



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 12*

Дата обновления списка лекарственных препаратов: 2025.04.01 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	99

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>.

1 апреля 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: Չանզահարեք 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>



1 апреля 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 ਮੁਫ਼ਤ 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 hngangv 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 удастся 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 04/01/2025

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.

01 марта 2025 г.

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 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 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
<i>linezolid</i> SOLN 600mg/300ml	1	

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

1 апреля 2025 г.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>linezolid</i> SUSR 100mg/5ml	1	NDS, QL (1800 mL / 30 days)
<i>linezolid</i> TABS 600mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
LINEZOLID INJ 2MG/ML	1	
<i>meropenem</i> SOLR 1gm, 500mg	1	
<i>methenamine hippurate</i> TABS 1gm	1	
<i>metronidazole</i> SOLN 500mg/100ml; TABS 250mg, 500mg	1	
<i>neomycin sulfate</i> TABS 500mg	1	
<i>nitazoxanide</i> TABS 500mg	1	NDS, QL (6 tabs / 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> CAPS 50mg, 100mg	1	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> CAPS 100mg	1	
<i>pentamidine isethionate inh</i> SOLR 300mg	1	B/D
<i>pentamidine isethionate inj</i> SOLR 300mg	1	
<i>polymyxin b sulfate</i> SOLR 500000unit	1	
<i>praziquantel</i> TABS 600mg	1	
<i>pyrimethamine</i> TABS 25mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	1	NDS
<i>sulfadiazine</i> TABS 500mg	1	NDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 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
<i>caspofungin acetate</i> SOLR 50mg, 70mg	1	

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

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

1 апреля 2025 г.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>efavirenz</i> TABS 600mg	1	NM
<i>emtricitabine</i> CAPS 200mg	1	NM
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	1	NM
<i>etravirine</i> TABS 100mg, 200mg	1	NDS, NM
<i>fosamprenavir calcium</i> TABS 700mg	1	NDS, NM
FUZEON SOLR 90mg	1	NDS, NM
INTELENCE TABS 25mg	1	NM
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 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 600-300 mg</i>	1	NM
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	1	NDS, NM
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	1	NDS, NM
CIMDUO TAB 300-300	1	NDS, NM
COMPLERA TAB	1	NDS, NM
DELSTRIGO TAB	1	NDS, NM

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

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

1 апреля 2025 г.

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	1	
CEFAZOLIN/DEX SOL 1GM/50ML-4%	1	
CEFAZOLIN/DEX SOL 2GM/50ML-3%	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	
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	
<i>levofloxacin</i> SOLN 25mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	1	

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

1 апреля 2025 г.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl TABS 400mg</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	1	
PENICILLINS		
<i>amoxicillin CAPS 250mg, 500mg; CHEW 125mg, 250mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	1	
<i>ampicillin CAPS 500mg</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	1	
<i>ampicillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg</i>	1	
<i>BICILLIN L-A SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml</i>	1	
<i>dicloxacillin sodium CAPS 250mg, 500mg</i>	1	
<i>nafcillin sodium SOLR 1gm, 2gm</i>	1	
<i>nafcillin sodium SOLR 10gm</i>	1	NDS
<i>oxacillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm</i>	1	
<i>penicillin g potassium SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	1	
<i>penicillin g sodium SOLR 5000000unit</i>	1	
<i>penicillin v potassium SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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
<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
GLEOSTINE CAPS 10mg, 40mg	1	NM
GLEOSTINE CAPS 100mg	1	NDS, NM

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

1 апреля 2025 г.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml; SOLR 50mg	1	B/D
<i>oxaliplatin</i> SOLR 100mg	1	NDS, B/D
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> 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
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
AKEEGA TAB 50/500MG	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AKEEGA TAB 100/500	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>anastrozole</i> TABS 1mg	1	
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	1	
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	1	NM, PA
ERLEADA TABS 60mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
ERLEADA TABS 240mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
EULEXIN CAPS 125mg	1	NDS
<i>exemestane</i> TABS 25mg	1	
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

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

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

1 апреля 2025 г.

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

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

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

1 апреля 2025 г.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	1	NDS, NM, PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	1	NDS, NM, PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	1	NDS, NM, PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg	1	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg	1	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg, 30mg, 45mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
IDHIFA TABS 50mg, 100mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 100mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 400mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA CAPS 70mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA CAPS 140mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA SUSP 70mg/ml	1	NDS, QL (216 mL / 27 days), NM, PA
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

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

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

1 апреля 2025 г.

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>pazopanib hcl</i> TABS 200mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
PHESGO SOL	1	NDS, NM, PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
QINLOCK TABS 50mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
RETEVMO CAPS 40mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
RETEVMO CAPS 80mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
RETEVMO TABS 40mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
RETEVMO TABS 80mg, 120mg, 160mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
REVUFORJ TABS 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
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

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

1 апреля 2025 г.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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
TAGRISSE TABS 40mg, 80mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg, .5mg, .75mg, 1mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
TALZENNA CAPS .25mg	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
TASIGNA CAPS 50mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
TASIGNA CAPS 150mg, 200mg	1	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
TAZVERIK TABS 200mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	1	NDS, NM, PA
TECENTRIQ INJ HYBREZA	1	NDS, QL (1 vial / 21 days), NM, PA
TEPMETKO TABS 225mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
TIBSOVO TABS 250mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>torpenz</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	1	NDS, NM, PA
TRUQAP TABS 160mg, 200mg	1	NDS, QL (64 tabs / 28 days), NM, PA
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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
VITRAKVI CAPS 25mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
VITRAKVI CAPS 100mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
VITRAKVI SOLN 20mg/ml	1	NDS, QL (300 mL / 30 days), NM, PA
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
VONJO CAPS 100mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
VORANIGO TABS 10mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
VORANIGO TABS 40mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg; CPSP 50mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
XALKORI CPSP 20mg	1	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
XALKORI CPSP 150mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
XOSPATA TABS 40mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) TBPk 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

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

1 апреля 2025 г.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ZYKADIA TABS 150mg	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
PROTECTIVE AGENTS		
<i>leucovorin calcium</i> SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	1	B/D
<i>leucovorin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 25mg	1	
<i>mesna</i> TABS 400mg	1	NDS
MESNEX TABS 400mg	1	NDS
CARDIOVASCULAR		
ACE INHIBITOR COMBINATIONS		
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	1	
<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</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>captopril</i> TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>enalapril maleate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	
<i>fosinopril sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>lisinopril</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	
<i>moexipril hcl</i> TABS 7.5mg, 15mg	1	
<i>perindopril erbumine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg	1	
<i>quinapril hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>ramipril</i> CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>trandolapril</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg	1	
ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>epplerenone</i> TABS 25mg, 50mg	1	
KERENDIA TABS 10mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<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	

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

1 апреля 2025 г.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	1	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>flecainide acetate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	
MULTAQ TABS 400mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pacerone</i> TABS 100mg, 200mg, 400mg	1	
<i>propafenone hcl</i> CP12 225mg, 325mg, 425mg; TABS 150mg, 225mg, 300mg	1	
<i>quinidine sulfate</i> TABS 200mg, 300mg	1	
<i>sotalol hcl</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	1	
<i>sotalol hcl (afib/af)</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg	1	
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

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

1 апреля 2025 г.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
REPATHA SURECLICK SOAJ 140mg/ml	1	NM, PA
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	1	
BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS		
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	1	
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	1	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	1	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	1	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	1	
BETA-BLOCKERS		
<i>acebutolol hcl 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	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>isradipine</i> CAPS 2.5mg, 5mg	1	
<i>nicardipine hcl</i> CAPS 20mg, 30mg	1	
<i>nifedipine</i> TB24 30mg, 60mg, 90mg	1	
<i>nimodipine</i> CAPS 30mg	1	
<i>tiadylt er</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	1	
<i>verapamil hcl</i> CP24 100mg, 120mg, 180mg, 200mg, 240mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml; TABS 40mg, 80mg, 120mg; TBCR 120mg, 180mg, 240mg	1	
DIURETICS		
<i>acetazolamide</i> CP12 500mg; TABS 125mg, 250mg	1	
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	1	
<i>amiloride hcl</i> TABS 5mg	1	
<i>bumetanide</i> SOLN .25mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	
<i>chlorthalidone</i> TABS 25mg, 50mg	1	
<i>furosemide</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/5ml; TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	
<i>furosemide inj</i> SOLN 10mg/ml	1	
<i>hydrochlorothiazide</i> CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	1	
<i>indapamide</i> TABS 1.25mg, 2.5mg	1	
<i>methazolamide</i> TABS 25mg, 50mg	1	
<i>metolazone</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	1	
<i>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

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

1 апреля 2025 г.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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
<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> TABS 10mg, 20mg; 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)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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	
<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 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	

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

1 апреля 2025 г.

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

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)

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

1 апреля 2025 г.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>aripiprazole</i> TBDP 10mg, 15mg	1	QL (60 tabs / 30 days), ST
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml	1	NDS, QL (1 syringe / 56 days)
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	1	NDS
<i>asenapine maleate</i> SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days)
<i>chlorpromazine hcl</i> CONC 30mg/ml, 100mg/ml; SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1	
<i>clozapine</i> TABS 25mg, 50mg	1	
<i>clozapine</i> TABS 100mg	1	QL (270 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TABS 200mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	1	PA
<i>clozapine</i> TBDP 100mg	1	QL (270 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 150mg	1	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 200mg	1	QL (120 tabs / 30 days), PA
COBENFY CAP 50-20MG	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA
COBENFY CAP 100-20MG	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA
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)
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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)

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

1 апреля 2025 г.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> SOLN 1mg/ml	1	QL (240 mL / 30 days)
<i>risperidone</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	1	
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg	1	QL (60 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone</i> TBDP 4mg	1	QL (120 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg	1	QL (90 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone microspheres</i> SRER 12.5mg, 25mg	1	QL (2 injections / 28 days)
<i>risperidone microspheres</i> SRER 37.5mg, 50mg	1	NDS, QL (2 injections / 28 days)
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr	1	NDS, QL (30 patches / 30 days)
<i>thioridazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>thiothixene</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
<i>trifluoperazine hcl</i> TABS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml	1	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA
VRAYLAR CAPS 1.5mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days)
VRAYLAR CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days)
<i>ziprasidone hcl</i> CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>ziprasidone mesylate</i> SOLR 20mg	1	QL (6 injections / 3 days)
ANTISEIZURE AGENTS		
APTiom TABS 200mg, 400mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
APTiom TABS 600mg, 800mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
BRIVIACT SOLN 10mg/ml	1	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg, 200mg; CP12 100mg, 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TABS 200mg; TB12 100mg, 200mg, 400mg	1	
<i>clobazam</i> SUSP 2.5mg/ml	1	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>clobazam</i> TABS 10mg, 20mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>clonazepam</i> TABS 2mg; TBDP 2mg	1	QL (300 tabs / 30 days)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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

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

1 апреля 2025 г.

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	
LIBERVANT FILM 5mg, 7.5mg, 10mg, 12.5mg, 15mg	1	QL (10 buccal films / 30 days)
<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	
<i>pregabalin</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	1	QL (120 caps / 30 days), PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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>roweepira</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

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

1 апреля 2025 г.

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
<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)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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

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

1 апреля 2025 г.

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
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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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

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

1 апреля 2025 г.

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)
<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	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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)
JENTADUETO TAB 2.5-500	1	QL (60 tabs / 30 days)

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

1 апреля 2025 г.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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)
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)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
XIGDUO XR TAB 10-500MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-1000	1	QL (30 tabs / 30 days)
ANTIDIABETICS, INSULINS		
ADMELOG SOLN 100unit/ml	1	
ADMELOG SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	1	
ALCOHOL SWABS: BD-EMBECTA/MHC/RUGBY	1	PA
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml	1	
CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (3-DAY)	1	QL (10 patches / 30 days), PA
CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (4-DAY)	1	QL (8 patches / 24 days), PA
CEQUR SIMPL MIS INSERTER	1	QL (2 inserters / year), PA
FIASP SOLN 100unit/ml	1	
FIASP FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml	1	
FIASP PENFILL SOCT 100unit/ml	1	
FIASP PUMPCART SOCT 100unit/ml	1	B/D
GAUZE PADS 2" X 2"	1	PA
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml	1	NDS, B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml	1	NDS
INSULIN PEN NEEDLES: BD-EMBECTA	1	PA
INSULIN SAFETY NEEDLES: BD-EMBECTA	1	PA
INSULIN SYRINGES: BD-EMBECTA	1	PA
NOVOLIN INJ 70/30	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN INJ 70/30 FP	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG SOLN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ 70/30	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)

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

1 апреля 2025 г.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
<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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	1	NDS, NM, PA
zoledronic acid CONC 4mg/5ml; SOLN 5mg/100ml	1	B/D, NM
CHELATING AGENTS		
CHEMET CAPS 100mg	1	NDS
deferasirox TABS 90mg, 180mg, 360mg; TBSO 125mg	1	NM, PA
deferasirox TBSO 250mg, 500mg	1	NDS, NM, PA
kionex SUSP 15gm/60ml	1	
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	1	
penicillamine TABS 250mg	1	NDS, NM
sodium polystyrene sulfonate powder	1	
sps SUSP 15gm/60ml	1	
sps rectal SUSP 15gm/60ml	1	
trientine hcl CAPS 250mg	1	NDS, NM, PA
CONTRACEPTIVES		
afirmelle	1	
altavera	1	
alyacen 1/35	1	
alyacen 7/7/7	1	
amethia	1	
amethyst	1	
apri	1	
aranelle	1	
ashlyna	1	
aubra eq	1	
aurovela 1/20	1	
aurovela 24 fe	1	
aurovela fe 1.5/30	1	
aurovela fe 1/20	1	
aviane	1	
ayuna	1	
azurette	1	
balziva	1	
blisovi 24 fe	1	
blisovi fe 1.5/30	1	
briellyn	1	
camila TABS .35mg	1	
camrese	1	
camrese lo	1	
chateal eq	1	
cryselle-28	1	
cyred eq	1	
dasetta 1/35	1	

