



## **Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP), một chương trình Medicare Medi-Cal năm 2026 *Danh Sách Thuốc Được Bảo Hiểm (Danh Sách Thuốc hoặc Danh Mục Thuốc)***

**VUI LÒNG ĐỌC: TÀI LIỆU NÀY CHỨA THÔNG TIN VỀ CÁC LOẠI THUỐC CHÚNG TÔI ĐÀI THỌ TRONG CHƯƠNG TRÌNH NÀY**

ID Danh Mục Thuốc 26258, Phiên bản 19

*Danh Sách Thuốc* này đã được cập nhật vào 03/24/2026 .

Để biết thông tin mới nhất hoặc các câu hỏi khác, vui lòng liên hệ với chúng tôi theo số (800) 452-4413 (TTY:711), từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần hoặc truy cập [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026).

H2819\_25\_357A\_C Approved 08202025

A55568EAE-VI ( 03/26 )

---

**Nếu quý vị có câu hỏi**, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số (800) 452-4413 (TTY: 711), từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026). 1



03/24/2026

## Giới thiệu

Tài liệu này được gọi là *Danh Sách Thuốc Được Bảo Hiểm* (còn được gọi là *Danh Sách Thuốc*). Danh sách này cho quý vị biết thuốc nào được Blue Shield TotalDual Plan đài thọ. *Danh Sách Thuốc* cũng cho quý vị biết xem liệu có bất kỳ quy tắc hoặc hạn chế đặc biệt nào đối với bất kỳ loại thuốc nào được bảo hiểm bởi Blue Shield TotalDual Plan hay không. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng xuất hiện trong chương cuối của *Sổ tay Thành viên*.

## Mục lục

A. Tuyên bố từ chối trách nhiệm .....	iv
B. Câu hỏi thường gặp (FAQ) .....	xv
B1. Những loại thuốc kê đơn nào có trong <i>Danh Sách Thuốc Được Bảo Hiểm</i> ? (Chúng tôi gọi tắt <i>Danh Sách Thuốc Được Bảo Hiểm</i> là “ <i>Danh Sách Thuốc</i> ”). .....	xv
B2. <i>Danh Sách Thuốc</i> có bao giờ thay đổi không? .....	xv
B3. Điều gì xảy ra khi có sự thay đổi trong <i>Danh Sách Thuốc</i> ? .....	xvi
B4. Có bất kỳ hạn chế hoặc giới hạn nào đối với bảo hiểm thuốc hoặc bất kỳ hành động bắt buộc nào cần thực hiện để có được một số loại thuốc nhất định không? .....	xviii
B5. Làm cách nào để biết liệu thuốc mà tôi muốn có những giới hạn hoặc có những hành động bắt buộc phải thực hiện để có thể nhận được thuốc? .....	xix
B6. Điều gì sẽ xảy ra nếu Blue Shield TotalDual Plan thay đổi các quy tắc của họ về việc đài thọ cho một số loại thuốc (ví dụ: chấp thuận trước, giới hạn số lượng, và/hoặc hạn chế của trị liệu từng bước)? .....	xix
B7. Làm thế nào để tìm thuốc trong <i>Danh Sách Thuốc</i> ? .....	xix
B8. Điều gì xảy ra nếu thuốc mà tôi muốn dùng không có trong <i>Danh Sách Thuốc</i> ? .....	xx
B9. Điều gì sẽ xảy ra nếu tôi là thành viên mới của Blue Shield TotalDual Plan và không thể tìm thấy thuốc trong <i>Danh Sách Thuốc</i> hoặc gặp vấn đề khi nhận thuốc? .....	xx
B10. Tôi có thể yêu cầu ngoại lệ để bảo hiểm chi trả cho thuốc của tôi không? .....	xxii
B11. Làm cách nào để yêu cầu ngoại lệ? .....	xxii

---

**Nếu quý vị có câu hỏi**, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số (800) 452-4413 (TTY: 711), từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026).



B12. Mất bao lâu để có một ngoại lệ?.....	xxii
B13. Thuốc gốc là gì? .....	xxiii
B14. Sản phẩm sinh học ban đầu là gì và chúng liên quan như thế nào đến sản phẩm sinh học tương tự?.....	xxiii
B15. Blue Shield TotalDual Plan có đài thọ cho lượng thuốc theo đơn dài hạn không? .....	xxiii
B16. Tôi có thể yêu cầu đơn thuốc được giao đến nhà từ nhà thuốc địa phương không? .....	xxiv
B17. Khoản đồng chi trả của tôi là bao nhiêu?.....	xxv
C. Tổng quan về <i>Danh Sách Thuốc Được Bảo Hiểm</i> .....	xxvi
C1. Danh Sách Thuốc Theo Tình Trạng Y Tế.....	xxvii
D. Chỉ Mục Thuốc Được Bảo Hiểm .....	133

---

**Nếu quý vị có câu hỏi**, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số (800) 452-4413 (TTY: 711), từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026).



---

## A. Tuyên bố từ chối trách nhiệm

Đây là danh sách các loại thuốc mà thành viên có thể nhận được trong Blue Shield TotalDual Plan.

- ❖ Blue Shield of California là một chương trình HMO D-SNP có hợp đồng Medicare và hợp đồng với California State Medicaid Program (Chương trình Medicaid của Tiểu bang California). Quá trình đăng ký Blue Shield of California phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.
- ❖ Quý vị luôn có thể kiểm tra *Danh Sách Thuốc Được Bảo Hiểm* mới nhất của Blue Shield TotalDual Plan trực tuyến tại địa chỉ [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026) hoặc bằng cách gọi số (800) 452-4413 (TTY:711). Cuộc gọi được miễn cước.
- ❖ Blue Shield of California là thành viên độc lập của Blue Shield Association.
- ❖ Quý vị có thể nhận miễn phí tài liệu này ở định dạng khác, ví dụ như bản in khổ lớn, chữ nổi hoặc âm thanh. Gọi điện tới số ở chân trang của tài liệu này. Cuộc gọi được miễn cước.
- ❖ The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。 Công ty tuân thủ luật pháp tiểu bang và luật dân quyền liên bang hiện hành, và không phân biệt đối xử, loại trừ người nào đó hoặc đối xử khác biệt với họ theo chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, nhóm dân tộc, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tổ tiên, tôn giáo, tình dục, tình trạng hôn nhân, giới tính, bản dạng giới, thiên hướng tình dục, tuổi tác, tình trạng khuyết tật tâm thần hoặc khuyết tật thể chất.

---

**Nếu quý vị có câu hỏi**, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số (800) 452-4413 (TTY: 711), từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026).



- ❖ Tài liệu này được cung cấp miễn phí và có các phiên bản bằng tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Trung giản thể, tiếng Trung phồn thể, tiếng Ba Tư, tiếng Khmer (Campuchia), tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tagalog và tiếng Việt.

