89	<i>sulfamethoxazole-</i>	
<i>roweepra</i>	60	SODIUM OXYBATE .	65	<i>trimethoprim susp</i>	
ROZLYTREK	42			200-40 mg/5ml ...	26

<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg</i>	26	<i>tacrolimus</i>	86	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i> ...	47
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg</i>	26	<i>TAFINLAR</i>	42	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i>	47
SULFAMYLLON	96	TAGRISO	42	<i>temazepam</i>	62
<i>sulfasalazine</i>	79	TALZENNA	42	TENIVAC INJ 5-2LF	87
<i>sulindac</i>	23	<i>tamoxifen citrate</i> ...	35	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	28
<i>sumatriptan</i>	63	<i>tamsulosin hcl</i>	80	TEPMETKO.....	43
<i>sumatriptan succinate</i>	63	<i>tarina 24 fe</i>	74	<i>terazosin hcl</i>	46
<i>sunitinib malate</i>	42	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	74	<i>terbinafine hcl</i>	27
SUNLENCA.....	28	TASIGNA	42	<i>terbutaline sulfate</i> ..	93
<i>syeda</i>	74	<i>tasimelteon</i>	62	<i>terconazole vaginal</i> ..	81
SYMDEKO TAB 100-150.....	94	TAVNEOS.....	82	TERIPARATIDE	70
SYMDEKO TAB 50-75MG	94	<i>tazarotene</i>	97	<i>testosterone</i>	66
SYMPAZAN	60	<i>tazicef</i>	31	<i>testosterone cypionate</i>	66
SYMTUZA TAB	29	TAZORAC.....	97	<i>testosterone enanthate</i>	66
SYNAREL	77	TAZVERIK	43	<i>testosterone pump</i> ..	66
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG.....	67	TECENTRIQ	43	<i>tetrabenazine</i>	64
SYNJARDY TAB 12.5-500.....	67	TECENTRIQ INJ	43	<i>tetracycline hcl</i>	33
SYNJARDY TAB 5-1000MG.....	67	HYBREZA	43	THALOMID.....	35, 36
SYNJARDY TAB 5-500MG	67	TEFLARO.....	31	THEO-24	94
SYNJARDY XR TAB 10-1000	67	<i>telmisartan</i>	47	<i>theophylline</i>	94
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000	67	<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>	47	<i>thioridazine hcl</i>	57
SYNJARDY XR TAB 25-1000	67	<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i>	47	<i>thiothixene</i>	57
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG.....	67	<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	47	<i>tiadylt er</i>	49
SYNTHROID	77	<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i>	47	<i>tiagabine hcl</i>	60
TABLOID	34	<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i>	47	TIBSOVO.....	43
TABRECTA	42	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i> ..	47	<i>ticagrelor</i>	82

Если у вас возникли вопросы, звоните в Central Health Medicare Plan по номеру (800) 665-3086, ТТУ: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