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

1 апреля 2025 г.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>dasetta 7/7/7</i>	1	
<i>daysee</i>	1	
<i>deblitane TABS .35mg</i>	1	
<i>DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY 104mg/0.65ml</i>	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>finzala</i>	1	
<i>hailey 1.5/30</i>	1	
<i>hailey 24 fe</i>	1	
<i>haloette</i>	1	
<i>heather TABS .35mg</i>	1	
<i>iclevia</i>	1	
<i>incassia TABS .35mg</i>	1	
<i>introvale</i>	1	
<i>isibloom</i>	1	
<i>jasmiel</i>	1	
<i>jolessa</i>	1	
<i>juleber</i>	1	
<i>junel 1.5/30</i>	1	
<i>junel 1/20</i>	1	
<i>junel fe 1.5/30</i>	1	
<i>junel fe 1/20</i>	1	
<i>junel fe 24</i>	1	
<i>kaitlib fe</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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>leena</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>lutra</i>	1	
<i>lyleq TABS .35mg</i>	1	
<i>lyza TABS .35mg</i>	1	
<i>marlissa</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml</i>	1	
<i>mibelas 24 fe</i>	1	
<i>microgestin 1.5/30</i>	1	

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

1 апреля 2025 г.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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-linyah</i>	1	
<i>necon 0.5/35-28</i>	1	
<i>NEXPLANON IMPL 68mg</i>	1	NM
<i>nikki</i>	1	
<i>nora-be TABS .35mg</i>	1	
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i>	1	
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg</i>	1	
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.8 mg-25 mcg</i>	1	
<i>norethindrone (contraceptive) TABS .35mg</i>	1	
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	1	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	1	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	1	
<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg (24)</i>	1	
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	1	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	1	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>norlyroc TABS .35mg</i>	1	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	1	
<i>nortrel 7/7/7</i>	1	
<i>nylia 1/35</i>	1	
<i>nylia 7/7/7</i>	1	
<i>ocella</i>	1	
<i>philith</i>	1	
<i>pimtrea</i>	1	
<i>portia-28</i>	1	
<i>reclipsen</i>	1	
<i>rivelsa</i>	1	
<i>setlakin</i>	1	
<i>sharobel TABS .35mg</i>	1	
<i>simliya</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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>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>xulane</i>	1	
<i>zafemy</i>	1	
<i>zovia 1/35</i>	1	
<i>zumandimine</i>	1	
ESTROGENS		
<i>dotti</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	1	
<i>estradiol</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr; PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr; TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	1	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	1	

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

1 апреля 2025 г.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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>yuvafem</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
<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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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
<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	1	NDS, NM, PA
<i>raloxifene hcl</i> TABS 60mg	1	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	1	NDS, NM, PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	1	NDS, NM, PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	1	NDS, NM, PA

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

1 апреля 2025 г.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	1	NDS, NM, PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	1	NDS, NM, PA
SYNAREL SOLN 2mg/ml	1	NDS, PA
VEOZAH TABS 45mg	1	PA
PROGESTINS		
<i>gallifrey</i> TABS 5mg	1	
<i>medroxyprogesterone acetate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>megestrol acetate</i> SUSP 40mg/ml	1	
<i>megestrol acetate (appetite)</i> SUSP 625mg/5ml	1	PA
<i>norethindrone acetate</i> TABS 5mg	1	
<i>progesterone</i> CAPS 100mg, 200mg	1	
THYROID AGENTS		
<i>euthyrox</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1	
<i>levo-t</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
<i>levothyroxine sodium</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
<i>levoxyl</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1	
<i>liothyronine sodium</i> TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	1	
<i>methimazole</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>propylthiouracil</i> TABS 50mg	1	
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	
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)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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	
<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)

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

1 апреля 2025 г.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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
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	
MOVANTI K 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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ZENPEP CAP 3000UNIT	1	
ZENPEP CAP 5000UNIT	1	
ZENPEP CAP 10000UNT	1	
ZENPEP CAP 15000UNT	1	
ZENPEP CAP 20000UNT	1	
ZENPEP CAP 25000UNT	1	
ZENPEP CAP 40000UNT	1	
ZENPEP CAP 60000UNT	1	
PROTON PUMP INHIBITORS		
<i>esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg, 40mg	1	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>pantoprazole sodium</i> SOLR 40mg; TBEC 20mg, 40mg	1	
<i>rabeprazole sodium</i> TBEC 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
GENITOURINARY		
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA		
<i>alfuzosin hcl</i> TB24 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>dutasteride</i> CAPS .5mg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 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)
MYRBETRIQ SRER 8mg/ml	1	QL (300 mL / 28 days)
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> SOLN 5mg/5ml	1	QL (600 mL / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TABS 5mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 10mg, 15mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>solifenacin succinate</i> TABS 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tolterodine tartrate</i> CP24 2mg, 4mg	1	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>tolterodine tartrate</i> TABS 1mg, 2mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>tropium chloride</i> TABS 20mg	1	QL (60 tabs / 30 days)

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

1 апреля 2025 г.

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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	
IMMUNOLOGIC AGENTS		
AUTOIMMUNE AGENTS		
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
ADALIMUMAB-AACF (2 SYRING PSKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (56 syringes / 365 days), NM, PA
ADALIMUMAB-AACF STARTER P AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
COSENTYX SOLN 125mg/5ml	1	NDS, NM, PA
COSENTYX SOSY 75mg/0.5ml	1	NDS, QL (16 syringes / 365 days), NM, PA
COSENTYX SOSY 150mg/ml	1	NDS, QL (32 syringes / 365 days), NM, PA
COSENTYX SENSOREADY PEN SOAJ 150mg/ml	1	NDS, QL (32 pens / 365 days), NM, PA
COSENTYX UNOREADY SOAJ 300mg/2ml	1	NDS, QL (16 pens / 365 days), NM, PA
DUPIXENT SOAJ 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	1	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
DUPIXENT SOSY 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	1	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA

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

1 апреля 2025 г.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml	1	NDS, QL (16 vials / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml	1	NDS, QL (16 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 50mg/ml	1	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml	1	NDS, QL (8 cartridges / 28 days), NM, PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml	1	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml	1	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 20mg/0.2ml	1	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN AJKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (6 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN AJKT 80mg/0.8ml	1	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	1	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START AJKT 80mg/0.8ml	1	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S AJKT 80mg/0.8ml	1	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
IDACIO (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
IDACIO (2 SYRINGE) PSKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (56 syringes / 365 days), NM, PA
IDACIO CROHN INJ DISEASE AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	1	NDS, 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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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, 200mg/2ml	1	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOLN 200mg/20ml	1	NDS, NM, PA
TREMFYA SOSY 100mg/ml, 200mg/2ml	1	NDS, QL (1 syringe / 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
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

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

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

1 апреля 2025 г.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	1	NDS, NM, PA
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	1	NDS, NM, PA
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	1	NDS, NM, PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	1	NDS, NM, PA
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	1	NDS, NM, PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	1	NDS, NM, PA
IMMUNOMODULATORS		
ACTIMMUNE SOLN 100mcg/0.5ml	1	NDS, NM, PA
ARCALYST SOLR 220mg	1	NDS, NM, PA
IMMUNOSUPPRESSANTS		
ASTAGRAF XL CP24 5mg	1	NDS, B/D, NM
ASTAGRAF XL CP24 .5mg, 1mg	1	B/D, NM
azathioprine TABS 50mg	1	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOSY 200mg/ml	1	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	1	NDS, NM, PA
cyclosporine CAPS 25mg, 100mg	1	B/D, NM
cyclosporine modified (for microemulsion) CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	1	B/D, NM
everolimus (immunosuppressant) TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	1	NDS, B/D, NM
engraf CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	1	B/D, NM
mycophenolate mofetil CAPS 250mg; TABS 500mg	1	B/D, NM
mycophenolate mofetil SUSR 200mg/ml	1	NDS, B/D, NM
mycophenolate sodium TBEC 180mg, 360mg	1	B/D, NM
NULOJIX SOLR 250mg	1	NDS, B/D, NM
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	1	B/D, NM
REZUROCK TABS 200mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
sirolimus SOLN 1mg/ml	1	NDS, B/D, NM
sirolimus TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	B/D, NM
tacrolimus CAPS .5mg, 1mg, 5mg	1	B/D, NM
VACCINES		
ABRYSVO SOLR 120mcg/0.5ml	1	
ACTHIB INJ	1	
ADACEL INJ	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	1	
BCG VACCINE SOLR 50mg	1	
BEXSERO INJ	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 INJ	1	
HAVRIX SUSP 720elu/0.5ml, 1440elu/ml	1	
HEPLISAV-B SOSY 20mcg/0.5ml	1	B/D
HIBERIX SOLR 10mcg	1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	1	B/D
INFANRIX INJ	1	
IPOL INJ INACTIVE	1	
IXCHIQ INJ	1	
IXIARO INJ	1	
JYNNEOS SUSP .5ml	1	B/D
KINRIX INJ	1	
M-M-R II INJ	1	
MENACTRA INJ	1	
MENQUADFI INJ	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 INJ	1	
TWINRIX INJ	1	

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

1 апреля 2025 г.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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	
YF-VAX INJ	1	
NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS		
ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE		
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	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	1	
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	1	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	1	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	1	
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	1	
<i>potassium chloride SOLN 2meq/ml, 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml</i>	1	
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	1	
<i>sodium chloride SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%</i>	1	
TPN ELECTROL INJ	1	B/D
<i>ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL</i>		
<i>klor-con PACK 20meq</i>	1	
<i>klor-con 8 TBCR 8meq</i>	1	
<i>klor-con 10 TBCR 10meq</i>	1	
<i>klor-con m10 TBCR 10meq</i>	1	
<i>klor-con m15 TBCR 15meq</i>	1	
<i>klor-con m20 TBCR 20meq</i>	1	
M-NATAL PLUS TAB	1	
<i>potassium chloride CPCR 8meq, 10meq; PACK 20meq; SOLN 10%, 20%; TBCR 8meq, 10meq, 20meq</i>	1	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er TBCR 10meq, 15meq, 20meq</i>	1	
PRENATAL TAB 27-1MG	1	
PRENATAL TAB PLUS	1	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	1	
WESTAB PLUS TAB 27-1MG	1	
<i>IV NUTRITION</i>		
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	1	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	1	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	1	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	1	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	1	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	1	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	1	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	1	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	1	B/D
<i>dextrose SOLN 5%, 10%</i>	1	
<i>dextrose SOLN 50%, 70%</i>	1	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	1	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	1	B/D

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

1 апреля 2025 г.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>plenamine</i>	1	B/D
PREMASOL SOL 10%	1	NDS, B/D
PROSOL INJ 20%	1	B/D
TRAVASOL INJ 10%	1	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	1	B/D
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)
<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	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>bromfenac sodium (ophth)</i> SOLN .07%, .075%	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i> SOLN .1%	1	
<i>diclofenac sodium (ophth)</i> SOLN .1%	1	
<i>difluprednate</i> EMUL .05%	1	
FLAREX SUSP .1%	1	
<i>fluorometholone (ophth)</i> SUSP .1%	1	
<i>flurbiprofen sodium</i> SOLN .03%	1	
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> SOLN .4%, .5%	1	
LOTEMAX OINT .5%	1	
<i>loteprednol etabonate</i> SUSP .2%	1	
<i>prednisolone acetate (ophth)</i> SUSP 1%	1	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	1	
ANTIALLERGICS		
<i>azelastine hcl (ophth)</i> SOLN .05%	1	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> SOLN 4%	1	
ANTIGLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> SOLN .5%	1	
BETOPTIC-S SUSP .25%	1	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .15%, .2%	1	
<i>brinzolamide</i> SUSP 1%	1	
<i>carteolol hcl (ophth)</i> SOLN 1%	1	
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	1	
<i>dorzolamide hcl</i> SOLN 2%	1	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln</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	

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

1 апреля 2025 г.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
MIEBO SOLN 1.338gm/ml	1	
<i>proparacaine hcl</i> SOLN .5%	1	
RESTASIS EMUL .05%	1	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	1	
XIIDRA SOLN 5%	1	
OTIC		
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid (otic)</i> SOLN 2%	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	1	
<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>cycloheptadine 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	

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

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

1 апреля 2025 г.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ALYFTREK TAB 10-50-125	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	1	NDS, NM, PA
BRONCHITOL CAPS 40mg	1	NDS, QL (560 caps / 28 days), NM, PA
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	1	B/D
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	1	(generic of EpiPen)
<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	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TRIKAFTA PAK 59.5MG	1	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA PAK 75MG	1	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
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)

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

1 апреля 2025 г.

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

DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>ssd</i> CREA 1%	1	
SULFAMYLON CREA 85mg/gm	1	QL (453.6 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS		
<i>ciclopirox</i> SHAM 1%	1	QL (120 mL / 30 days)
<i>ciclopirox olamine</i> CREA .77%	1	QL (90 gm / 30 days)
<i>ciclopirox olamine</i> SUSP .77%	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> CREA 1%	1	QL (45 gm / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> SOLN 1%	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i>	1	QL (45 gm / 30 days)
<i>econazole nitrate</i> CREA 1%	1	QL (85 gm / 30 days)
<i>ketconazole (topical)</i> CREA 2%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>ketconazole (topical)</i> SHAM 2%	1	QL (120 mL / 30 days)
<i>klayesta</i> POWD 100000unit/gm	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>nyamyc</i> POWD 100000unit/gm	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm	1	QL (30 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> POWD 100000unit/gm	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystop</i> POWD 100000unit/gm	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>selenium sulfide</i> LOTN 2.5%	1	
DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS		
<i>acitretin</i> CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	1	PA
<i>calcipotriene</i> CREA .005%; OINT .005%	1	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>calcipotriene</i> SOLN .005%	1	QL (120 mL / 30 days), PA
<i>calcitrene</i> OINT .005%	1	QL (120 gm / 30 days), PA
ENSTILAR AER	1	NDS, QL (120 gm / 30 days), PA
<i>tazarotene</i> CREA .05%, .1%	1	QL (60 gm / 30 days), PA
TAZORAC CREA .05%	1	QL (60 gm / 30 days), PA
DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS		
<i>ala-cort</i> CREA 1%	1	
<i>alclometasone dipropionate</i> CREA .05%; OINT .05%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> CREA .05%; OINT .05%	1	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> LOTN .05%	1	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	1	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> LOTN .05%	1	QL (120 mL / 30 days)

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

1 апреля 2025 г.