**Phần này được tiếp tục ở trang sau**

---

**Nếu quý vị có câu hỏi**, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số (800) 452-4413 (TTY: 711), từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026).



**ATTENTION: If you need help in your language, call (800) 452-4413 (TTY:711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call (800) 452-4413 (TTY:711). These services are free of charge.**

### **الشعار بالعربية (Arabic)**

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY:711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY:711). هذه الخدمات مجانية.

### **Հայերեն պիտակ (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY:711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY:711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

Phần này được tiếp tục ở trang sau

**Nếu quý vị có câu hỏi**, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số (800) 452-4413 (TTY: 711), từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026).



## 简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-800-452-4413 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-800-452-4413 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

## ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Phần này được tiếp tục ở trang sau

---

**Nếu quý vị có câu hỏi**, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số (800) 452-4413 (TTY: 711), từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026).



## **हिंदी टैगलाइन (Hindi)**

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

## **Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)**

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

**Phần này được tiếp tục ở trang sau**

---

**Nếu quý vị có câu hỏi**, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số (800) 452-4413 (TTY: 711), từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026).



## **日本語表記 (Japanese)**

注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-452-4413 (TTY: 711)へお電話ください。

点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。

1-800-452-4413 (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

## **한국어 태그라인 (Korean)**

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

**Phần này được tiếp tục ở trang sau**

---

**Nếu quý vị có câu hỏi**, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số (800) 452-4413 (TTY: 711), từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026).



## ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ  
1-800-452-4413

(TTY: 711).

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ  
ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ  
1-800-452-4413 (TTY: 711).

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

## Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih  
qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc  
waac daaih lorx taux 1-800-452-4413 (TTY: 711). Liouh lorx  
jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo  
wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun  
hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se  
mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-452-  
4413 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se  
benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

Phần này được tiếp tục ở trang sau

---

**Nếu quý vị có câu hỏi**, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số (800) 452-4413 (TTY: 711), từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026).



**ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)**

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម  
ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY:711)។ ជំនួយ និង  
សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស  
សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ  
ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-452-4413  
(TTY:711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

**مطلب به زبان فارسی (Persian (Farsi))**

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-452-4413  
(TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت،  
مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با  
1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه  
می‌شوند.

Phần này được tiếp tục ở trang sau

**Nếu quý vị có câu hỏi**, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số (800) 452-4413 (TTY: 711), từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026).



## **Русский слоган (Russian)**

**ВНИМАНИЕ!** Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия ТTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия ТTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

## **Mensaje en español (Spanish)**

**ATENCIÓN:** si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

**Phần này được tiếp tục ở trang sau**

---

**Nếu quý vị có câu hỏi**, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số (800) 452-4413 (TTY: 711), từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026).



## **Tagalog Tagline (Tagalog)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

## **เท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Phần này được tiếp tục ở trang sau

---

**Nếu quý vị có câu hỏi**, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số (800) 452-4413 (TTY: 711), từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026).



## **Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

## **Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

- ❖ Quý vị có thể đưa ra yêu cầu thường trực để nhận tài liệu này và các thông tin liên lạc bắt buộc trong tương lai bằng một ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh hoặc ở một định dạng thay thế (chữ in lớn, chữ nổi, âm thanh, v.v.). Quý vị có thể gọi tới phòng Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield TotalDual Plan theo số (800) 452-4413 (TTY: 711), từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần để thực hiện yêu cầu này. Phòng Dịch vụ Khách hàng sẽ giữ ngôn ngữ và định dạng ưa thích của quý vị trong hồ sơ cho đến khi quý vị muốn cập nhật.
- ❖ Để thay đổi yêu cầu thường trực về việc nhận thông tin liên lạc bắt buộc bằng ngôn ngữ ưa thích hoặc định dạng thay thế, vui lòng liên hệ với phòng Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield TotalDual Plan theo số (800) 452-4413 (TTY: 711), từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần.

---

**Nếu quý vị có câu hỏi**, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số (800) 452-4413 (TTY: 711), từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026).



---

## B. Câu hỏi thường gặp (FAQ)

Hãy tìm câu trả lời cho các câu hỏi của quý vị tại đây về *Danh Sách Thuốc Được Bảo Hiểm (Danh Sách Thuốc)*. Quý vị có thể đọc tất cả FAQ để biết thêm thông tin hoặc tìm kiếm câu hỏi và câu trả lời.

### **B1. Những loại thuốc kê đơn nào có trong *Danh Sách Thuốc Được Bảo Hiểm*? (Chúng tôi gọi tắt *Danh Sách Thuốc Được Bảo Hiểm* là “*Danh Sách Thuốc*”.)**

Các loại thuốc trong *Danh Sách Thuốc* bắt đầu trong **Phần C** là những loại thuốc được Blue Shield TotalDual Plan đài thọ. Các loại thuốc này có sẵn tại nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Nhà thuốc sẽ nằm trong mạng lưới của chúng tôi nếu chúng tôi có thỏa thuận với họ để làm việc với chúng tôi và cung cấp dịch vụ cho quý vị. Chúng tôi gọi các nhà thuốc này là các “nhà thuốc trong mạng lưới”.

Các loại thuốc khác, chẳng hạn như một số loại thuốc không kê đơn (OTC) và một số loại vitamin, có thể được Medi-Cal Rx đài thọ. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi Trung tâm Dịch vụ Khách hàng Medi-Cal Rx theo số 800-977-2273. Vui lòng mang theo Thẻ Nhận dạng Người thụ hưởng Medi-Cal (BIC) khi nhận đơn thuốc qua Medi-Cal Rx.

- Blue Shield TotalDual Plan sẽ đài thọ tất cả các loại thuốc cần thiết về mặt y tế trong *Danh Sách Thuốc* nếu:
  - bác sĩ của quý vị hoặc người kê đơn khác nói rằng quý vị cần các thuốc đó để cải thiện tình trạng hoặc để khỏe mạnh,
  - Blue Shield TotalDual Plan đồng ý rằng thuốc này cần thiết về mặt y tế cho quý vị, **và**
  - quý vị nhận thuốc cho đơn thuốc tại nhà thuốc trong mạng lưới của Blue Shield TotalDual Plan.
- Trong một số trường hợp, quý vị phải làm một điều gì đó trước khi có thể nhận được thuốc. Hãy xem câu hỏi B4 để biết thêm thông tin.

Quý vị cũng có thể tìm danh sách thuốc mới nhất được chúng tôi đài thọ trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026) hoặc gọi tới phòng Dịch vụ Khách hàng theo số ở chân trang của tài liệu này.

### **B2. *Danh Sách Thuốc* có bao giờ thay đổi không?**

Có, và Blue Shield TotalDual Plan phải tuân theo các quy tắc của Medicare và Medi-Cal khi thực hiện các thay đổi. Chúng tôi có thể thêm hoặc loại bỏ các loại thuốc trong *Danh Sách Thuốc* trong suốt cả năm.