TIVICAY PD.....	28	<i>tretinoin</i>		<i>tri-lo-marzia</i>	74
<i>tizanidine hcl</i>	65	(<i>chemotherapy</i>) ..	36	<i>tri-lo-mili</i>	74
TOBI PODHALER.....	26	<i>triamcinolone</i>		<i>tri-lo-sprintec</i>	74
TOBRADEX OIN 0.3-		<i>acetonide (mouth)</i>	99	<i>trimethoprim</i>	26
0.1%.....	90	<i>triamcinolone</i>		<i>tri-mili</i>	74
<i>tobramycin</i>	26	<i>acetonide (topical)</i>		<i>trimipramine maleate</i>	
<i>tobramycin (ophth)</i> ..	90	.....	98	.....	53
<i>tobramycin sulfate</i> ..	26	<i>triamterene &</i>		TRINTELLIX	53
<i>tobramycin-</i>		<i>hydrochlorothiazide</i>		<i>tri-nymyo</i>	74
<i>dexamethasone</i>		<i>cap 37.5-25 mg</i> ..	50	<i>tri-sprintec</i>	74
<i>ophth susp 0.3-</i>		<i>triamterene &</i>		TRIUMEQ PD TAB ...	29
<i>0.1%</i>	90	<i>hydrochlorothiazide</i>		TRIUMEQ TAB	29
<i>tolterodine tartrate</i> .	81	<i>tab 37.5-25 mg</i> ..	50	<i>trivora-28</i>	74
<i>topiramate</i>	60	<i>triamterene &</i>		<i>tri-vylibra</i>	74
<i>toremifene citrate</i> ...	35	<i>hydrochlorothiazide</i>		<i>tri-vylibra lo</i>	74
<i>torpenz</i>	43	<i>tab 75-50 mg</i>	50	TROGARZO.....	28
<i>torsemide</i>	50	<i>tridacaine ii</i>	98	TROPHAMINE INJ 10%	
TOUJEO MAX		<i>triderm</i>	98	.....	90
SOLOSTAR.....	69	<i>trientine hcl</i>	70	<i>trospium chloride</i> ...	81
TOUJEO SOLOSTAR	69	<i>tri-estarylla</i>	74	TRUE METRIX KIT AIR	
TPN ELECTROL INJ..	89	<i>trifluoperazine hcl</i> ..	57	.....	100
TRADJENTA	67	<i>trifluridine</i>	90	TRUE METRIX KIT	
<i>tramadol hcl</i>	24	<i>trihexyphenidyl hcl</i> .	54	METER	100
<i>tramadol-</i>		TRIJARDY XR TAB ER		TRUE METRIX STRIPS	
<i>acetaminophen tab</i>		24HR 10-5-1000MG		.....	100
<i>37.5-325 mg</i>	24	.....	67	TRULICITY.....	68
<i>trandolapril</i>	45	TRIJARDY XR TAB ER		TRUMENBA.....	87
<i>tranexamic acid</i>	82	24HR 12.5-2.5-		TRUQAP	43
<i>tranylcpromine</i>		1000MG	67	TRUXIMA.....	43
<i>sulfate</i>	53	TRIJARDY XR TAB ER		TUKYSA	43
TRAVASOL INJ 10%	89	24HR 25-5-1000MG		TURALIO	43
TRAZIMERA	43	.....	67	<i>turqoz</i>	74
<i>trazodone hcl</i>	53	TRIJARDY XR TAB ER		<i>twice-daily</i>	
TRECTOR.....	30	24HR 5-2.5-1000MG		<i>clindamycin</i>	
TRELEGY AER ELLIPTA		.....	67	<i>phosphate (topical)</i>	
100-62.5-25 MCG	92	TRIKAFTA PAK 59.5MG		.....	96
TRELEGY AER ELLIPTA		.....	94	TWINRIX INJ	87
200-62.5-25 MCG	92	TRIKAFTA PAK 75MG		TYBOST.....	28
TREMFYA.....	84	.....	95	<i>tydemy</i>	74
TREMFYA INDUCTION		TRIKAFTA TAB 100-		TYENNE.....	84
PACK FO	84	50-75MG & 150MG		TYPHIM VI	87
<i>treprostinil</i>	51	.....	95	UBRELVY	63
TRESIBA.....	69	TRIKAFTA TAB 50-25-		<i>unithroid</i>	77
TRESIBA FLEXTOUCH		37.5MG & 75MG..	95	<i>ursodiol</i>	80
.....	69	<i>tri-legest fe</i>	74	<i>valacyclovir hcl</i>	30
<i>tretinoin</i>	96	<i>tri-linyah</i>	74	VALCHLOR.....	99
		<i>tri-lo-estarylla</i>	74	<i>valganciclovir hcl</i>	30