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>diclofenac sodium (topical)</i> SOLN 1.5%	1	QL (300 mL / 28 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 5%	1	QL (40 gm / 30 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN 2%, 5%	1	QL (10 mL / 30 days)
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 1%, 2.5%	1	
<i>imiquimod</i> CREA 5%	1	QL (24 packets / 30 days)
<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.

1 апреля 2025 г.

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.

A

<i>abacavir sulfate</i> 27	ACTHIB INJ .....84	<i>alclometasone</i>
<i>abacavir sulfate-</i>	ACTIMMUNE .....84	<i>dipropionate</i> 95
<i>lamivudine tab 600-</i>	<i>acyclovir</i> .....29	ALCOHOL SWABS: BD-
<i>300 mg</i> 28	<i>acyclovir sodium</i> ....30	EMBECTA/MHC/RUG
ABELCET 26	ADACEL INJ.....84	BY 67
ABILIFY ASIMTUFII . 53	ADALIMUMAB-AACF (2	ALDURAZYME 74
ABILIFY MAINTENA . 53	PEN).....81	ALECENSA 36
<i>abiraterone acetate</i> . 34	ADALIMUMAB-AACF (2	<i>alendronate sodium</i> 68
ABRYSVO 84	SYRING.....81	<i>alfuzosin hcl</i> 79
<i>acamprosate calcium</i>	ADALIMUMAB-AACF	<i>aliskiren fumarate</i> .. 49
..... 64	STARTER P .....81	<i>allopurinol</i> 23
<i>acarbose</i> 65	<i>adefovir dipivoxil</i> ....30	<i>alose tron hcl</i> 78
<i>accutane</i> 94	ADMELOG .....67	<i>alprazolam</i> 50
<i>acebutolol hcl</i> 48	ADMELOG SOLOSTAR	<i>altavera</i> 69
<i>acetaminophen w/</i>	.....67	ALUNBRIG 36
<i>codeine soln 120-12</i>	ADVAIR HFA AER	ALUNBRIG PAK 36
<i>mg/5ml</i> 24	115/21 .....93	ALVAIZ 80
<i>acetaminophen w/</i>	ADVAIR HFA AER	ALVESCO..... 93
<i>codeine tab 300-15</i>	230/21 .....93	<i>alyacen 1/35</i> 69
<i>mg</i> 24	ADVAIR HFA AER	<i>alyacen 7/7/7</i> 69
<i>acetaminophen w/</i>	45/21 .....93	ALYFTREK TAB 10-50-
<i>codeine tab 300-30</i>	<i>afirmelle</i> .....69	125..... 92
<i>mg</i> 24	AIMOVIG .....62	ALYFTREK TAB 4-20-
<i>acetaminophen w/</i>	AIRSUPRA AER 90-	50 91
<i>codeine tab 300-60</i>	80MCG .....93	ALYGLO..... 83
<i>mg</i> 24	AKEEGA TAB 100/500	<i>alyq</i> 50
<i>acetazolamide</i> 49	.....34	<i>amantadine hcl</i> 52
<i>acetic acid</i> 79	AKEEGA TAB	<i>ambrisentan</i> 50
<i>acetic acid (otic)</i> 90	50/500MG .....34	<i>amethia</i> 69
<i>acetylcysteine</i> 91	<i>ala-cort</i> .....95	<i>amethyst</i> 69
<i>acitretin</i> 95	<i>albendazole</i>.....25	<i>amikacin sulfate</i> 25
	<i>albuterol sulfate</i>.....91	

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>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	<i>12hr 1000-62.5 mg</i>
49	45	32
<i>amiloride hcl</i>	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>
49	45	60
<i>amiodarone hcl</i>	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>
46	45	60
<i>amitriptyline hcl</i>	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i>	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>
51	45	60
<i>amlodipine besylate</i>	<i>amnestem</i>	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>
48	94	60
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	<i>amoxapine</i>	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>
44	51	60
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	<i>amoxicillin</i>	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>
44	32	60
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg</i>	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>
44	32	60
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>
44	32	60
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>
44	32	60
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>
45	32	60
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>
45	32	60
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>
45	32	60
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>
45	32	60
	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	
	32	
	<i>amoxicillin & k clavulanate tab er</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>.



<i>amphetamine-</i> <i>dextroamphetamine</i> <i>tab 5 mg</i>	60	<i>asenapine maleate</i> ..	54	<i>azithromycin</i>	31
<i>amphetamine-</i> <i>dextroamphetamine</i> <i>tab 7.5 mg</i>	60	<i>ashlyna</i>	69	<i>aztreonam</i>	25
<i>amphotericin b</i>	26	<i>aspirin-dipyridamole</i> <i>cap er 12hr 25-200</i> <i>mg</i>	81	<i>azurette</i>	69
<i>amphotericin b</i> <i>liposome</i>	26	ASTAGRAF XL	84	B	
<i>ampicillin</i>	32	<i>atazanavir sulfate</i> ...	27	<i>bacitracin</i> <i>(ophthalmic)</i>	88
<i>ampicillin & sulbactam</i> <i>sodium for inj 1.5</i> <i>(1-0.5) gm</i>	32	<i>atenolol</i>	48	<i>bacitracin-polymyxin b</i> <i>ophth oint</i>	88
<i>ampicillin & sulbactam</i> <i>sodium for inj 3 (2-</i> <i>1) gm</i>	32	<i>atenolol &</i> <i>chlorthalidone tab</i> <i>100-25 mg</i>	48	<i>bacitracin-polymyxin-</i> <i>neomycin-hc ophth</i> <i>oint 1%</i>	88
<i>ampicillin & sulbactam</i> <i>sodium for iv soln</i> <i>1.5 (1-0.5) gm</i>	32	<i>atenolol &</i> <i>chlorthalidone tab</i> <i>50-25 mg</i>	48	<i>baclofen</i>	63
<i>ampicillin & sulbactam</i> <i>sodium for iv soln 15</i> <i>(10-5) gm</i>	32	<i>atomoxetine hcl</i>	60	BAFIERTAM	63
<i>ampicillin & sulbactam</i> <i>sodium for iv soln 3</i> <i>(2-1) gm</i>	32	<i>atorvastatin calcium</i>	47	<i>balsalazide disodium</i>	77
<i>ampicillin sodium</i>	32	<i>atovaquone</i>	25	BALVERSA	36
<i>anagrelide hcl</i>	80	<i>atovaquone-proguanil</i> <i>hcl tab 250-100 mg</i>	27	<i>balziva</i>	69
<i>anastrozole</i>	34	<i>atovaquone-proguanil</i> <i>hcl tab 62.5-25 mg</i>	27	BARACLUDE	30
ANORO ELLIPT AER <i>62.5-25</i>	90	ATROPINE SULFATE	89	BASAGLAR KWIKPEN	67
<i>aprepitant</i>	76	<i>atropine sulfate</i> <i>(ophthalmic)</i>	89	BCG VACCINE	85
<i>aprepitant capsule</i> <i>therapy pack 80 &</i> <i>125 mg</i>	76	ATROVENT HFA	90	<i>benazepril &</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 10-12.5 mg</i> ...	44
<i>apri</i>	69	<i>aubra eq</i>	69	<i>benazepril &</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 20-12.5 mg</i> ...	44
APTIOM	56	AUGTYRO	36	<i>benazepril &</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 20-25 mg</i>	44
APTIVUS	27	<i>aurovela 1/20</i>	69	<i>benazepril &</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 5-6.25mg</i>	44
ARALAST NP	92	<i>aurovela 24 fe</i>	69	<i>benazepril hcl</i>	44
<i>aranelle</i>	69	<i>aurovela fe 1.5/30</i> ..	69	BENDAMUSTINE HYDROCHLORID ..	33
ARCALYST	84	<i>aurovela fe 1/20</i>	69	BENDEKA	33
AREXVY	85	AUSTEDO	62	BENLYSTA	84
ARIKAYCE	25	AUSTEDO XR	62	<i>benzoyl peroxide-</i> <i>erythromycin gel 5-</i> <i>3%</i>	94
<i>aripiprazole</i>	53, 54	AUSTEDO XR TAB TITR KIT	63	<i>benztropine mesylate</i>	52, 53
ARISTADA	54	AUVELITY TAB 45- 105MG	51	BERINERT	80
ARISTADA INITIO ...	54	<i>aviane</i>	69	BESIVANCE	88
<i>armodafinil</i>	64	<i>ayuna</i>	69	BESREMI	35
ARNUITY ELLIPTA ...	93	AYVAKIT	36		
		<i>azacitidine</i>	34		
		<i>azathioprine</i>	84		
		<i>azelastine hcl</i>	90		
		<i>azelastine hcl (ophth)</i>	89		

<i>betaine powder for oral solution</i>	74	BOOSTRIX INJ	85	<i>bumetanide</i>	49
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i>	95	<i>bortezomib</i>	36	<i>buprenorphine</i>	23
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	95	BORTEZOMIB	36	<i>buprenorphine hcl</i> ..	64
<i>betamethasone valerate</i>	96	<i>bosentan</i>	50	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i>	64
BETASERON	63	BOSULIF	36, 37	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i>	64
<i>betaxolol hcl</i>	48	BRAFTOVI	37	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i>	64
<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	89	BREO ELLIPTA INH 100-25	93	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	64
<i>bethanechol chloride</i>	79	BREO ELLIPTA INH 200-25	93	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	64
BETOPTIC-S	89	BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	93	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i>	64
BEVESPI AER 9-4.8MCG	90	<i>breyana</i>	94	<i>bupropion hcl</i>	51
<i>bexarotene</i>	35	BREZTRI AERO AER SPHERE	90	<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i>	64
<i>bexarotene (topical)</i>	96	BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	90	<i>bupirone hcl</i>	50
BEXSERO INJ	85	<i>briellyn</i>	69	<i>butorphanol tartrate</i>	24
<i>bicalutamide</i>	34	BRILINTA	81	C	
BICILLIN L-A	32	<i>brimonidine tartrate</i>	89	<i>cabergoline</i>	75
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	28	<i>brinzolamide</i>	89	CABOMETYX	37
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	28	BRIVIACT	56	<i>calcipotriene</i>	95
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i> ...	48	<i>bromfenac sodium (ophth)</i>	89	<i>calcitonin (salmon) spray</i>	68
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i> ..	48	<i>bromocriptine mesylate</i>	53	<i>calcitrene</i>	95
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	48	BRONCHITOL	92	<i>calcitriol</i>	76
<i>bisoprolol fumarate</i>	48	BRUKINSA	37		
BIVIGAM	83	<i>budesonide</i>	77		
<i>blisovi 24 fe</i>	69	<i>budesonide (inhalation)</i>	93		
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	69	<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 160-4.5 mcg/act</i>	94		
		<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 80-4.5 mcg/act</i>	94		