**Phần này được tiếp tục ở trang sau**

---

**Nếu quý vị có câu hỏi**, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số (800) 452-4413 (TTY: 711), từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).



Chúng tôi cũng có thể thay đổi các quy tắc của chúng tôi về thuốc. Ví dụ, chúng tôi có thể:

- Quyết định yêu cầu hoặc không yêu cầu chấp thuận trước đối với một loại thuốc. (Chấp thuận trước là sự cho phép của Blue Shield TotalDual Plan trước khi quý vị có thể nhận được thuốc.)
- Thêm hoặc thay đổi số lượng thuốc mà quý vị có thể nhận được (gọi là giới hạn số lượng).
- Thêm hoặc thay đổi các hạn chế trong trị liệu từng bước đối với thuốc. (Trị liệu từng bước có nghĩa là quý vị phải thử một loại thuốc trước khi chúng tôi đài thọ cho một loại thuốc khác.)

Để biết thêm thông tin về các quy tắc thuốc này, hãy xem câu hỏi B4.

Nếu quý vị đang dùng một loại thuốc được đài thọ từ **đầu** năm, chúng tôi thường sẽ không loại bỏ hoặc thay đổi phạm vi bảo hiểm của loại thuốc đó **trong thời gian còn lại của năm** trừ khi:

- một loại thuốc mới, rẻ hơn xuất hiện trên thị trường, có tác dụng tốt như loại thuốc trong *Danh Sách Thuốc* hiện tại, hoặc
- chúng tôi biết rằng một loại thuốc nào đó không an toàn, hoặc
- một loại thuốc bị loại bỏ khỏi thị trường.

Câu hỏi B3 và B6 dưới đây có thêm thông tin về những gì sẽ xảy ra khi *Danh Sách Thuốc* thay đổi.

- Quý vị luôn có thể kiểm tra *Danh Sách Thuốc* mới nhất của Blue Shield TotalDual Plan tại [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026). Các cập nhật cho *Danh Sách Thuốc* được đăng trên trang web này hàng tháng.
- Quý vị cũng có thể gọi đến phòng Dịch vụ Khách hàng theo các số ở chân trang của tài liệu này để kiểm tra *Danh Sách Thuốc* hiện tại.

### **B3. Điều gì xảy ra khi có sự thay đổi trong *Danh Sách Thuốc*?**

Một số thay đổi trong *Danh Sách Thuốc* sẽ diễn ra **ngay lập tức**. Ví dụ:

- **Thay thế một số phiên bản mới của thuốc.** Chúng tôi có thể ngay lập tức loại bỏ thuốc khỏi *Danh Sách Thuốc* nếu thay thế chúng bằng một số phiên bản mới của thuốc đó, nhưng chi phí cho loại thuốc mới của quý vị vẫn là \$0. Khi chúng tôi thêm phiên bản mới của một loại thuốc, chúng tôi cũng có thể sẽ quyết định giữ nguyên thuốc thương hiệu hoặc sản phẩm sinh học ban đầu trong danh sách nhưng thay đổi các quy tắc hoặc giới hạn bảo hiểm của nó.

**Phần này được tiếp tục ở trang sau**

---

**Nếu quý vị có câu hỏi**, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số (800) 452-4413 (TTY: 711), từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026).



- Chúng tôi có thể sẽ không cho quý vị biết trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi này, nhưng chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông tin về thay đổi cụ thể mà chúng tôi đã thực hiện khi điều đó xảy ra.
- Chúng tôi chỉ có thể thực hiện những thay đổi này nếu loại thuốc chúng tôi đang thêm vào:
  - là phiên bản thuốc gốc mới của một loại thuốc thương hiệu, hoặc
  - là phiên bản sinh học tương tự mới của sản phẩm sinh học ban đầu trong *Danh Sách Thuốc* (ví dụ, thêm một sản phẩm sinh học tương tự có thể thay thế cho sản phẩm sinh học ban đầu mà không cần đơn thuốc mới).
  - Một số loại thuốc này có thể mới đối với quý vị. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo **Phần B14**.
- Quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu ngoại lệ từ những thay đổi này. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo kèm theo các bước mà quý vị có thể thực hiện để yêu cầu ngoại lệ. Vui lòng tham khảo câu hỏi B10-B12 để biết thêm thông tin về các trường hợp ngoại lệ.
- **Loại bỏ các loại thuốc không an toàn và các loại thuốc khác bị thu hồi khỏi thị trường.** Đôi khi một loại thuốc có thể bị phát hiện là không an toàn hoặc bị rút khỏi thị trường vì lý do khác. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi có thể ngay lập tức gỡ bỏ nó khỏi *Danh Sách Thuốc*. Nếu quý vị đang dùng thuốc, chúng tôi sẽ gửi thông báo cho quý vị sau khi thực hiện thay đổi. Người kê đơn của quý vị cũng sẽ biết về sự thay đổi này và có thể làm việc với quý vị để tìm loại thuốc khác phù hợp với tình trạng của quý vị.

**Chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi khác ảnh hưởng đến thuốc mà quý vị dùng.**

Chúng tôi sẽ cho quý vị biết trước về những thay đổi khác đối với *Danh Sách Thuốc*. Những thay đổi này có thể sẽ xảy ra nếu:

- Food and Drug Administration (FDA, Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm) cung cấp hướng dẫn mới hoặc có hướng dẫn lâm sàng mới về một loại thuốc.
- Chúng tôi loại bỏ một loại thuốc thương hiệu khỏi *Danh Sách Thuốc* khi thêm một loại thuốc gốc không phải là thuốc mới trên thị trường, hoặc
- chúng tôi loại bỏ một sản phẩm sinh học ban đầu khi thêm một sản phẩm sinh học tương tự, hoặc
- chúng tôi thay đổi các quy tắc hoặc giới hạn bảo hiểm cho thuốc thương hiệu.

**Phần này được tiếp tục ở trang sau**

---

**Nếu quý vị có câu hỏi**, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số (800) 452-4413 (TTY: 711), từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026).



Khi những thay đổi này xảy ra, chúng tôi sẽ:

- thông báo cho quý vị biết ít nhất 30 ngày trước khi chúng tôi thay đổi *Danh Sách Thuốc* hoặc
- thông báo cho quý vị biết và cung cấp cho quý vị lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày sau khi quý vị yêu cầu bổ sung thuốc.

Điều này sẽ cho quý vị thời gian để thảo luận với bác sĩ hoặc người kê đơn khác. Họ có thể giúp quý vị quyết định:

- nếu có một loại thuốc tương tự trong *Danh Sách Thuốc* để quý vị có thể dùng thay thế hoặc
- có nên yêu cầu ngoại lệ từ những thay đổi này hay không. Để tìm hiểu thêm về các trường hợp ngoại lệ, hãy tham khảo câu hỏi B10-B12.