<i>valproate sodium</i> 60	VASCEPA 48	<i>vyfemla</i> 74
<i>valproic acid</i> 60	VAXCHORA SUS..... 87	<i>vylibra</i> 74
<i>valsartan</i> 47	<i>velivet</i> 74	VYZULTA 91
<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 160-12.5 mg</i> .47	VELSIPITY..... 85	<i>warfarin sodium</i> 81
<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 160-25 mg</i> 47	VENCLEXTA..... 43	<i>water for irrigation,</i> <i>sterile irrigation soln</i> 99
<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 320-12.5 mg</i> .47	VENCLEXTA TAB START PK..... 43	WELIREG..... 36
<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 320-25 mg</i> 47	<i>venlafaxine hcl</i> 53	<i>wera</i> 74
<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 80-12.5 mg</i> ... 47	VENTOLIN HFA 93	WESTAB PLUS TAB 27-1MG 89
VALTOCO 10 MG DOSE 60	VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) 93	<i>wixela inhub</i> 96
VALTOCO 15 MG DOSE 60	VEOZAH..... 77	<i>wymzya fe</i> 74
VALTOCO 20 MG DOSE 60	<i>verapamil hcl</i> 50	XALKORI 44
VALTOCO 5 MG DOSE 60	VERQUOVO 51	<i>xarah fe</i> 74
<i>valtya 1/50</i> 74	VERSACLOZ 57	XARELTO..... 81
<i>vancomycin hcl</i> 26	VERZENIO..... 43	XARELTO STAR TAB 15/20MG 81
VANCOMYCIN INJ 1 GM..... 26	<i>vestura</i> 74	XATMEP 85
VANCOMYCIN INJ 500MG 26	<i>vienna</i> 74	XCOPRI..... 61
VANCOMYCIN INJ 750MG 26	<i>vigabatrin</i> 60	XCOPRI PAK 100-150 61
VANFLYTA..... 43	<i>vigadrone</i> 60	XCOPRI PAK 12.5-25 61
VAQTA 87	VIGAFYDE 60	XCOPRI PAK 150- 200MG (MAINTENANCE).. 61
<i>varenicline tartrate</i> .66	<i>vigpoder</i> 60	XCOPRI PAK 150- 200MG (TITRATION) 61
<i>varenicline tartrate tab</i> <i>11 x 0.5 mg & 42 x</i> <i>1 mg start pack</i> ... 66	<i>vilazodone hcl</i> 53	XCOPRI PAK 50- 100MG 61
VARIVAX 87	VIMKUNYA 87	XDEMVI 90
	<i>vincristine sulfate</i> ... 36	XELJANZ 85
	<i>vinorelbine tartrate</i> 36	XELJANZ XR 85
	<i>viorele</i> 74	<i>xelria fe</i> 74
	VIRACEPT 28	XERMELO 80
	VIREAD 28	XGEVA 70
	VITRAKVI..... 43	XHANCE 95
	VIVIMUSTA 34	XIFAXAN 80
	VIVITROL..... 66	
	VIVOTIF CAP EC ... 87	
	VIZIMPRO 43	
	VONJO..... 43	
	VORANIGO..... 43, 44	
	<i>voriconazole</i> 27	
	VOSEVI TAB 30	
	VOWST CAP 80	
	VRAYLAR 57	

Если у вас возникли вопросы, звоните в Central Health Medicare Plan по номеру (800) 665-3086, ТТУ: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>.

XIGDUO XR TAB 10-1000	68	XTANDI	35	ZENPEP CAP	
XIGDUO XR TAB 10-500MG	68	<i>xulane</i>	74	5000UNIT	80
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	68	XULTOPHY INJ		ZENPEP CAP	
XIGDUO XR TAB 5-1000MG.....	68	100/3.6	69	60000UNT	80
XIGDUO XR TAB 5-500MG	68	YESINTEK	85	ZERVIATE.....	91
XIIDRA.....	92	YF-VAX INJ	87	<i>zidovudine</i>	28
XOFLUZA.....	30	<i>yuvafem</i>	75	<i>ziprasidone hcl</i>	57
XOLAIR	95	<i>zafemy</i>	74	<i>ziprasidone mesylate</i>	
XOSPATA.....	44	<i>zafirlukast</i>	93	.....	57
XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY) ...	44	<i>zaleplon</i>	62	ZIRABEV	44
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) ...	44	ZARXIO	82	ZIRGAN.....	90
XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY) ..	44	ZEGALOGUE.....	76	<i>zoledronic acid</i>	70
XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY) ...	44	ZEJULA.....	44	ZOLINZA	44
XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY) ..	44	ZELBORAF.....	44	<i>zolidem tartrate</i>	63
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY) ...	44	ZEMAIRA	95	ZONISADE.....	61
XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY) ..	44	<i>zenatane</i>	96	<i>zonisamide</i>	61
		ZENPEP CAP		<i>zovia 1/35</i>	74
		10000UNT	80	ZTALMY.....	61
		ZENPEP CAP		<i>zumandimine</i>	74
		15000UNT	80	ZURZUVAE	53
		ZENPEP CAP		ZYDELIG	44
		20000UNT	80	ZYKADIA	44
		ZENPEP CAP		ZYLET SUS 0.5-0.3%	
		25000UNT	80	.....	90
		ZENPEP CAP			
		3000UNIT	80		
		ZENPEP CAP			
		40000UNT	80		



План Central Health Medi-Medi Plan I (HMO D-SNP) план Medicare Medi-Cal Plan

Дата обновления списка лекарственных препаратов: 07.01.2025 г.

Для получения актуальной информации или при возникновении других вопросов обращайтесь к нам по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу, с 08:00 до 20:00 по местному времени, или посетите веб-сайт

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