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>calcitriol (oral)</i>	76	<i>carbidopa & levodopa</i>		<i>cefixime</i>	31
CALQUENCE.....	37	<i>tab er 25-100 mg</i> .	53	<i>cefotetan disodium</i> .	31
<i>camila</i>	69	<i>carbidopa & levodopa</i>		<i>cefoxitin sodium</i>	31
<i>camrese</i>	69	<i>tab er 50-200 mg</i> .	53	<i>cefpodoxime proxetil</i>	
<i>camrese lo</i>	69	<i>carbidopa-levodopa-</i>		.....	31
<i>candesartan cilexetil</i>	46	<i>entacapone tabs</i>		<i>cefprozil</i>	31
<i>hydrochlorothiazide</i>		<i>12.5-50-200 mg</i> ..	53	<i>ceftazidime</i>	31
<i>tab 16-12.5 mg</i> ...	45	<i>carbidopa-levodopa-</i>		<i>ceftriaxone sodium</i> .	31
<i>candesartan cilexetil-</i>		<i>entacapone tabs</i>		<i>cefuroxime axetil</i>	31
<i>hydrochlorothiazide</i>		<i>18.75-75-200 mg</i> .	53	<i>cefuroxime sodium</i> .	31
<i>tab 32-12.5 mg</i> ...	45	<i>carbidopa-levodopa-</i>		<i>celecoxib</i>	23
<i>candesartan cilexetil-</i>		<i>entacapone tabs 25-</i>		<i>cephalexin</i>	31
<i>hydrochlorothiazide</i>		<i>100-200 mg</i>	53	CEQR SIMPL KIT	
<i>tab 32-25 mg</i>	45	<i>carbidopa-levodopa-</i>		PATCH 2U (3-DAY)	
CAPLYTA	54	<i>entacapone tabs</i>		.....	67
CAPRELSA	37	<i>31.25-125-200 mg</i>		CEQR SIMPL KIT	
<i>captopril</i>	44	.....	53	PATCH 2U (4-DAY)	
<i>captopril &</i>		<i>carbidopa-levodopa-</i>		.....	67
<i>hydrochlorothiazide</i>		<i>entacapone tabs</i>		CEQR SIMPL MIS	
<i>tab 25-15 mg</i>	44	<i>37.5-150-200 mg</i> .	53	INSERTER.....	67
<i>captopril &</i>		<i>carbidopa-levodopa-</i>		CERDELGA.....	75
<i>hydrochlorothiazide</i>		<i>entacapone tabs 50-</i>		CEREZYME.....	75
<i>tab 25-25 mg</i>	44	<i>200-200 mg</i>	53	<i>cetirizine hcl</i>	90
<i>captopril &</i>		<i>carboplatin</i>	33	<i>cevimeline hcl</i>	97
<i>hydrochlorothiazide</i>		<i>carglumic acid</i>	75	<i>chateal eq</i>	69
<i>tab 50-15 mg</i>	44	<i>carisoprodol</i>	63	CHEMET	69
<i>captopril &</i>		<i>carteolol hcl (ophth)</i>	89	<i>chlorhexidine</i>	
<i>hydrochlorothiazide</i>		<i>cartia xt</i>	48	<i>gluconate (mouth-</i>	
<i>tab 50-25 mg</i>	44	<i>carvedilol</i>	48	<i>throat)</i>	97
<i>carb/levo orally</i>		<i>casprofungin acetate</i>	26	<i>chloroquine phosphate</i>	
<i>disintegrating tab</i>		CAYSTON.....	25	.....	27
<i>10-100mg</i>	53	<i>cefaclor</i>	30	<i>chlorpromazine hcl</i> .	54
<i>carb/levo orally</i>		<i>cefadroxil</i>	30	<i>chlorthalidone</i>	49
<i>disintegrating tab</i>		CEFAZOLIN	30	<i>cholestyramine</i>	47
<i>25-100mg</i>	53	CEFAZOLIN INJ		<i>cholestyramine light</i>	47
<i>carb/levo orally</i>		<i>1GM/50ML</i>	30	<i>ciclopirox</i>	95
<i>disintegrating tab</i>		<i>cefazolin sodium</i>	30	<i>ciclopirox olamine</i> ...	95
<i>25-250mg</i>	53	CEFAZOLIN SOLN		<i>cilostazol</i>	80
<i>carbamazepine</i>	56	<i>2GM/100ML-4%</i> ...	31	CILOXAN	88
<i>carbidopa & levodopa</i>		CEFAZOLIN/DEX SOL		CIMDUO TAB 300-300	
<i>tab 10-100 mg</i>	53	<i>1GM/50ML-4%</i>	31	.....	28
<i>carbidopa & levodopa</i>		CEFAZOLIN/DEX SOL		<i>cinacalcet hcl</i>	75
<i>tab 25-100 mg</i>	53	<i>2GM/50ML-3%</i>	31	<i>ciprofloxacin 200</i>	
<i>carbidopa & levodopa</i>		CEFAZOLIN/DEX SOL		<i>mg/100ml in d5w</i>	31
<i>tab 25-250 mg</i>	53	<i>3GM/150ML-4%</i> ...	31	<i>ciprofloxacin 400</i>	
		<i>cefdinir</i>	31	<i>mg/200ml in d5w</i>	31
		<i>cefepime hcl</i>	31	<i>ciprofloxacin hcl</i>	31

<i>ciprofloxacin hcl</i> (ophth)..... 88	CLINIMIX INJ 5%/D20W .....87	<i>colesevelam hcl</i> 47
<i>ciprofloxacin-</i> <i>dexamethasone otic</i> <i>susp 0.3-0.1%</i> 90	CLINIMIX INJ 6/5...87	<i>colestipol hcl</i> 47
<i>cisplatin</i> 33	CLINIMIX INJ 8/10 ..87	<i>colistimethate sodium</i> 25
<i>citalopram</i> <i>hydrobromide</i> 51	CLINIMIX INJ 8/14..87	COMBIGAN SOL 0.2/0.5%..... 89
<i>claravis</i> 94	<i>clinisol sf 15%</i> .....87	COMBIVENT AER 20- 100..... 90
<i>clarithromycin</i> 31	CLINOLIPID EMU 20% .....87	COMETRIQ (60MG DOSE)..... 37
<i>clindamycin hcl</i> 25	<i>clobazam</i> .....56	COMETRIQ KIT 100MG 37
<i>clindamycin palmitate</i> <i>hydrochloride</i> 25	<i>clobetasol propionate</i>.....96	COMETRIQ KIT 140MG 37
<i>clindamycin phosphate</i> 25	<i>clobetasol propionate</i> <i>e</i>.....96	COMPLERA TAB 28
<i>clindamycin phosphate</i> (topical) 94	<i>clomipramine hcl</i> ....51	<i>compro</i> 76
<i>clindamycin phosphate</i> <i>in d5w iv soln 300</i> <i>mg/50ml</i> 25	<i>clonazepam</i> 56, 57	<i>constulose</i> 78
<i>clindamycin phosphate</i> <i>in d5w iv soln 600</i> <i>mg/50ml</i> 25	<i>clonidine</i> .....49	COPAXONE 63
<i>clindamycin phosphate</i> <i>in d5w iv soln 900</i> <i>mg/50ml</i> 25	<i>clonidine hcl</i> .....49	COPIKTRA 37
<i>clindamycin phosphate</i> <i>vaginal</i> 80	<i>clopidogrel bisulfate</i> 81	CORLANOR 49
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML 25	<i>clorazepate</i> <i>dipotassium</i>.....57	COSENTYX 81
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML 25	<i>clotrimazole</i> .....97	COSENTYX SENSOREADY PEN81
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML 25	<i>clotrimazole (topical)</i> .....95	COSENTYX UNOREADY 81
CLINIMIX INJ 4.25/D10 87	<i>clotrimazole w/ betamethasone</i> <i>cream 1-0.05%</i> ...95	COTELLIC..... 37
CLINIMIX INJ 4.25/D5W 87	<i>clozapine</i> .....54	CREON CAP 12000UNT 78
CLINIMIX INJ 5%/D15W..... 87	COARTEM TAB 20- 120MG.....27	CREON CAP 24000UNT 78
	COBENFY CAP 100- 20MG .....54	CREON CAP 3000UNIT 78
	COBENFY CAP 125- 30MG .....54	CREON CAP 36000UNT 78
	COBENFY CAP 50- 20MG .....54	CREON CAP 6000UNIT 78
	COBENFY STRT CAP PACK .....54	<i>cromolyn sodium</i> 92
	<i>colchicine</i>.....23	<i>cromolyn sodium</i> (mastocytosis) 78
	<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-</i> <i>500 mg</i>.....23	<i>cromolyn sodium</i> (ophth) 89

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>cryselle-28</i>	69	DESCOVY TAB 120- 15MG	29	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	86
<i>cyclobenzaprine hcl</i> .	64	DESCOVY TAB 200/25MG	29	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i>	86
<i>cyclophosphamide</i> ..	33	<i>desipramine hcl</i>	51	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	86
CYCLOPHOSPHAMIDE	33	<i>desmopressin acetate</i>	75	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	86
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR	33	<i>desmopressin acetate spray</i>	75	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	86
<i>cycloserine</i>	29	<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> 75		DIACOMIT	57
<i>cyclosporine</i>	84	<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15- 0.02/0.01 mg(21/5)</i>	70	<i>diazepam</i>	57
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i>	84	<i>desvenlafaxine succinate</i>	51	<i>diazepam (anticonvulsant)</i> ..	57
<i>ciproheptadine hcl</i> .	90	<i>dexamethasone</i>	74	<i>diazepam inj</i>	57
<i>cyred eq</i>	69	DEXAMETHASONE INTENSOL	74	<i>diazepam intensol</i> ..	57
CYSTADROPS	89	<i>dexamethasone sodium phosphate</i> 74		<i>diazoxide</i>	74
CYSTAGON	75	<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i>	89	<i>diclofenac potassium</i>	23
CYSTARAN.....	89	DEXCOM G6 MIS RECEIVER	98	<i>diclofenac sodium... diclofenac sodium (ophth)</i>	89
<i>cytarabine</i>	34	DEXCOM G6 MIS SENSOR.....	98	<i>diclofenac sodium (topical)</i>	97
D		DEXCOM G6 MIS TRANSMIT.....	98	<i>dicloxacillin sodium</i> .	32
D10W/NAACL INJ 0.2%	86	DEXCOM G7 MIS RECEIVER	98	<i>dicyclomine hcl</i>	77
D2.5W/NAACL INJ 0.45%.....	86	DEXCOM G7 MIS SENSOR.....	98	DIFICID	31
<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	80	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	61	<i>diflunisal</i>	23
<i>dalfampridine</i>	63	<i>dextrose</i>	87	<i>difluprednate</i>	89
<i>danazol</i>	65	<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	86	<i>digoxin</i>	49
<i>dantrolene sodium</i> ..	64	<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	86	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	62
DANZITEN	37	<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	86	DILANTIN	57
<i>dapsone</i>	25			<i>diltiazem hcl</i>	48
DAPTACEL INJ.....	85			<i>diltiazem hcl coated beads</i>	48
<i>daptomycin</i>	25			<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	48
DAPTOMYCIN	25			<i>dilt-xr</i>	48
<i>darunavir</i>	27			DIP/TET PED INJ 25- 5LFU	85
<i>dasatinib</i>	37				
<i>dasetta 1/35</i>	69				
<i>dasetta 7/7/7</i>	70				
DAURISMO	37				
<i>daysee</i>	70				
DAYVIGO.....	61				
<i>deblitane</i>	70				
<i>deferasirox</i>	69				
DELSTRIGO TAB	28				
DENGVAXIA SUS	85				
DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	70				
<i>depo-testosterone</i> ..	65				

<i>diphenhydramine hcl</i> 90	<i>dronabinol</i>.....76	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i> 29
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml</i> 78	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i> .....70	ELIGARD 34
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i> 78	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i> .....70	<i>elinest</i> 70
<i>dipyridamole</i> 81	<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.02-0.451 mg</i> .....70	ELIQUIS 80
<i>disopyramide phosphate</i> 46	<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.03-0.451 mg</i> .....70	ELIQUIS STARTER PACK 80
<i>disulfiram</i> 64	<i>droxidopa</i> 49, 50	<i>eluryng</i> 70
<i>divalproex sodium</i> .. 57	DULERA AER 100-5MCG .....94	EMGALITY 62
<i>docetaxel</i> 36	DULERA AER 200-5MCG .....94	EMSAM 52
DOCETAXEL 36	DULERA AER 50-5MCG .....94	<i>emtricitabine</i> 28
DOCIVYX 36	<i>duloxetine hcl</i>.....52	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i> .. 29
<i>dofetilide</i> 46	DUPIXENT .....81	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i> .. 29
<i>dolishale</i> 70	<i>dutasteride</i> .....79	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i> .. 29
<i>donepezil hydrochloride</i> 51	<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i> .....79	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i> .. 29
DOPTELET 81	E	EMTRIVA 28
<i>dorzolamide hcl</i> 89	<i>e.e.s. 400</i> .....31	EMVERM..... 25
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 2-0.5%</i> 89	<i>econazole nitrate</i> ....95	<i>emzahh</i> 70
<i>dotti</i> 73	EDURANT.....27	<i>enalapril maleate</i> 44
DOVATO TAB 50-300MG 29	<i>efavirenz</i> .....28	<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i> 44
<i>doxazosin mesylate</i> 45	<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i> .....29	<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i> 44
<i>doxepin hcl</i> 51	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i> .....29	ENBREL..... 82
<i>doxepin hcl (sleep)</i> . 61		ENBREL MINI 82
<i>doxorubicin hcl</i> 35		ENBREL SURECLICK 82
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> 35		<i>endocet tab 10-325mg</i> 24
<i>doxy 100</i> 33		<i>endocet tab 2.5-325mg</i> 24
<i>doxycycline (monohydrate)</i> 33		
<i>doxycycline hyclate</i> . 33		
DRIZALMA SPRINKLE 52		

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>endocet tab 5-325mg</i>	ERYTHROCIN	<i>everolimus</i>
..... 24	LACTOBIONATE ...31	(<i>immunosuppressan</i>
<i>endocet tab 7.5-</i>	<i>erythromycin (acne</i>	<i>t)</i> 84
<i>325mg</i> 24	<i>aid)</i> .....94	EVOTAZ TAB 300-150
ENGERIX-B 85	<i>erythromycin (ophth)</i>	..... 29
<i>enilloring</i> 70	.....88	<i>exemestane</i> 34
<i>enoxaparin sodium</i> . 80	<i>erythromycin base</i> ..31	EYSUVIS 89
<i>enpresse-28</i> 70	<i>erythromycin</i>	<i>ezetimibe</i> 47
<i>enskyce</i> 70	<i>ethylsuccinate</i>.....31	<i>ezetimibe-simvastatin</i>
ENSTILAR AER 95	<i>erythromycin</i>	<i>tab 10-10 mg</i> 47
<i>entacapone</i> 53	<i>lactobionate</i> .....31	<i>ezetimibe-simvastatin</i>
<i>entecavir</i> 30	<i>escitalopram oxalate</i>	<i>tab 10-20 mg</i> 47
ENTRESTO CAP 15-	.....52	<i>ezetimibe-simvastatin</i>
16MG 45	<i>esomeprazole</i>	<i>tab 10-40 mg</i> 47
ENTRESTO CAP 6-6MG	<i>magnesium</i> .....79	<i>ezetimibe-simvastatin</i>
..... 45	<i>estarylla</i> .....70	<i>tab 10-80 mg</i> 47
ENTRESTO TAB 24-	<i>estradiol</i> .....73	F
26MG 45	<i>estradiol &</i>	FABRAZYME 75
ENTRESTO TAB 49-	<i>norethindrone</i>	<i>falmina</i> 70
51MG 45	<i>acetate tab 0.5-0.1</i>	<i>famciclovir</i> 30
ENTRESTO TAB 97-	<i>mg</i> .....73	<i>famotidine</i> 77
103MG 45	<i>estradiol &</i>	<i>famotidine in nacl</i>
<i>enulose</i> 78	<i>norethindrone</i>	<i>0.9% iv soln 20</i>
EPCLUSA PAK 150-	<i>acetate tab 1-0.5</i>	<i>mg/50ml</i> 77
37.5 30	<i>mg</i> .....73	FANAPT 54
EPCLUSA PAK 200-	<i>estradiol vaginal</i> ....74	FANAPT PAK 54
50MG 30	<i>estradiol valerate</i> ....74	FARXIGA 65
EPCLUSA TAB 200-	<i>eszopiclone</i> .....61	FASENRA..... 92
50MG 30	<i>ethambutol hcl</i> .....29	FASENRA PEN 92
EPCLUSA TAB 400-100	<i>ethosuximide</i>.....57	<i>felbamate</i> 57
..... 30	<i>ethynodiol diacetate &</i>	<i>felodipine</i> 48
EPIDIOLEX..... 57	<i>ethinyl estradiol tab</i>	<i>fenofibrate</i> 47
<i>epinephrine</i>	<i>1 mg-35 mcg</i>.....70	<i>fenofibrate micronized</i>
(<i>anaphylaxis</i>) 50, 92	<i>ethynodiol diacetate &</i>	..... 47
<i>epitol</i> 57	<i>ethinyl estradiol tab</i>	<i>fentanyl</i> 23
<i>eplerenone</i> 45	<i>1 mg-50 mcg</i>.....70	<i>fesoterodine fumarate</i>
EPRONTIA 57	<i>etodolac</i>.....23	..... 79
<i>ergotamine w/</i>	<i>etonogestrel-ethinyl</i>	FETZIMA 52
<i>caffeine tab 1-100</i>	<i>estradiol va ring</i>	FETZIMA CAP
<i>mg</i> 62	<i>0.12-0.015 mg/24hr</i>	TITRATIO 52
ERIVEDGE 37	.....70	FIASP 67
ERLEADA 34	<i>etoposide</i> .....36	FIASP FLEXTOUCH.. 67
<i>erlotinib hcl</i> 37	<i>etravirine</i> .....28	FIASP PENFILL 67
<i>errin</i> 70	EULEXIN .....34	FIASP PUMPCART ... 67
<i>ertapenem sodium</i> .. 25	<i>euthyrox</i> .....76	<i>finasteride</i> 79
<i>ery</i> 94	<i>everolimus</i> 37, 38	<i>finngolimod hcl</i> 63
<i>ery-tab</i> 31		FINTEPLA 57