#### **B4. Có bất kỳ hạn chế hoặc giới hạn nào đối với bảo hiểm thuốc hoặc bất kỳ hành động bắt buộc nào cần thực hiện để có được một số loại thuốc nhất định không?**

Có, một số loại thuốc có quy tắc bảo hiểm hoặc có giới hạn về số lượng mà quý vị có thể nhận. Trong một số trường hợp, quý vị hoặc bác sĩ hoặc người kê đơn khác phải làm một điều gì đó trước khi quý vị có thể nhận thuốc. Ví dụ:

- **Chấp thuận trước:** Đối với một số loại thuốc, quý vị hoặc bác sĩ hoặc người kê đơn khác của quý vị phải nhận được sự chấp thuận của Blue Shield TotalDual Plan trước khi quý vị được cung cấp thuốc. Chấp thuận trước khác với giấy giới thiệu. Blue Shield TotalDual Plan có thể sẽ không chi trả tiền thuốc nếu quý vị không nhận được chấp thuận trước.
- **Giới hạn số lượng:** Đôi khi, Blue Shield TotalDual Plan giới hạn số lượng thuốc quý vị có thể nhận.
- **Trị liệu từng bước:** Đôi khi, Blue Shield TotalDual Plan yêu cầu quý vị thực hiện trị liệu từng bước. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ phải thử thuốc theo một thứ tự nhất định cho tình trạng y tế của quý vị. Quý vị có thể sẽ phải thử một loại thuốc trước khi chúng tôi đài thọ cho một loại thuốc khác. Nếu người kê đơn của quý vị nghĩ rằng thuốc đầu tiên không có tác dụng với quý vị, chúng tôi sẽ đài thọ cho thuốc thứ hai.

Quý vị có thể tìm hiểu xem thuốc của quý vị có bất kỳ yêu cầu hoặc giới hạn bổ sung nào không bằng cách xem trong các bảng trong **Phần C**. Quý vị cũng có thể tìm hiểu thêm thông tin bằng cách truy cập trang web của chúng tôi tại

**Phần này được tiếp tục ở trang sau**

---

**Nếu quý vị có câu hỏi**, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số (800) 452-4413 (TTY: 711), từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026).



blueshieldca.com/medformulary2026. Chúng tôi đã đăng các tài liệu trực tuyến giải thích về các hạn chế của chấp thuận trước và trị liệu từng bước. Quý vị cũng có thể yêu cầu chúng tôi gửi cho quý vị một bản sao.

**Quý vị có thể yêu cầu ngoại lệ trong số những giới hạn này.** Điều này sẽ cho quý vị thời gian để thảo luận với bác sĩ hoặc người kê đơn khác. Họ có thể giúp quý vị quyết định xem có loại thuốc tương tự trong *Danh Sách Thuốc* mà quý vị có thể dùng thay thế hay không, hoặc có nên yêu cầu ngoại lệ hay không. Vui lòng tham khảo câu hỏi B10-B12 để biết thêm thông tin về các trường hợp ngoại lệ.

**B5. Làm cách nào để biết liệu thuốc mà tôi muốn có những giới hạn hoặc có những hành động bắt buộc phải thực hiện để có thể nhận được thuốc?**

Bảng trong phần có tên “Danh Sách Thuốc Theo Tình Trạng Y Tế” có một cột có nhãn “Hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn khi sử dụng”.

**B6. Điều gì sẽ xảy ra nếu Blue Shield TotalDual Plan thay đổi các quy tắc của họ về việc đòi thọ cho một số loại thuốc (ví dụ: chấp thuận trước, giới hạn số lượng, và/hoặc hạn chế của trị liệu từng bước)?**

Trong một số trường hợp, chúng tôi sẽ cho quý vị biết trước nếu chúng tôi thêm hoặc thay đổi các hạn chế đối với chấp thuận trước, giới hạn số lượng và/hoặc trị liệu từng bước đối với thuốc. Tham khảo câu hỏi B3 để biết thêm thông tin về thông báo trước này và các tình huống mà chúng tôi sẽ không thể cho quý vị biết trước khi các quy tắc của chúng tôi về các loại thuốc trong *Danh Sách Thuốc* thay đổi.

**B7. Làm thế nào để tìm thuốc trong *Danh Sách Thuốc*?**

Có hai cách để tìm thuốc:

- quý vị có thể tìm kiếm theo thứ tự bảng chữ cái, **hoặc**
- quý vị có thể tìm kiếm theo tình trạng y tế.

Để tìm kiếm **theo thứ tự bảng chữ cái**, hãy tới phần Chỉ Mục Thuốc Được Bảo Hiểm. Quý vị có thể tìm thấy thuốc đó trong chỉ mục bắt đầu trên trang 133. Chỉ mục này cung cấp danh sách theo thứ tự bảng chữ cái của tất cả các loại thuốc có trong tài liệu này. Cả thuốc thương hiệu và thuốc gốc đều được liệt kê trong Chỉ mục. Hãy mở Chỉ mục và tìm thuốc của quý vị. Bên cạnh thuốc của quý vị, quý vị sẽ thấy số trang mà quý vị có thể tìm thấy thông tin bảo hiểm.

Để tìm kiếm **theo tình trạng y tế**, hãy tìm phần có nhãn “Danh Sách Thuốc Theo Tình Trạng Y Tế”. Các loại thuốc trong phần này được nhóm thành các hạng mục tùy thuộc vào loại tình trạng y tế mà chúng được sử dụng để điều trị. Ví dụ, nếu quý vị bị bệnh tim, quý vị nên tìm trong hạng mục Thuốc tim mạch. Đó là nơi quý vị sẽ tìm thấy các loại thuốc điều trị bệnh tim.

---

**Nếu quý vị có câu hỏi**, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số (800) 452-4413 (TTY: 711), từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập blueshieldca.com/medformulary2026.



## **B8. Điều gì xảy ra nếu thuốc mà tôi muốn dùng không có trong *Danh Sách Thuốc*?**

Nếu quý vị không tìm thấy thuốc của quý vị trong *Danh Sách Thuốc*, hãy gọi Dịch vụ Khách hàng theo số ở phần chân trang của tài liệu này và hỏi về thuốc đó. Nếu quý vị được thông báo rằng Blue Shield TotalDual Plan sẽ không đài thọ cho thuốc này, quý vị có thể thực hiện một trong những điều sau:

- Hỏi phòng Dịch vụ Khách hàng để biết danh sách các loại thuốc giống như loại thuốc mà quý vị muốn dùng. Sau đó cung cấp danh sách này cho bác sĩ hoặc người kê đơn khác của quý vị. Họ có thể kê đơn loại thuốc có trong *Danh Sách Thuốc* và giống như loại thuốc quý vị muốn dùng. **Hoặc**
- Yêu cầu Blue Shield TotalDual Plan tạo một ngoại lệ để đài thọ cho thuốc của quý vị. Vui lòng tham khảo câu hỏi B10-B12 để biết thêm thông tin về các trường hợp ngoại lệ.

## **B9. Điều gì sẽ xảy ra nếu tôi là thành viên mới của Blue Shield TotalDual Plan và không thể tìm thấy thuốc trong *Danh Sách Thuốc* hoặc gặp vấn đề khi nhận thuốc?**

Chúng tôi có thể giúp quý vị. Chúng tôi có thể đài thọ cho quý vị lượng thuốc đủ dùng 30 ngày trong 90 ngày đầu tiên quý vị là thành viên của Blue Shield TotalDual Plan. Điều này sẽ cho quý vị thời gian để thảo luận với bác sĩ hoặc người kê đơn khác. Họ có thể giúp quý vị quyết định xem có loại thuốc tương tự trong *Danh Sách Thuốc* mà quý vị có thể dùng thay thế hay không, hoặc có nên yêu cầu ngoại lệ hay không.

Nếu đơn thuốc của quý vị được viết trong ít ngày hơn, chúng tôi sẽ cho phép nhiều lần bổ sung thuốc để cung cấp tối đa 30 ngày dùng thuốc.

Chúng tôi sẽ đài thọ cho quý vị lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày nếu:

- quý vị đang dùng một loại thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi, **hoặc**
- quy tắc chương trình bảo hiểm của chúng tôi không cho phép quý vị nhận được số lượng theo yêu cầu của người kê đơn, **hoặc**
- thuốc cần phải được chấp thuận trước của Blue Shield TotalDual Plan, **hoặc**
- quý vị đang dùng một loại thuốc là một phần của giới hạn trị liệu từng bước.

**Phần này được tiếp tục ở trang sau**

---

**Nếu quý vị có câu hỏi**, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số (800) 452-4413 (TTY: 711), từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026).



Nếu quý vị đang dùng một loại thuốc mà Blue Shield TotalDual Plan không coi là thuốc Phần D và loại thuốc đó không có trong *Danh Sách Thuốc*, và quý vị gặp vấn đề trong việc nhận thuốc, thuốc đó có thể được đài thọ thông qua Medi-Cal Rx. Nếu một loại thuốc bị loại trừ khỏi Phần D yêu cầu ngoại lệ, và quý vị gặp trường hợp khẩn cấp, Medi-Cal Rx sẽ cho phép cung cấp thuốc đó với lượng dùng không quá 72 giờ. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi Trung tâm Dịch vụ Khách hàng Medi-Cal Rx theo số 800-977-2273. Vui lòng mang theo Thẻ Nhận dạng Người thụ hưởng Medi-Cal BIC của quý vị khi nhận đơn thuốc qua Medi-Cal Rx.

Nếu quý vị đang ở trong nhà dưỡng lão hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn khác và cần một loại thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc* hoặc nếu quý vị không thể dễ dàng nhận được thuốc quý vị cần, chúng tôi có thể giúp quý vị. Nếu quý vị đã tham gia chương trình hơn 90 ngày, đang sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn và cần được cung cấp thuốc ngay:

- Chúng tôi sẽ đài thọ cho một đợt thuốc đủ dùng trong 31 ngày của loại thuốc mà quý vị cần (trừ khi quý vị có đơn thuốc trong ít ngày hơn), cho dù quý vị có phải là thành viên mới của Blue Shield TotalDual Plan hay không.
- Đây là phần bổ sung cho số thuốc được cung cấp tạm thời trong vòng 90 ngày đầu tiên khi quý vị đang là thành viên của Blue Shield TotalDual Plan.

### Chính sách Chuyển đổi

Trong trường hợp người thụ hưởng thay đổi từ cơ sở điều trị này sang cơ sở điều trị khác, Blue Shield TotalDual Plan sẽ đảm bảo xử lý nhanh chóng để phê duyệt các thuốc Phần D không thuộc danh mục. Quy trình này cũng sẽ áp dụng cho các thuốc Phần D trong danh mục cần có chấp thuận trước hoặc trị liệu từng bước. Ví dụ về mức độ thay đổi chăm sóc là người thụ hưởng được xuất viện và về nhà; người thụ hưởng kết thúc lưu trú Phần A Medicare tại cơ sở điều dưỡng lành nghề và họ cần trở về danh mục thuốc của chương trình Phần D của họ; người thụ hưởng kết thúc lưu trú tại cơ sở chăm sóc dài hạn và trở về với cộng đồng; và người thụ hưởng được xuất viện từ bệnh viện tâm thần với chế độ dùng thuốc được cá nhân hóa cao.

**Phần này được tiếp tục ở trang sau**

---

**Nếu quý vị có câu hỏi**, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số (800) 452-4413 (TTY: 711), từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).



## **B10. Tôi có thể yêu cầu ngoại lệ để bảo hiểm chi trả cho thuốc của tôi không?**

Có. Quý vị có thể yêu cầu Blue Shield TotalDual Plan tạo một ngoại lệ để chi trả cho thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc*.

Quý vị cũng có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi các quy tắc về thuốc của quý vị.

- Ví dụ, Blue Shield TotalDual Plan có thể giới hạn số lượng thuốc chúng tôi sẽ đài thọ. Nếu thuốc của quý vị có giới hạn, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi giới hạn và chi trả nhiều hơn.
- Các ví dụ khác: Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bỏ các hạn chế trị liệu từng bước hoặc các yêu cầu chấp thuận trước.

## **B11. Làm cách nào để yêu cầu ngoại lệ?**

Để yêu cầu ngoại lệ, hãy gọi tới phòng Dịch vụ Khách hàng. Phòng Dịch vụ Khách hàng sẽ làm việc với quý vị và người kê đơn của quý vị để giúp quý vị yêu cầu ngoại lệ. Quý vị cũng có thể đọc **Chương 9 Phần G2** của *Sổ tay Thành viên* để tìm hiểu thêm về các ngoại lệ.

## **B12. Mất bao lâu để có một ngoại lệ?**

Sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố từ người kê đơn ủng hộ yêu cầu của quý vị về trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ đưa ra quyết định cho quý vị trong vòng 72 giờ. Người kê đơn của quý vị có thể gửi tuyên bố này theo phương thức điện tử (trực tuyến hoặc fax) hoặc qua đường bưu điện. Họ cũng có thể gọi cho Bộ phận Dược phẩm Blue Shield theo số (800) 535-9481 và cung cấp cho chúng tôi tuyên bố bằng lời nói và sau đó gửi cho chúng tôi bản tuyên bố bằng văn bản, nếu cần.

Nếu quý vị hoặc người kê đơn của quý vị nghĩ rằng sức khỏe của quý vị có thể bị tổn hại nếu quý vị phải chờ 72 giờ để nhận quyết định, quý vị có thể yêu cầu một ngoại lệ cấp tốc. Đây là quy trình ra quyết định nhanh hơn. Nếu người kê đơn ủng hộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ đưa ra quyết định trong vòng 24 giờ kể từ khi nhận được tuyên bố ủng hộ của người kê đơn.