<i>finzala</i>	70	<i>fluticasone-salmeterol</i>	<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>
FIRMAGON	34	<i>aer powder ba 250-</i>	..... 74
<i>flac</i>	90	<i>50 mcg/act</i>	FYCOMPA
FLAREX	89	<i>fluticasone-salmeterol</i>	57, 58
FLEBOGAMMA DIF ..	83	<i>aer powder ba 500-</i>	G
<i>flecainide acetate</i> ...	47	<i>50 mcg/act</i>	<i>gabapentin</i>
<i>fluconazole</i>	27	<i>fluvoxamine maleate</i>	58
<i>fluconazole in nacl</i>		.....	<i>galantamine</i>
<i>0.9% inj 200</i>		.....	<i>hydrobromide</i>
<i>mg/100ml</i>	27	<i>fondaparinux sodium</i>	51
<i>fluconazole in nacl</i>		.....	<i>gallifrey</i>
<i>0.9% inj 400</i>		.....	76
<i>mg/200ml</i>	27	<i>fosamprenavir calcium</i>	GAMASTAN INJ
<i>flucytosine</i>	27	.....	83
<i>fludrocortisone acetate</i>		<i>fosinopril sodium</i>	GAMMAGARD LIQUID
.....	74	44	.....
<i>flunisolide (nasal)</i> ...	93	<i>fosinopril sodium &</i>	83
<i>fluocinolone acetonide</i>		<i>hydrochlorothiazide</i>	GAMMAGARD S/D IGA
.....	96	<i>tab 10-12.5 mg</i> ...	LESS TH
<i>fluocinolone acetonide</i>		44	83
<i>(otic)</i>	90	<i>fosinopril sodium &</i>	GAMMAKED
<i>fluocinonide</i>	96	<i>hydrochlorothiazide</i>	84
<i>fluocinonide emulsified</i>		<i>tab 20-12.5 mg</i> ...	GAMMAPLEX
<i>base</i>	96	44	84
<i>fluorometholone</i>		FOTIVDA.....	GAMUNEX-C
<i>(ophth)</i>	89	38	84
<i>fluorouracil</i>	34	FREESTY LIBR KIT 2	<i>ganciclovir sodium</i> ..
<i>fluorouracil (topical)</i>	97	SENSOR.....	30
<i>fluoxetine hcl</i>	52	98	GARDASIL 9 INJ.....
<i>fluphenazine</i>		FREESTY LIBR KIT 3	85
<i>decanoate</i>	54	SENSOR.....	<i>gatifloxacin (ophth)</i>
<i>fluphenazine hcl</i>	54	98	88
<i>flurbiprofen</i>	23	FREESTY LIBR KIT	GATTEX.....
<i>flurbiprofen sodium</i> .	89	SENSOR.....	78
<i>fluticasone propionate</i>		98	GAUZE PADS 2.....
.....	96	FREESTY LIBR MIS 2	67
<i>fluticasone propionate</i>		READER	<i>gavilyte-c</i>
<i>(nasal)</i>	93	98	78
<i>fluticasone-salmeterol</i>		FREESTY LIBR MIS 3	<i>gavilyte-g</i>
<i>aer powder ba 100-</i>		READER	78
<i>50 mcg/act</i>	94	98	<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>
		FREESTYLE MIS	.....
		READER	78
		98	GAVRETO
		FRUZAQLA	38
		38	<i>gefitinib</i>
		FULPHILA.....	38
		80	<i>gemcitabine hcl</i>
		<i>fulvestrant</i>	34
		34	<i>gemfibrozil</i>
		<i>furosemide</i>	47
		49	<i>generlac</i>
		<i>furosemide inj</i>	78
		49	<i>gengraf</i>
		FUZEON.....	84
		28	GENOTROPIN.....
		<i>fyavolv tab 0.5mg-</i>	75
		<i>2.5mcg</i>	GENOTROPIN
		74	MINIQUICK.....
			75
			<i>gentamicin in saline</i>
			<i>inj 0.8 mg/ml</i>
			25
			<i>gentamicin in saline</i>
			<i>inj 1 mg/ml</i>
			25
			<i>gentamicin in saline</i>
			<i>inj 1.2 mg/ml</i>
			25

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>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	25	<i>haloperidol lactate</i> ..	54	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	24
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	25	HARVONI PAK 33.75-150MG.....	30	<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	24
<i>gentamicin sulfate</i> ..	25	HARVONI PAK 45-200MG.....	30	<i>hydrocortisone</i>	74
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	88	HARVONI TAB 45-200MG.....	30	<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	77
<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	94	HARVONI TAB 90-400MG.....	30	<i>hydrocortisone (rectal)</i>	97
GENVOYA TAB.....	29	HAVRIX	85	<i>hydrocortisone (topical)</i>	96
GILOTRIF	38	<i>heather</i>	70	<i>hydrocortisone sod succinate</i>	74
<i>glatiramer acetate</i> ..	63	HEP SOD/NAACL INJ 25000UNT.....	80	<i>hydrocortisone valerate</i>	96
<i>glatopa</i>	63	<i>heparin sodium (porcine)</i>	80	<i>hydromorphone hcl</i> . 24	
GLEOSTINE.....	33	HEPLISAV-B	85	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	83
<i>glimepiride</i>	65	HERCEP HYLEC SOL 60-10000	38	<i>hydroxyurea</i>	35
<i>glipizide</i>	65	HERCEPTIN	38	<i>hydroxyzine hcl</i>	91
<i>glipizide xl</i>	65	HERZUMA	38	<i>hydroxyzine pamoate</i>	91
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i> ...	65	HIBERIX	85	I	
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i> ...	65	HUMIRA	82	<i>ibandronate sodium</i> 68	
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	65	HUMIRA PEN	82	IBRANCE	38
<i>glycopyrrolate</i>	77	HUMIRA PEN KIT PS/UV.....	82	<i>ibu</i>	23
<i>glydo</i>	96	HUMIRA PEN-CD/UC/HS START.	82	<i>ibuprofen</i>	23
GLYXAMBI TAB 10-5 MG.....	65	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S ..	82	<i>icatibant acetate</i>	81
GLYXAMBI TAB 25-5 MG.....	65	HUMULIN R U-500 (CONCENTR.....	67	<i>iclevia</i>	70
<i>granisetron hcl</i>	77	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	67	ICLUSIG.....	38
<i>griseofulvin microsize</i>	27	<i>hydralazine hcl</i>	50	IDACIO (2 PEN)	82
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	27	<i>hydrochlorothiazide</i> .49		IDACIO (2 SYRINGE)	82
<i>guanfacine hcl</i>	50	<i>hydrocodone bitartrate</i>	23	IDACIO CROHN INJ DISEASE	82
<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	61	<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i> .24		IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS	82
H		<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i>	24	IDHIFA.....	38
HAEGARDA	81	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i>	24	<i>imatinib mesylate</i> ... 38	
<i>hailey 1.5/30</i>	70			IMBRUVICA	38
<i>hailey 24 fe</i>	70			<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>	25
<i>halobetasol propionate</i>	96				
<i>haloette</i>	70				
<i>haloperidol</i>	54				
<i>haloperidol decanoate</i>	54				

<i>imipenem-cilastatin</i>	<i>irbesartan</i>	JANUVIA
<i>intravenous for soln</i>	<i>irbesartan-</i>	JARDIANCE.....
<i>500 mg</i>	<i>hydrochlorothiazide</i>	<i>jasmiel</i>
<i>imipramine hcl</i>	<i>tab 150-12.5 mg</i> ..	<i>javygtor</i>
<i>imiquimod</i>	<i>irbesartan-</i>	JAYPIRCA
IMKELDI	<i>hydrochlorothiazide</i>	JENTADUETO TAB 2.5-
IMOVAX RABIES	<i>tab 300-12.5 mg</i> ..	1000
(H.D.C.V.)	<i>irinotecan hcl</i>	JENTADUETO TAB 2.5-
IMPAVIDO	ISENTRESS	500.....
INBRIJA	ISENTRESS HD	JENTADUETO TAB 2.5-
<i>incassia</i>	<i>isibloom</i>	850.....
INCRELEX.....	ISOLYTE-P INJ /D5W	JENTADUETO TAB XR
INCRUSE ELLIPTA... 90	.....	2.5-1000MG.....
<i>indapamide</i>	ISOLYTE-S INJ PH 7.4	JENTADUETO TAB XR
INFANRIX INJ.....	.....	5-1000MG
INFLIXIMAB	<i>isoniazid</i>	<i>jinteli</i>
INLYTA.....	<i>isosorbide dinitrate</i> .50	<i>jolessa</i>
INQOVI TAB 35-	<i>isosorbide mononitrate</i>	<i>juleber</i>
100MG .....	.....	JULUCA TAB 50-25MG
INREBIC	<i>isotretinoin</i>.....	.....
INSULIN PEN	<i>isradipine</i>	<i>junel 1.5/30</i>
NEEDLES: BD-	ITOVEBI	<i>junel 1/20</i>
EMBECTA.....	<i>itraconazole</i>	<i>junel fe 1.5/30</i>
INSULIN SAFETY	<i>ivabradine hcl</i>	<i>junel fe 1/20</i>
NEEDLES: BD-	<i>ivermectin</i>	<i>junel fe 24</i>
EMBECTA.....	IWILFIN.....	JYLAMVO.....
INSULIN SYRINGES:	IXCHIQ INJ	JYNNEOS.....
BD-EMBECTA	IXIARO INJ	K
INTELENCE	J	KADCYLA.....
INTRALIPID	JAKAFI	<i>kaitlib fe</i>
<i>introvale</i>	<i>jantoven</i>	KALYDECO.....
INVEGA HAFYERA ...	JANUMET TAB 50-	KANJINTI
INVEGA SUSTENNA. 54	1000	<i>kariva</i>
INVEGA TRINZA	JANUMET TAB 50-	<i>kcl 10 meq/l (0.075%)</i>
IPOL INJ INACTIVE .85	500MG.....	<i>in dextrose 5% &</i>
<i>ipratropium bromide</i> 90	JANUMET XR TAB 100-	<i>nacl 0.45% inj</i>
<i>ipratropium bromide</i>	1000	<i>kcl 20 meq/l (0.149%)</i>
(nasal)	JANUMET XR TAB 50-	<i>in nacl 0.45% inj</i> .86
<i>ipratropium-albuterol</i>	1000	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i>
<i>nebu soln 0.5-2.5(3)</i>	JANUMET XR TAB 50-	<i>in dextrose 5% &</i>
<i>mg/3ml</i>	500MG.....	<i>nacl 0.2% inj</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>.