**Phần này được tiếp tục ở trang sau**

---

**Nếu quý vị có câu hỏi**, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số (800) 452-4413 (TTY: 711), từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026).



### **B13. Thuốc gốc là gì?**

Thuốc gốc được tạo thành từ các thành phần hoạt chất tương tự như thuốc thương hiệu. Chúng thường có giá rẻ hơn thuốc thương hiệu và nhìn chung có hiệu quả tương đương. Tên của chúng thường ít được biết đến. Thuốc gốc được Food and Drug Administration (FDA, Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ) phê duyệt. Có những loại thuốc gốc có sẵn để thay thế cho nhiều loại thuốc thương hiệu. Thuốc gốc thường có thể thay thế thuốc thương hiệu tại nhà thuốc mà không cần đơn thuốc mới—tùy thuộc vào luật của tiểu bang.

Blue Shield TotalDual Plan bao trả cho cả thuốc thương hiệu và thuốc gốc.

### **B14. Sản phẩm sinh học ban đầu là gì và chúng liên quan như thế nào đến sản phẩm sinh học tương tự?**

Khi chúng tôi đề cập đến thuốc, điều này có thể là thuốc hoặc sản phẩm sinh học. Sản phẩm sinh học là loại thuốc phức tạp hơn so với thuốc thông thường. Vì các sản phẩm sinh học phức tạp hơn các loại thuốc thông thường nên thay vì có dạng chung, chúng có dạng được gọi là sản phẩm sinh học tương tự. Nhìn chung, các sản phẩm sinh học tương tự có tác dụng giống như sản phẩm sinh học ban đầu và có thể có giá thành thấp hơn. Có những sản phẩm sinh học tương tự thay thế cho một số sản phẩm sinh học ban đầu. Một số sản phẩm sinh học tương tự có thể thay thế cho nhau và tùy thuộc vào luật của tiểu bang, có thể thay thế cho sản phẩm sinh học ban đầu tại nhà thuốc mà không cần đơn thuốc mới, giống như thuốc gốc có thể thay thế thuốc thương hiệu.

Để biết thêm thông tin về các loại thuốc, hãy tham khảo **Chương 5** của *Sổ tay Thành viên*.

### **B15. Blue Shield TotalDual Plan có đài thọ cho lượng thuốc theo đơn dài hạn không?**

Đối với một số loại thuốc nhất định, quý vị có thể sử dụng nhà cung cấp giao hàng tận nhà trong mạng lưới của chương trình. Nói chung, các loại thuốc được cung cấp thông qua dịch vụ giao hàng tận nhà là những loại thuốc quý vị dùng thường xuyên, cho tình trạng bệnh mãn tính hoặc lâu dài. Các loại thuốc không có sẵn thông qua nhà cung cấp giao hàng tận nhà của chương trình được đánh dấu bằng ký hiệu NDS trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi.

**Phần này được tiếp tục ở trang sau**

---

**Nếu quý vị có câu hỏi**, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số (800) 452-4413 (TTY: 711), từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026).



- **Dịch Vụ Giao Hàng Tận Nhà.** Chúng tôi cung cấp dịch vụ giao hàng tận nhà cho phép quý vị nhận được **lượng thuốc lên đến 100 ngày dùng cho Cấp 1: Thuốc gốc ưu tiên, Cấp 2: Thuốc gốc, Cấp 3: Thuốc thương hiệu ưu tiên và Cấp 4: Thuốc không ưu tiên.** Lượng thuốc 100 ngày dùng cho Cấp 1: Thuốc gốc ưu tiên và Cấp 2: Thuốc gốc có mức đồng chi trả giống như lượng thuốc dùng trong một tháng cho các Cấp 1 và 2. Lượng thuốc 100 ngày dùng cho Cấp 3: Thuốc thương hiệu ưu tiên và Cấp 4: Thuốc không được ưu tiên có mức đồng chi trả giống như lượng thuốc dùng trong một tháng cho các Cấp 3 và 4.
- **Chương trình Nhà thuốc Bán lẻ.** Một số nhà thuốc bán lẻ cũng có thể cung cấp **lượng thuốc lên tới 100 ngày dùng cho Cấp 1: Thuốc gốc ưu tiên, Cấp 2: Thuốc gốc, Cấp 3: Thuốc thương hiệu ưu tiên và Cấp 4: Thuốc không ưu tiên.** Lượng thuốc 100 ngày dùng cho Cấp 1: Thuốc gốc ưu tiên và Cấp 2: Thuốc gốc có mức đồng chi trả giống như lượng thuốc dùng trong một tháng cho các Cấp 1 và 2. Lượng thuốc 100 ngày dùng cho Cấp 3: Thuốc thương hiệu ưu tiên và Cấp 4: Thuốc không được ưu tiên có mức đồng chi trả giống như lượng thuốc dùng trong một tháng cho các Cấp 3 và 4.

**B16. Tôi có thể yêu cầu đơn thuốc được giao đến nhà từ nhà thuốc địa phương không?**

Nhà thuốc địa phương của quý vị có thể giao đơn thuốc đến tận nhà cho quý vị. Quý vị có thể gọi cho nhà thuốc để tìm hiểu xem họ có cung cấp dịch vụ giao hàng tận nhà hay không.

**Phần này được tiếp tục ở trang sau**

---

**Nếu quý vị có câu hỏi,** vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số (800) 452-4413 (TTY: 711), từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi được miễn cước. **Để biết thêm thông tin,** hãy truy cập [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026).



## B17. Khoản đồng chi trả của tôi là bao nhiêu?

Các thành viên của Blue Shield TotalDual Plan có các khoản đồng chi trả cho đơn thuốc nếu thành viên tuân theo các quy định của chương trình.

Cấp là nhóm thuốc trên *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi.

- Thuốc Cấp 1 là Thuốc gốc được ưu tiên
- Thuốc Cấp 2 là Thuốc gốc
- Thuốc Cấp 3 là Thuốc thương hiệu được ưu tiên
- Thuốc Cấp 4 là Thuốc không ưu tiên
- Thuốc Cấp 5 là Thuốc đặc trị

Cấp	Mô tả	Đồng chi trả	
		30 ngày dùng thuốc	100 ngày dùng thuốc
Cấp 1	Thuốc gốc được ưu tiên	\$0	\$0
Cấp 2	Thuốc gốc	\$0	\$0
Cấp 3	Thuốc thương hiệu được ưu tiên	\$0, \$5.10, \$12.65	\$0, \$5.10, \$12.65
Cấp 4	Thuốc không ưu tiên	\$0, \$5.10, \$12.65	\$0, \$5.10, \$12.65
Cấp 5	Thuốc đặc trị	\$0, \$5.10, \$12.65	Không có sẵn

Nếu quý vị có câu hỏi, hãy gọi đến phòng Dịch vụ Khách hàng theo số điện thoại ở phần chân trang của tài liệu này.