<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj.....</i>	<i>klor-con 10</i>	<i>LENVIMA 8 MG DAILY DOSE</i>
<i>86</i>	<i>87</i>	<i>39</i>
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	<i>klor-con 8</i>	<i>LENVIMA CAP 14 MG</i>
<i>86</i>	<i>87</i>	<i>39</i>
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj .</i>	<i>klor-con m10.....</i>	<i>LENVIMA CAP 18 MG</i>
<i>86</i>	<i>87</i>	<i>40</i>
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj ...</i>	<i>klor-con m15.....</i>	<i>LENVIMA CAP 24 MG</i>
<i>86</i>	<i>87</i>	<i>40</i>
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj.....</i>	<i>klor-con m20.....</i>	<i>lessina</i>
<i>86</i>	<i>87</i>	<i>71</i>
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	<i>KOSELUGO.....</i>	<i>letrozole.....</i>
<i>86</i>	<i>39</i>	<i>34</i>
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	<i>kourzeq</i>	<i>leucovorin calcium..</i>
<i>86</i>	<i>97</i>	<i>44</i>
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	<i>KRAZATI.....</i>	<i>leuprolide acetate...</i>
<i>86</i>	<i>39</i>	<i>34</i>
<i>KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%</i>	<i>kurvelo</i>	<i>levaibuterol hcl</i>
<i>86</i>	<i>71</i>	<i>91</i>
<i>kelnor 1/35.....</i>	L	<i>levaibuterol tartrate</i>
<i>71</i>	<i>labetalol hcl.....</i>	<i>91</i>
<i>kelnor 1/50.....</i>	<i>lacosamide.....</i>	<i>levetiracetam.....</i>
<i>71</i>	<i>58</i>	<i>58</i>
<i>KERENDIA</i>	<i>lacosamide oral</i>	<i>LEVETIRACETAM</i>
<i>45</i>	<i>58</i>	<i>58</i>
<i>KESIMPTA</i>	<i>lactated ringer's solution.....</i>	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>
<i>63</i>	<i>86</i>	<i>58</i>
<i>ketoconazole.....</i>	<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>
<i>27</i>	<i>97</i>	<i>58</i>
<i>ketoconazole (topical)</i>	<i>lactulose</i>	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>
<i>95</i>	<i>78</i>	<i>58</i>
<i>ketorolac tromethamine (ophth).....</i>	<i>lactulose (encephalopathy) .</i>	<i>levobunolol hcl</i>
<i>89</i>	<i>78</i>	<i>89</i>
<i>KEYTRUDA.....</i>	<i>lamivudine</i>	<i>levocarnitine (metabolic modifiers).....</i>
<i>39</i>	<i>28</i>	<i>75</i>
<i>KINRIX INJ</i>	<i>lamivudine (hbv)</i>	<i>levocetirizine dihydrochloride ...</i>
<i>85</i>	<i>30</i>	<i>91</i>
<i>kionex.....</i>	<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg ...</i>	<i>levofloxacin</i>
<i>69</i>	<i>29</i>	<i>31</i>
<i>KISQALI 200 DOSE .</i>	<i>lamotrigine</i>	<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>
<i>39</i>	<i>58</i>	<i>31</i>
<i>KISQALI 200 PAK FEMARA.....</i>	<i>lanreotide acetate ...</i>	<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>
<i>39</i>	<i>75</i>	<i>32</i>
<i>KISQALI 400 DOSE .</i>	<i>lansoprazole.....</i>	<i>levonest.....</i>
<i>39</i>	<i>79</i>	<i>71</i>
<i>KISQALI 400 PAK FEMARA.....</i>	<i>lapatinib ditosylate ..</i>	<i>levonor-eth est tab 0.15-</i>
<i>39</i>	<i>39</i>	
<i>KISQALI 600 DOSE .</i>	<i>larin 1.5/30.....</i>	
<i>39</i>	<i>71</i>	
<i>KISQALI 600 PAK FEMARA.....</i>	<i>larin 1/20.....</i>	
<i>39</i>	<i>71</i>	
<i>klayesta</i>	<i>larin 24 fe</i>	
<i>95</i>	<i>71</i>	
<i>klor-con</i>	<i>larin fe 1.5/30</i>	
<i>87</i>	<i>71</i>	
	<i>larin fe 1/20</i>	
	<i>71</i>	
	<i>latanoprost</i>	
	<i>89</i>	
	<i>layolis fe</i>	
	<i>71</i>	
	<i>LAZCLUZE.....</i>	
	<i>39</i>	
	<i>leena</i>	
	<i>71</i>	
	<i>leflunomide</i>	
	<i>83</i>	
	<i>lenalidomide.....</i>	
	<i>35</i>	
	<i>LENVIMA 10 MG DAILY DOSE</i>	
	<i>39</i>	
	<i>LENVIMA 12MG DAILY DOSE</i>	
	<i>39</i>	
	<i>LENVIMA 20 MG DAILY DOSE</i>	
	<i>39</i>	
	<i>LENVIMA 4 MG DAILY DOSE</i>	
	<i>39</i>	

0.02/0.025/0.03 mg ð est 0.01 mg .71	lidocaine hcl (mouth- throat).....97	lorazepam 50
levonorgestrel & ethinyl estradiol (91- day) tab 0.15-0.03 mg..... 71	lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5% ..96	lorazepam intensol . 51
levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg ... 71	lidocan .....96	LORBRENA 40
levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg.. 71	LILETTA .....71	loryna 71
levonorgestrel-eth estra tab 0.05- 30/0.075-40/0.125- 30mg-mcg 71	linezolid 25, 26	losartan potassium .46
levonorgestrel-ethinyl estradiol (continuous) tab 90- 20 mcg..... 71	LINEZOLID INJ 2MG/ML .....26	losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg .46
levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth est tab 0.01mg(7) 71	LINZESS .....78	losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg 46
levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth est tab 0.01mg(7) 71	liothyronine sodium.76	losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg ... 45
levora 0.15/30-28 .. 71	lisinopril.....45	LOTEMAX 89
levo-t..... 76	lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg ...44	loteprednol etabonate 89
levothyroxine sodium 76	lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg ...44	lovastatin 47
levoxyl 76	lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg .....44	low-ogestrel 71
l-glutamine (sickle cell) 81	lithium.....63	loxapine succinate .. 55
LIBERVANT 58	lithium carbonate....63	LUMAKRAS 40
lidocaine..... 96	LIVTENCITY.....30	LUMIGAN 89
lidocaine hcl..... 96	loestrin 1.5/30-21 ...71	LUMIZYME..... 75
lidocaine hcl (local anesth.) 23	loestrin 1/20-21.....71	LUPRON DEPOT (1- MONTH) 35
	loestrin fe 1.5/30 ....71	LUPRON DEPOT (3- MONTH) 35
	loestrin fe 1/20.....71	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH 75
	LOKELMA .....69	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH 75
	LONSURF TAB 15-6.14.....34	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH 75
	LONSURF TAB 20-8.19.....34	lurasidone hcl 55
	loperamide hcl.....78	lutera..... 71
	lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml) ....29	LYBALVI TAB 10-10MG 55
	lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg .....29	LYBALVI TAB 15-10MG 55
	lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg .....29	LYBALVI TAB 20-10MG 55

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>.



LYBALVI TAB 5-10MG	<i>memantine hcl-</i>	<i>metoprolol succinate</i>
..... 55	<i>donepezil hcl cap er</i>	..... 48
<i>lyleq</i> 71	<i>24hr 14-10 mg ....51</i>	<i>metoprolol tartrate</i> . 48
<i>lyllana</i> 74	<i>memantine hcl-</i>	<i>metronidazole</i> 26
LYNPARZA 40	<i>donepezil hcl cap er</i>	<i>metronidazole</i>
LYSODREN..... 35	<i>24hr 28-10 mg ....51</i>	<i>(topical)</i> 97
LYTGOBI (12 MG	MENACTRA INJ .....85	<i>metronidazole vaginal</i>
DAILY DOSE) 40	MENQUADFI INJ.....85	..... 80
LYTGOBI (16 MG	MENVEO INJ.....85	<i>metyrosine</i> 50
DAILY DOSE) 40	MENVEO SOL.....85	<i>mibelas 24 fe</i> 71
LYTGOBI (20 MG	<i>mercaptapurine</i> .....34	<i>micafungin sodium</i> . 27
DAILY DOSE) 40	<i>meropenem</i>.....26	<i>microgestin 1.5/30</i> . 71
<i>lyza</i> 71	<i>mesalamine</i> 77, 78	<i>microgestin 1/20</i> 72
M	<i>mesalamine w/</i>	<i>microgestin fe 1.5/30</i>
<i>magnesium sulfate</i> . 86	<i>cleanser</i> .....78	..... 72
MAGNESIUM SULFATE	<i>mesna</i> .....44	<i>microgestin fe 1/20</i> 72
..... 86	MESNEX.....44	<i>midodrine hcl</i> 50
<i>magnesium sulfate in</i>	<i>metformin hcl</i>.....66	MIEBO 90
<i>dextrose 5% iv soln</i>	<i>methadone hcl</i>.....24	<i>mifepristone</i>
<i>1 gm/100ml</i> 86	<i>methadone</i>	<i>(hyperglycemia)</i> .. 75
<i>malathion</i> 97	<i>hydrochloride i</i>.....24	<i>mili</i> 72
<i>maraviroc</i> 28	<i>methazolamide</i> .....49	<i>mimvey</i> 74
<i>marlissa</i> 71	<i>methenamine</i>	<i>minocycline hcl</i> 33
MARPLAN 52	<i>hippurate</i> .....26	<i>minoxidil</i> 50
MATULANE..... 36	<i>methimazole</i> .....76	<i>mirtazapine</i> 52
MAVYRET PAK 50-	<i>methocarbamol</i> .....64	<i>misoprostol</i> 78
20MG 30	<i>methotrexate sodium</i>	MITIGARE..... 23
MAVYRET TAB 100-	..... 34, 83	M-M-R II INJ..... 85
40MG 30	<i>methsuximide</i>.....58	M-NATAL PLUS TAB 87
<i>meclizine hcl</i> 77	<i>methylphenidate hcl</i> 61	<i>modafinil</i> 64
<i>medroxyprogesterone</i>	<i>methylprednisolone</i> .74	<i>moexipril hcl</i> 45
<i>acetate</i> 76	<i>methylprednisolone</i>	<i>molindone hcl</i> 55
<i>medroxyprogesterone</i>	<i>acetate</i> .....74	<i>mometasone furoate</i>
<i>acetate</i>	<i>methylprednisolone</i>	..... 96
<i>(contraceptive)</i> 71	<i>sod succ</i>.....74	MONJUVI..... 40
<i>mefloquine hcl</i> 27	<i>methyltestosterone</i> .65	<i>mono-lynyah</i> 72
<i>megestrol acetate</i> .. 35,	<i>metoclopramide hcl</i> .77	<i>montelukast sodium</i> 91
76	<i>metolazone</i> .....49	<i>morphine sulfate</i> 24
<i>megestrol acetate</i>	<i>metoprolol &</i>	MOUNJARO..... 66
<i>(appetite)</i> 76	<i>hydrochlorothiazide</i>	MOVANTIK 78
MEKINIST 40	<i>tab 100-25 mg ....48</i>	<i>moxifloxacin hcl</i> 32
MEKTOVI..... 40	<i>metoprolol &</i>	<i>moxifloxacin hcl</i>
<i>meloxicam</i> 23	<i>hydrochlorothiazide</i>	<i>(ophth)</i> 88
<i>memantine hcl</i> 51	<i>tab 100-50 mg ....48</i>	<i>moxifloxacin hcl 400</i>
<i>memantine hcl tab 28</i>	<i>metoprolol &</i>	<i>mg/250ml in sodium</i>
<i>x 5 mg & 21 x 10</i>	<i>hydrochlorothiazide</i>	<i>chloride 0.8% inj.</i> 32
<i>mg titration pack</i> . 51	<i>tab 50-25 mg .....48</i>	MRESVIA..... 85

MULTAQ	47	400unt-10000unt op oin	88	nimodipine	49
multiple electrolytes ph 5.5	87	neomycin-polymy- gramicid op sol 1.75-10000- 0.025mg-unt-mg/ml	88	NINLARO.....	40
multiple electrolytes ph 7.4	87	neomycin-polymyxin- dexamethasone ophth oint 0.1%...88	88	nitazoxanide	26
mupirocin	94	neomycin-polymyxin- dexamethasone ophth susp 0.1%..88	88	nitisinone	75
mycophenolate mofetil	84	neomycin-polymyxin- hc ophth susp	88	NITRO-BID	50
mycophenolate sodium	84	neomycin-polymyxin- hc otic soln 1%	90	nitrofurantoin macrocrystal	26
MYRBETRIQ	79	neomycin-polymyxin- hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%	90	nitrofurantoin monohyd macro ..	26
N		neo-polycin 5(3.5)mg- 400unt-10000unt op oin	88	nitroglycerin	50
nabumetone	23	neo-polycin hc ophth ointment 1%	88	nitroglycerin (intra- anal)	97
nadolol	48	NERLYNX	40	nizatidine	77
nafcillin sodium	32	nevirapine.....	28	nora-be.....	72
NAGLAZYME.....	75	NEXLETOL.....	47	norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr	72
nalbuphine hcl.....	24	NEXLIZET TAB 180/10MG.....	47	norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg	72
naloxone hcl	64	NEXPLANON	72	norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.8 mg-25 mcg	72
naltrexone hcl	65	niacin (antihyperlipidemic)	47	norethindrone (contraceptive)....	72
NAMZARIC CAP 14- 10MG	51	nicardipine hcl	49	norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg	72
NAMZARIC CAP 21- 10MG	51	NICOTROL INHALER	65	norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg ...	72
NAMZARIC CAP 28- 10MG	51	NICOTROL NS.....	65	norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg.	72
NAMZARIC CAP 7- 10MG	51	nifedipine.....	49	norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg (24)	72
NAMZARIC CAP PACK	51	nikki.....	72	norethindrone acetate	76
naproxen	23	nilutamide.....	35		
naproxen dr	23				
naproxen sodium....	23				
naratriptan hcl	62				
nateglinide.....	66				
NAYZILAM	58				
nebivolol hcl	48				
necon 0.5/35-28	72				
nefazodone hcl	52				
neomycin sulfate	26				
neomycin-bacitrac zn- polymyx 5(3.5)mg-					