**Phần này được tiếp tục ở trang sau**

**Nếu quý vị có câu hỏi**, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số (800) 452-4413 (TTY: 711), từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026).



---

## C. Tổng quan về *Danh Sách Thuốc Được Bảo Hiểm*

*Danh Sách Thuốc Được Bảo Hiểm* cung cấp cho quý vị thông tin về các loại thuốc được bảo hiểm bởi Blue Shield TotalDual Plan. Nếu quý vị gặp khó khăn khi tìm thuốc của mình trong danh sách, hãy chuyển sang Chỉ Mục Thuốc Được Bảo Hiểm bắt đầu trong **Phần D**. Chỉ mục liệt kê theo thứ tự bảng chữ cái tất cả các loại thuốc được Blue Shield TotalDual Plan đài thọ.

Các loại thuốc khác, chẳng hạn như một số loại thuốc không kê đơn (OTC) và một số loại vitamin, có thể được Medi-Cal Rx đài thọ. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi Trung tâm Dịch vụ Khách hàng Medi-Cal Rx theo số 800-977-2273. Vui lòng mang theo Thẻ Nhận dạng Người thụ hưởng Medi-Cal (BIC) khi nhận đơn thuốc qua Medi-Cal Rx.

### Khiếu Nại Theo Phần D

- Khiếu nại là một cách chính thức để yêu cầu chúng tôi xem xét quyết định mà chúng tôi đã đưa ra về phạm vi bảo hiểm của quý vị và để thay đổi quyết định đó nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã phạm sai lầm.
- Ví dụ, chúng tôi có thể quyết định rằng một loại thuốc mà quý vị cần dùng sẽ không được đài thọ hoặc không còn được đài thọ bởi Medicare hoặc Medi-Cal.
- Nếu quý vị hoặc người kê đơn của quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi, quý vị có thể khiếu nại. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, hãy gọi đến phòng Dịch vụ Khách hàng theo số điện thoại ở phần chân trang của tài liệu này.
- Quý vị cũng có thể đọc **Chương 9** của *Sổ tay Thành viên* để tìm hiểu về cách khiếu nại một quyết định.
- Các loại thuốc không phải là thuốc Phần D có các quy định khiếu nại khác nhau.

**Phần này được tiếp tục ở trang sau**

---

**Nếu quý vị có câu hỏi**, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số (800) 452-4413 (TTY: 711), từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).



## C1. Danh Sách Thuốc Theo Tình Trạng Y Tế

Các loại thuốc trong phần này được nhóm thành các hạng mục tùy thuộc vào loại tình trạng y tế mà chúng được sử dụng để điều trị. Ví dụ, nếu quý vị bị bệnh tim, quý vị nên tìm trong hạng mục Thuốc tim mạch. Đó là nơi quý vị sẽ tìm thấy các loại thuốc điều trị bệnh tim.

### CHÚ GIẢI

CẤP	TÊN	
1	Thuốc gốc được ưu tiên	
2	Thuốc gốc	
3	Thuốc thương hiệu được ưu tiên	
4	Thuốc không ưu tiên	
5	Thuốc đặc trị	

  

KÝ HIỆU	TÊN	MÔ TẢ
LA	Tiếp cận hạn chế (Limited Access)	Đơn thuốc này chỉ có sẵn tại các nhà thuốc nhất định. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo Danh Bạ Nhà Thuốc của quý vị hoặc gọi cho phòng Dịch vụ Khách hàng của chúng tôi.
PA	Chấp thuận trước (Prior Authorization)	Việc đòi hỏi cho đơn thuốc này cần được Blue Shield chấp thuận trước. Hãy gọi cho Blue Shield để cung cấp thông tin cần thiết để xác định phạm vi bảo hiểm. Một số loại thuốc có thể yêu cầu xác định bảo hiểm Phần B hoặc Phần D, dựa trên các quy tắc bảo hiểm của Medicare.
QL	Giới hạn số lượng (Quantity Limit)	Thuốc này có giới hạn về liều lượng hoặc số lượng theo đơn. Giới hạn liều tối đa hàng ngày do FDA xác định và được ghi trong tờ hướng dẫn sử dụng thuốc. Các giới hạn số lượng khác khuyến khích dùng liều tổng hợp khi có thể.
ST	Trị liệu từng bước (Step Therapy)	Bảo hiểm cho đơn thuốc này được cung cấp khi đã thử các liệu pháp điều trị đầu tiên hoặc thuốc ưu tiên khác (trị liệu từng bước).

**Phần này được tiếp tục ở trang sau**

**Nếu quý vị có câu hỏi**, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số (800) 452-4413 (TTY: 711), từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026).



KÝ HIỆU	TÊN	MÔ TẢ
NDS	Cấp thuốc không dài ngày (Non-Extended Day Supply)	Thuốc KHÔNG có sẵn để cung cấp dài hạn.

Cột đầu tiên của bảng liệt kê tên thuốc. Thuốc gốc được ghi bằng chữ in nghiêng viết thường (ví dụ: *simvastatin*), thuốc thương hiệu được viết in hoa (ví dụ: ELIQUIS), Thông tin trong cột “Hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn khi sử dụng” cho quý vị biết xem liệu Blue Shield TotalDual Plan có bất kỳ quy tắc nào đối việc đài thọ cho thuốc của quý vị hay không.

## D. Chỉ Mục Thuốc Được Bảo Hiểm

Trong phần này, quý vị có thể tìm thấy thuốc bằng cách tìm kiếm tên thuốc theo thứ tự bảng chữ cái. Điều này sẽ cho quý vị biết số trang nơi quý vị có thể tìm thấy thông tin bảo hiểm bổ sung cho thuốc của mình.

**Nếu quý vị có câu hỏi**, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số (800) 452-4413 (TTY: 711), từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026).