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>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg ..</i>	NULOJIX	<i>hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>
<i>74</i>	84	46
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	NUPLAZID	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg .</i>
<i>74</i>	55	46
<i>norethindrone acetate-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	NURTEC	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>
<i>72</i>	62	46
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	NUTRILIPID	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg... </i>
<i>72</i>	87	46
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	NUZYRA	<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm ..</i>
<i>72</i>	33	47
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	<i>nyamyc</i>	<i>omeprazole</i>
<i>72</i>	95	79
<i>norlyroc</i>	<i>nylia 1/35</i>	OMNIPOD 5 DX KIT
<i>72</i>	72	INT G7G6
<i>nortrel 0.5/35 (28) .</i>	<i>nylia 7/7/7</i>	68
<i>72</i>	72	OMNIPOD 5 DX MIS
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	<i>nystatin</i>	POD G7G6
<i>72</i>	27	68
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	<i>nystatin (mouth-throat)</i>	OMNIPOD 5 G7 KIT
<i>72</i>	97	INTRO
<i>nortrel 7/7/7</i>	<i>nystatin (topical)</i>	68
<i>72</i>	95	OMNIPOD 5 G7 MIS
<i>nortriptyline hcl</i>	<i>nystop</i>	PODS
<i>52</i>	95	68
NORVIR	o	OMNIPOD 5 LB KIT
28	<i>ocella</i>	INTRO G6
NOVOLIN INJ 70/30	<i>ocella</i>	68
67	OCTAGAM	OMNIPOD 5 LB MIS
NOVOLIN INJ 70/30 FP	84	PODS G6
.....	<i>octreotide acetate ...</i>	68
67	75	OMNIPOD DASH KIT
NOVOLIN N	ODEFSEY TAB	INTRO
67	29	68
NOVOLIN N FLEXPEN	ODOMZO	OMNIPOD DASH MIS
.....	40	PODS
67	OFEV	68
NOVOLIN R	92	OMNIPOD GO KIT
67	<i>ofloxacin (ophth)</i>	10UNT/DY
NOVOLIN R FLEXPEN	88	68
.....	<i>ofloxacin (otic)</i>	OMNIPOD GO KIT
67	90	15UNT/DY
NOVOLOG	OGIVRI	68
67	40	OMNIPOD GO KIT
NOVOLOG FLEXPEN	OGSIVEO	20UNT/DY
67	40	68
NOVOLOG MIX INJ	OJEMDA	OMNIPOD GO KIT
70/30	40	25UNT/DY
67	OJJAARA	68
NOVOLOG MIX INJ	40	OMNIPOD GO KIT
FLEXPEN	<i>olanzapine</i>	30UNT/DY
67	55	68
NOVOLOG PENFILL .	<i>olmesartan medoxomil</i>	OMNIPOD GO KIT
67	46	35UNT/DY
NUBEQA	<i>olmesartan</i>	68
35	46	
NUDEXTA CAP 20-10MG	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg ...</i>	
63	46	
	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg ...</i>	
	46	
	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	
	46	
	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	
	46	
	<i>olmesartan amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	
	46	
	<i>olmesartan amlodipine-</i>	

OMNIPOD GO KIT	OXYCONTIN	<i>pemetrexed disodium</i>
40UNT/DY..... 68	OZEMPIC (0.25 OR 0.5	..... 34
OMNIPOD MIS	MG/DOSE)	PENBRAYA INJ
CLASSIC..... 68	OZEMPIC (0.25 OR	<i>penicillamine</i>
<i>ondansetron</i>	0.5MG/DOSE)	<i>penicillin g potassium</i>
<i>ondansetron hcl</i>	OZEMPIC (1MG/DOSE)	..... 32
ONTRUZANT .....	.....66	<i>penicillin g sodium</i> ..
ONUREG..... 34	OZEMPIC (2MG/DOSE)	..... 32
OPIPZA .....	.....66	<i>penicillin v potassium</i>
OPSUMIT..... 50	P	..... 32
ORGOVYX..... 35	<i>pacerone</i>	PENTACEL INJ..... 85
ORKAMBI GRA 100-	<i>paclitaxel</i>	<i>pentamidine</i>
125..... 92	<i>paclitaxel inj 100mg</i>	<i>isethionate inh</i>
ORKAMBI GRA 150-	36	<i>pentamidine</i>
188..... 92	<i>paliperidone</i>	<i>isethionate inj</i>
ORKAMBI GRA 75-	<i>pamidronate disodium</i>	<i>pentoxifylline</i>
94MG..... 92	.....68	<i>perindopril erbumine</i>
ORKAMBI TAB 100-	PAMIDRONATE	..... 45
125..... 92	DISODIUM	<i>periogard</i>
ORKAMBI TAB 200-	PANRETIN.....97	<i>permethrin</i>
125..... 92	<i>pantoprazole sodium</i>	<i>perphenazine</i>
ORSERDU .....	.....79	<i>pfizerpen</i> 33
<i>oseltamivir phosphate</i>	PANZYGA.....84	<i>phenelzine sulfate</i> ..
..... 30	<i>paricalcitol</i>	<i>phenobarbital</i>
<i>oxacillin sodium</i>	<i>paroxetine hcl</i>	<i>phenobarbital sodium</i>
32	PAXLOVID TAB 150-	..... 58
<i>oxaliplatin</i> 34	100	<i>phenytek</i> 58
<i>oxcarbazepine</i>	300-	<i>phenytoin</i>
58	100	<i>phenytoin sodium</i> ...
<i>oxybutynin chloride</i>	<i>pazopanib hcl</i>	<i>phenytoin sodium</i>
79	PEDIARIX INJ 0.5ML	<i>extended</i>
<i>oxycodone hcl</i>	85	PHESGO SOL
24	PEDVAX HIB.....85	41
<i>oxycodone w/</i>	<i>peg 3350-kcl-na</i>	<i>philith</i>
<i>acetaminophen tab</i>	<i>bicarb-nacl-na</i>	PIFELTRO
<i>10-325 mg</i> 24	<i>sulfate for soln</i>	28
<i>oxycodone w/</i>	<i>gm</i>	<i>pilocarpine hcl</i>
<i>acetaminophen tab</i>	78	89
<i>2.5-325 mg</i> 24	<i>peg 3350-kcl-sod</i>	<i>pilocarpine hcl (oral)</i>
<i>oxycodone w/</i>	<i>bicarb-nacl for soln</i>	..... 97
<i>acetaminophen tab</i>	<i>420 gm</i>.....78	<i>pimecrolimus</i>
<i>5-325 mg</i>	PEGASYS	97
24	30	<i>pimozide</i>
<i>oxycodone w/</i>	PEMAZYRE	55
<i>acetaminophen tab</i>	41	<i>pimtrea</i>
<i>7.5-325 mg</i> 24		<i>pindolol</i> 48
		<i>pioglitazone hcl</i>
		66

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>pioglitazone hcl- metformin hcl tab 15-500 mg.....</i>	POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ ..87	PRIMAQUINE PHOSPHATE
66	POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ ....87	<i>primidone.....</i>
<i>pioglitazone hcl- metformin hcl tab 15-850 mg.....</i>	POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ ....87	PRIORIX INJ
66	<i>potassium chloride ..87</i>	PRIVIGEN
<i>piperacillin sod- tazobactam na for inj 3.375 gm (3- 0.375 gm)</i>	<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj ...87</i>	<i>probenecid</i>
33	<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i>	23
<i>piperacillin sod- tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>	<i>prochlorperazine</i>
33	79	77
<i>piperacillin sod- tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	<i>prochlorperazine edisylate</i>
33	53	77
<i>piperacillin sod- tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	<i>prasugrel hcl</i>	PROCRIT
33	81	80
<i>piperacillin sod- tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	<i>pravastatin sodium .47</i>	<i>proctocort</i>
33	<i>praziquantel</i>	97
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	<i>prazosin hcl.....</i>	<i>procto-med hc</i>
41	<i>prednisolone</i>	97
PIQRAY 250MG TAB DOSE	<i>prednisolone acetate (ophth).....</i>	<i>proctosol hc.....</i>
41	89	97
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	PREDNISOLONE SODIUM PHOSP ...89	<i>proctozone-hc.....</i>
41	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	97
<i>pirfenidone</i>	<i>prednisone</i>	<i>progesterone</i>
92	74	76
<i>piroxicam</i>	PREDNISONE INTENSOL	PROGRAF
23	<i>pregabalin.....</i>	84
<i>plenamine</i>	58, 59	PROLASTIN-C
88	PREMASOL SOL 10% .....88	PROLIA
PLENVU SOL	PRENATAL TAB 27- 1MG	68
78	87	<i>promethazine hcl....</i>
<i>podofilox</i>	PRENATAL TAB PLUS.....87	77
97	<i>prevalite</i>	<i>propafenone hcl</i>
<i>polycin ophth oint... 88</i>	47	90
<i>polymyxin b sulfate 26</i>	PREVYMIS	<i>propranolol hcl</i>
<i>polymyxin b- trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml- 0.1%.....</i>	30	48
88	PREZCOBIX TAB 800- 150	<i>propylthiouracil</i>
POMALYST	29	76
35	PREZISTA	PROQUAD INJ
<i>portia-28</i>	28	85
72	PRIFTIN	PROSOL INJ 20% ...
<i>posaconazole</i>	29	88
27	<i>primaquine phosphate</i>	<i>protriptyline hcl.....</i>
	27	52
		PULMOZYME
		PURIXAN
		34
		<i>pyrazinamide</i>
		29
		<i>pyridostigmine bromide</i>
		63
		<i>pyrimethamine.....</i>
		26
		Q
		QINLOCK.....
		41
		QUADRACEL INJ 0.5ML
		85
		<i>quetiapine fumarate</i>
		55
		<i>quinapril hcl.....</i>
		45
		<i>quinidine sulfate.....</i>
		47
		<i>quinine sulfate</i>
		27
		QULIPTA
		62
		R
		RABAVERT INJ
		85
		<i>rabeprazole sodium</i>
		79
		<i>raloxifene hcl</i>
		75

<i>ramipril</i>	45	<i>ritonavir</i>	28	<i>silver sulfadiazine</i> ...	94
<i>ranolazine</i>	50	<i>rivastigmine</i>	51	SIMBRINZA SUS 1-	
<i>rasagiline mesylate</i> .	53	<i>rivastigmine tartrate</i>		0.2%	89
<i>reclipsen</i>	72	.....	51	<i>simliya</i>	72
RECOMBIVAX HB	85	<i>rivelsa</i>	72	<i>simpesse</i>	73
REGANEX	97	<i>rizatriptan benzoate</i>	62	<i>simvastatin</i>	47
RELENZA DISKHALER		ROCKLATAN DRO	89	<i>sirolimus</i>	84
.....	30	<i>roflumilast</i>	92	SIRTURO	29
RELISTOR.....	78	<i>ropinirole</i>		SKYRIZI	82
REMICADE	82	<i>hydrochloride</i>	53	SKYRIZI PEN	83
RENFLXIS	82	<i>rosuvastatin calcium</i>	47	<i>sod sulfate-pot sulf-</i>	
<i>repaglinide</i>	66	ROTARIX SUS.....	85	<i>mg sulf oral sol</i>	
REPATHA	47	ROTATEQ SOL	85	17.5-3.13-1.6	
REPATHA		<i>roweepra</i>	59	<i>gm/177ml</i>	78
PUSHTRONEX		ROZLYTREK.....	41	<i>sodium chloride</i>	87
SYSTEM.....	47	RUBRACA.....	41	<i>sodium chloride (gu</i>	
REPATHA SURECLICK		<i>rufinamide</i>	59	<i>irrigant)</i>	97
.....	48	RUKOBIA	28	<i>sodium fluoride chew;</i>	
RESTASIS.....	90	RYBELSUS.....	66	<i>tab; 1.1 (0.5 f)</i>	
RESTASIS MULTIDOSE		RYDAPT	41	<i>mg/ml soln</i>	87
.....	90	S		SODIUM OXYBATE..	64
RETEVMO	41	<i>sajazir</i>	81	<i>sodium phenylbutyrate</i>	
REVUFORJ	41	SANTYL	97	.....	75
REXULTI.....	55, 56	<i>sapropterin</i>		<i>sodium polystyrene</i>	
REYATAZ	28	<i>dihydrochloride</i>	75	<i>sulfonate powder.</i>	69
REZLIDHIA	41	SCEMBLIX.....	41	<i>solifenacin succinate</i>	79
REZUROCK	84	<i>scopolamine</i>	77	SOLQUA INJ 100/33	
RHOPRESSA.....	89	SECUADO	56	.....	68
<i>ribavirin (hepatitis c)</i>		<i>selegiline hcl</i>	53	SOLTAMOX	35
.....	30	<i>selenium sulfide</i>	95	SOLU-CORTEF.....	74
<i>rifabutin</i>	29	SELZENTRY	28	SOMATULINE DEPOT	
<i>rifampin</i>	29	SEREVENT DISKUS .	91	.....	76
<i>riluzole</i>	63	<i>sertraline hcl</i>	52	SOMAVERT	76
<i>rimantadine</i>		<i>setlakin</i>	72	<i>sorafenib tosylate</i> ...	41
<i>hydrochloride</i>	30	<i>sharobel</i>	72	<i>sotalol hcl</i>	47
RINVOQ	82	SHINGRIX	85	<i>sotalol hcl (afib/afl)</i>	47
RINVOQ LQ.....	82	SIGNIFOR	75	SOTYKTU	83
<i>risedronate sodium</i> .	68	SIKLOS.....	81	<i>spironolactone</i>	45
<i>risperidone</i>	56	<i>sildenafil citrate</i>		<i>spironolactone &</i>	
<i>risperidone</i>		<i>(pulmonary</i>		<i>hydrochlorothiazide</i>	
<i>microspheres</i>	56	<i>hypertension)</i>	50	<i>tab 25-25 mg</i>	49

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>sprintec 28</i>	73	SYMTUZA TAB	29	<i>telmisartan-</i>	
SPRITAM	59	SYNAREL	76	<i>amlodipine tab 40-</i>	
<i>sps</i>	69	SYNJARDY TAB 12.5-		<i>10 mg</i>	46
<i>sps rectal</i>	69	1000MG	66	<i>telmisartan-</i>	
<i>sronyx</i>	73	SYNJARDY TAB 12.5-		<i>amlodipine tab 40-5</i>	
<i>ssd</i>	95	500	66	<i>mg</i>	46
STELARA	83	SYNJARDY TAB 5-		<i>telmisartan-</i>	
STIVARGA	41	1000MG	66	<i>amlodipine tab 80-</i>	
<i>streptomycin sulfate</i> 26		SYNJARDY TAB 5-		<i>10 mg</i>	46
STRIBILD TAB	29	500MG	66	<i>telmisartan-</i>	
<i>subvenite</i>	59	SYNJARDY XR TAB 10-		<i>amlodipine tab 80-5</i>	
<i>sucrafate</i>	78	1000	66	<i>mg</i>	46
<i>sulfacetamide sodium</i>		SYNJARDY XR TAB		<i>telmisartan-</i>	
(<i>acne</i>)	94	12.5-1000	66	<i>hydrochlorothiazide</i>	
<i>sulfacetamide sodium</i>		SYNJARDY XR TAB 25-		<i>tab 40-12.5 mg ...</i>	46
(<i>ophth</i>)	88	1000	66	<i>telmisartan-</i>	
<i>sulfacetamide sodium-</i>		SYNJARDY XR TAB 5-		<i>hydrochlorothiazide</i>	
<i>prednisolone ophth</i>		1000MG	66	<i>tab 80-12.5 mg ...</i>	46
<i>soln 10-</i>		SYNTHROID	76	<i>telmisartan-</i>	
<i>0.23(0.25)%</i>	88	T		<i>hydrochlorothiazide</i>	
<i>sulfadiazine</i>	26	TABRECTA	42	<i>tab 80-25 mg</i>	46
<i>sulfamethoxazole-</i>		<i>tacrolimus</i>	84	<i>temazepam</i>	61
<i>trimethoprim iv soln</i>		<i>tacrolimus (topical)</i> .97		TENIVAC INJ 5-2LF. 85	
<i>400-80 mg/5ml ...</i>	26	<i>tadalafil</i>	79	<i>tenofovir disoproxil</i>	
<i>sulfamethoxazole-</i>		<i>tadalafil (pulmonary</i>		<i>fumarate</i>	28
<i>trimethoprim susp</i>		<i>hypertension)</i>	50	TEPMETKO	42
<i>200-40 mg/5ml ...</i>	26	TAFINLAR	42	<i>terazosin hcl</i>	45
<i>sulfamethoxazole-</i>		TAGRISO	42	<i>terbinafine hcl</i>	27
<i>trimethoprim tab</i>		TALZENNA	42	<i>terbutaline sulfate</i> ..	91
<i>400-80 mg</i>	26	<i>tamoxifen citrate</i>	35	<i>terconazole vaginal</i> .	80
<i>sulfamethoxazole-</i>		<i>tamsulosin hcl</i>	79	TERIPARATIDE	68
<i>trimethoprim tab</i>		<i>tarina 24 fe</i>	73	<i>testosterone</i>	65
<i>800-160 mg</i>	26	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	73	<i>testosterone cypionate</i>	
SULFAMYLON	95	TASIGNA	42	.....	65
<i>sulfasalazine</i>	78	<i>tasimelteon</i>	61	<i>testosterone</i>	
<i>sulindac</i>	23	TAVNEOS	81	<i>enanthate</i>	65
<i>sumatriptan</i>	62	<i>tazarotene</i>	95	<i>testosterone pump</i> .	65
<i>sumatriptan succinate</i>		<i>tazicef</i>	31	<i>tetrabenazine</i>	63
.....	62	TAZORAC	95	<i>tetracycline hcl</i>	33
<i>sunitinib malate</i>	42	TAZVERIK	42	THALOMID	35
SUNLENCA	28	TECENTRIQ	42	THEO-24	92
<i>syeda</i>	73	TECENTRIQ INJ		<i>theophylline</i>	92
SYMDEKO TAB 100-		HYBREZA	42	<i>thioridazine hcl</i>	56
150	92	TEFLARO	31	<i>thiothixene</i>	56
SYMDEKO TAB 50-		<i>telmisartan</i>	46	<i>tiadylt er</i>	49
75MG	92			<i>tiagabine hcl</i>	59
SYMPAZAN	59			TIBSOVO	42

TICOVAC	85	TRECATOR	29	TRIJARDY XR TAB ER	
<i>tigecycline</i>	33	TRELEGY AER ELLIPTA		24HR 25-5-1000MG	
<i>tilia fe</i>	73	100-62.5-25 MCG 90		.....	66
<i>timolol maleate</i>	48	TRELEGY AER ELLIPTA		24HR 5-2.5-1000MG	
<i>timolol maleate</i>		200-62.5-25 MCG 90		.....	66
(<i>ophth</i>).....	89	TREMFYA	83	TRIKAFTA PAK 59.5MG	
<i>tinidazole</i>	26	<i>treprostinil</i>	50	.....	93
TIVICAY	28	TRESIBA	68	TRIKAFTA PAK 75MG	
TIVICAY PD.....	28	TRESIBA FLEXTOUCH		.....	93
<i>tizanidine hcl</i>	64	.....	68	TRIKAFTA TAB 100-	
TOBI PODHALER.....	26	<i>tretinoin</i>	94	50-75MG & 150MG	
TOBRADEX OIN 0.3-		<i>tretinoin</i>		.....	93
0.1%.....	88	(<i>chemotherapy</i>) ...	36	TRIKAFTA TAB 50-25-	
<i>tobramycin</i>	26	<i>triamcinolone</i>		37.5MG & 75MG ..	93
<i>tobramycin (ophth)</i> ..	88	<i>acetonide (mouth)</i>	97	<i>tri-legest fe</i>	73
<i>tobramycin sulfate</i> ..	26	<i>triamcinolone</i>		<i>tri-linyah</i>	73
<i>tobramycin-</i>		<i>acetonide (topical)</i>		<i>tri-lo-estarylla</i>	73
<i>dexamethasone</i>		.....	96	<i>tri-lo-marzia</i>	73
<i>ophth susp 0.3-</i>		<i>triamterene &</i>		<i>tri-lo-mili</i>	73
0.1%.....	88	<i>hydrochlorothiazide</i>		<i>tri-lo-sprintec</i>	73
<i>tolterodine tartrate</i> .	79	<i>cap 37.5-25 mg</i> ...	49	<i>trimethoprim</i>	26
<i>topiramate</i>	59	<i>triamterene &</i>		<i>tri-mili</i>	73
<i>toremifene citrate</i> ...	35	<i>hydrochlorothiazide</i>		<i>trimipramine maleate</i>	
<i>torpenz</i>	42	<i>tab 37.5-25 mg</i> ...	49	.....	52
<i>torse mide</i>	49	<i>triamterene &</i>		TRINTELLIX	52
TOUJEO MAX		<i>hydrochlorothiazide</i>		<i>tri-nymyo</i>	73
SOLOSTAR.....	68	<i>tab 75-50 mg</i>	49	<i>tri-sprintec</i>	73
TOUJEO SOLOSTAR	68	<i>tridacaine ii</i>	96	TRIUMEQ PD TAB ...	29
TPN ELECTROL INJ..	87	<i>triderm</i>	96	TRIUMEQ TAB.....	29
TRADJENTA	66	<i>trientine hcl</i>	69	<i>trivora-28</i>	73
<i>tramadol hcl</i>	24	<i>tri-estarylla</i>	73	<i>tri-vylibra</i>	73
<i>tramadol-</i>		<i>trifluoperazine hcl</i> ...	56	<i>tri-vylibra lo</i>	73
<i>acetaminophen tab</i>		<i>trifluridine</i>	88	TROGARZO.....	28
<i>37.5-325 mg</i>	24	<i>trihexyphenidyl hcl</i> ..	53	TROPHAMINE INJ 10%	
<i>trandolapril</i>	45	TRIJDY XR TAB ER		.....	88
<i>tranexamic acid</i>	81	24HR 10-5-1000MG		<i>trospium chloride</i> ...	79
<i>tranylcypromine</i>		.....	66	TRUE METRIX KIT AIR	
<i>sulfate</i>	52	TRIJDY XR TAB ER		.....	98
TRAVASOL INJ 10%	88	24HR 12.5-2.5-		TRUE METRIX KIT	
TRAZIMERA	42	1000MG	66	METER	98
<i>trazodone hcl</i>	52				

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>.

TRUE METRIX STRIPS	VALTOCO 15 MG	VIRACEPT.....	28
.....	DOSE	VIREAD.....	28
TRULICITY.....	59	VITRAKVI.....	43
TRUMENBA INJ.....	VALTOCO 20 MG	VIVITROL.....	65
TRUQAP.....	DOSE	VIZIMPRO.....	43
TRUXIMA.....	59	VONJO.....	43
TUKYSA.....	VALTOCO 5 MG DOSE	VORANIGO.....	43
TURALIO.....	.....	<i>voriconazole</i>	27
<i>turqoz</i>	<i>vancomycin hcl</i>	VOSEVI TAB.....	30
<i>twice-daily</i>	VANCOMYCIN INJ 1	VOWST CAP.....	78
<i>clindamycin</i>	GM.....	VRAYLAR.....	56
<i>phosphate (topical)</i>	VANCOMYCIN INJ	<i>vyfemla</i>	73
.....	500MG.....	<i>vylibra</i>	73
TWINRIX INJ.....	26	VYZULTA.....	89
TYBOST.....	750MG.....	W	
<i>tydemy</i>	VANFLYTA.....	<i>warfarin sodium</i>	80
TYENNE.....	VAQTA.....	<i>water for irrigation,</i>	
TYPHIM VI.....	<i>varenicline tartrate</i> ..	<i>sterile irrigation soln</i>	
U	65	.....	97
UBRELVY.....	<i>varenicline tartrate tab</i>	WELIREG.....	36
<i>unithroid</i>	11 x 0.5 mg & 42 x	<i>wera</i>	73
<i>ursodiol</i>	1 mg start pack ...	WESTAB PLUS TAB	
V	65	27-1MG.....	87
<i>valacyclovir hcl</i>	VARIVAX.....	<i>wixela inhub</i>	94
VALCHLOR.....	86	<i>wymzya fe</i>	73
<i>valganciclovir hcl</i>	VASCEPA.....	X	
<i>valproate sodium</i>	48	XALKORI.....	43
<i>valproic acid</i>	VAXCHORA SUS.....	XARELTO.....	80
<i>valsartan</i>	86	XARELTO STAR TAB	
<i>valsartan-</i>	<i>velivet</i>	15/20MG.....	80
<i>hydrochlorothiazide</i>	73	XATMEP.....	83
<i>tab 160-12.5 mg</i> .46	VELSIPITY.....	XCOPRI.....	60
<i>valsartan-</i>	VENCLEXTA.....	XCOPRI PAK 100-150	
<i>hydrochlorothiazide</i>	42	.....	60
<i>tab 160-25 mg</i>	VENCLEXTA TAB	XCOPRI PAK 12.5-25	
46	START PK.....	.....	60
<i>valsartan-</i>	42	XCOPRI PAK 150-	
<i>hydrochlorothiazide</i>	<i>venlafaxine hcl</i>	200MG	
<i>tab 320-12.5 mg</i> .46	52	(MAINTENANCE)..	60
<i>valsartan-</i>	VENTOLIN HFA.....	XCOPRI PAK 150-	
<i>hydrochlorothiazide</i>	91	200MG (TITRATION)	
<i>tab 320-25 mg</i>	VENTOLIN HFA	.....	60
46	(INSTITUTIONAL	XCOPRI PAK 50-	
<i>valsartan-</i>	PACK).....	100MG.....	60
<i>hydrochlorothiazide</i>	91	XDEMVY.....	88
<i>tab 80-12.5 mg</i> ...	VEOZAH.....	XELJANZ.....	83
46	76	XELJANZ XR.....	83
VALTOCO 10 MG	<i>verapamil hcl</i>		
DOSE.....	49		
59	VERQUVO.....		
	50		
	VERSACLOZ.....		
	56		
	VERZENIO.....		
	43		
	<i>vestura</i>		
	73		
	<i>vienna</i>		
	73		
	<i>vigabatrin</i>		
	59		
	<i>vigadrone</i>		
	59		
	VIGAFYDE.....		
	59		
	<i>vigpoder</i>		
	59		
	<i>vilazodone hcl</i>		
	52		
	<i>vincristine sulfate</i>		
	36		
	<i>vinorelbine tartrate</i> .36		
	36		
	<i>viorele</i>		
	73		

XERMELO	78	XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY)....	43	ZENPEP CAP 3000UNIT	79
XGEVA	69	XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY) ..	43	ZENPEP CAP 40000UNT	79
XHANCE	93	XTANDI	35	ZENPEP CAP 5000UNIT	79
XIFAXAN	78	<i>xulane</i>	73	ZENPEP CAP 60000UNT	79
XIGDUO XR TAB 10- 1000	67	XULTOPHY INJ 100/3.6	68	<i>zidovudine</i>	28
XIGDUO XR TAB 10- 500MG	67	Y		<i>ziprasidone hcl</i>	56
XIGDUO XR TAB 2.5- 1000	66	YF-VAX INJ	86	<i>ziprasidone mesylate</i>	56
XIGDUO XR TAB 5- 1000MG.....	66	<i>yuvafem</i>	74	ZIRABEV	43
XIGDUO XR TAB 5- 500MG	66	Z		ZIRGAN.....	88
XIIDRA.....	90	<i>zafemy</i>	73	<i>zoledronic acid</i>	69
XOFLUZA.....	30	<i>zafirlukast</i>	91	ZOLINZA	43
XOLAIR	93	<i>zaleplon</i>	61	<i>zolpidem tartrate</i>	62
XOSPATA.....	43	ZARXIO	80	ZONISADE.....	60
XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY) ...	43	ZEGALOGUE.....	74	<i>zonisamide</i>	60
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) ...	43	ZEJULA.....	43	<i>zovia 1/35</i>	73
XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY) ..	43	ZELBORAF.....	43	ZTALMY.....	60
XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY) ...	43	ZEMAIRA	93	<i>zumandimine</i>	73
XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY) ..	43	<i>zenatane</i>	94	ZURZUVAE	52
		ZENPEP CAP 10000UNT	79	ZYDELIG	43
		ZENPEP CAP 15000UNT	79	ZYKADIA	44
		ZENPEP CAP 20000UNT	79	ZYLET SUS 0.5-0.3%	88
		ZENPEP CAP 25000UNT	79		

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>.





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

Дата обновления списка лекарственных препаратов: 2025.04.01 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>.