## ANALGESICS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS		
<i>butalbital-aspirin-caffeine 50-325-40 mg cap</i>	Tier 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>cataflam 50 mg tab</i>	Tier 2	
<i>celecoxib (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>celecoxib 400 mg cap</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>diclofenac potassium 50 mg tab</i>	Tier 2	
<i>diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr)</i>	Tier 2	
<i>diclofenac sodium 1.5 % solution</i>	Tier 3	
<i>diclofenac sodium 3 % gel</i>	Tier 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium 75 mg tab dr</i>	Tier 1	
<i>diclofenac sodium er 100 mg tab er 24h</i>	Tier 2	
<i>diflunisal 500 mg tab</i>	Tier 3	
<i>ec-naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	Tier 2	
<i>etodolac (200 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 3	
<i>etodolac (400 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>etodolac er (400 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h, 600 mg tab er 24h)</i>	Tier 3	
FLURBIPROFEN (100 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 2	
<i>ibu (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>ibuprofen (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension)</i>	Tier 2	
<i>ibuprofen (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANALGESICS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>meloxicam (15 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>nabumetone (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>naproxen (250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	Tier 2	
<i>naproxen dr 500 mg tab dr</i>	Tier 2	
<i>naproxen sodium (275 mg tab, 550 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>oxaprozin 600 mg tab</i>	Tier 4	
<i>piroxicam (10 mg cap, 20 mg cap)</i>	Tier 3	
<i>relafen (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)</i>	Tier 2	
OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING		
<i>buprenorphine (10 mcg/hr patch wk, 15 mcg/hr patch wk, 20 mcg/hr patch wk, 5 mcg/hr patch wk, 7.5 mcg/hr patch wk)</i>	Tier 4	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME), NDS
<i>fentanyl (100 mcg/hr patch 72hr, 12 mcg/hr patch 72hr, 25 mcg/hr patch 72hr, 50 mcg/hr patch 72hr, 75 mcg/hr patch 72hr)</i>	Tier 3	PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg/5ml solution</i>	Tier 4	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg/ml solution</i>	Tier 4	PA, NDS
<i>methadone hcl 5 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 5 mg/5ml solution</i>	Tier 4	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er (100 mg tab er, 200 mg tab er, 60 mg tab er)</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 15 mg tab er</i>	Tier 4	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANALGESICS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>morphine sulfate er 30 mg tab er</i>	Tier 4	QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>tramadol hcl er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS), NDS
<b>OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING</b>		
<i>acetaminophen-codeine (120-12 mg/5ml solution, 300-30 mg/12.5ml solution)</i>	Tier 2	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS), NDS
<i>acetaminophen-codeine 300-60 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>butorphanol tartrate 10 mg/ml solution</i>	Tier 3	QL (15 PER 28 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	Tier 4	QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>codeine sulfate 30 mg tab</i>	Tier 4	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 60 MG TAB	Tier 4	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 10-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 7.5-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab)</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml solution, 5-217 mg/10ml solution, 7.5-325 mg/15ml solution)</i>	Tier 4	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	Tier 2	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydromorphone hcl 2 mg tab</i>	Tier 3	QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANALGESICS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>hydromorphone hcl 4 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i>	Tier 3	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	Tier 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (concentrate) (100 mg/5ml solution, 20 mg/ml solution)</i>	Tier 3	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate 10 mg/5ml solution</i>	Tier 3	QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate 20 mg/5ml solution</i>	Tier 3	QL (315 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	Tier 3	QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 10 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 100 mg/5ml conc</i>	Tier 4	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 20 mg tab</i>	Tier 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 5 mg tab</i>	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 5 mg/5ml solution</i>	Tier 3	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	Tier 2	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab</i>	Tier 2	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANESTHETICS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
LOCAL ANESTHETICS		
<i>lidocaine 5 % ointment</i>	Tier 4	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine 5 % patch</i>	Tier 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>lidocaine hcl 4 % solution</i>	Tier 2	
<i>lidocaine viscous hcl 2 % solution</i>	Tier 2	
<i>lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lidocan 5 % patch</i>	Tier 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION	Tier 4	QL (10 PER 30 DAYS)
PREMIUM LIDOCAINE 5 % OINTMENT	Tier 4	QL (50 PER 30 DAYS)

## ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
ALCOHOL DETERRENTS/ANTI-CRAVING		
<i>acamprosate calcium 333 mg tab dr</i>	Tier 4	
<i>disulfiram (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
OPIOID DEPENDENCE		
<i>buprenorphine hcl (2 mg sl tab, 8 mg sl tab)</i>	Tier 2	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (12-3 mg film, 2-0.5 mg film, 2-0.5 mg sl tab, 4-1 mg film, 8-2 mg film, 8-2 mg sl tab)</i>	Tier 2	
OPIOID REVERSAL AGENTS		
KLOXXADO 8 MG/0.1ML LIQUID	Tier 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>naloxone hcl (0.4 mg/ml soln cart, 0.4 mg/ml soln prsy, 0.4 mg/ml solution, 2 mg/2ml soln prsy, 4 mg/10ml solution)</i>	Tier 2	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>	Tier 2	
SMOKING CESSATION AGENTS		
<i>bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
NICOTROL 10 MG INHALER	Tier 4	
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	Tier 4	
<i>varenicline tartrate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 &amp; 1 mg x 42 tab thpk</i>	Tier 4	QL (53 PER 30 OVER TIME)
<i>varenicline tartrate(continue) 1 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)

## ANTIBACTERIALS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
AMINOGLYCOSIDES		
<i>amikacin sulfate 500 mg/2ml solution</i>	Tier 4	
ARIKAYCE 590 MG/8.4ML SUSPENSION	Tier 5	PA, LA, QL (235.2 PER 28 DAYS)
<i>gentamicin sulfate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>gentamicin sulfate 40 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>neomycin sulfate 500 mg tab</i>	Tier 2	
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	Tier 4	
<i>tobramycin sulfate (1.2 gm recon soln, 1.2 gm/30ml solution, 10 mg/ml solution, 2 gm/50ml solution, 80 mg/2ml solution)</i>	Tier 4	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTIBACTERIALS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
ANTIBACTERIALS, OTHER		
<i>aztreonam (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	Tier 4	
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	Tier 5	PA, LA, QL (84 PER 28 DAYS)
<i>clindamycin hcl (150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln</i>	Tier 4	
<i>clindamycin phosphate (300 mg/2ml solution, 600 mg/4ml solution, 9 gm/60ml solution, 900 mg/6ml solution)</i>	Tier 4	
<i>clindamycin phosphate 2 % cream</i>	Tier 2	
<i>clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml solution, 600 mg/50ml solution, 900 mg/50ml solution)</i>	Tier 4	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL (300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	Tier 4	
<i>colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>daptomycin (350 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 5	
<i>fosfomycin tromethamine 3 gm packet</i>	Tier 4	QL (1 PER 30 DAYS)
<i>lincomycin hcl 300 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>linezolid 100 mg/5ml recon susp</i>	Tier 5	PA
<i>linezolid 600 mg tab</i>	Tier 4	PA
<i>linezolid 600 mg/300ml solution</i>	Tier 4	
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION	Tier 5	
<i>methenamine hippurate 1 gm tab</i>	Tier 4	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTIBACTERIALS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>metronidazole (0.75 % gel, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metronidazole (0.75 % lotion, 1 % gel, 500 mg/100ml solution)</i>	Tier 4	
<i>metronidazole 0.75 % cream</i>	Tier 3	
<i>nitrofurantoin macrocrystal (100 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	Tier 2	
<i>rosadan 0.75 % cream</i>	Tier 3	
<i>rosadan 0.75 % gel</i>	Tier 2	
<i>tigecycline 50 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>trimethoprim 100 mg tab</i>	Tier 2	
<i>vancomycin hcl (1 gm recon soln, 1.25 gm recon soln, 1.5 gm recon soln, 1.75 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 125 mg cap, 2 gm recon soln, 250 mg cap, 500 mg recon soln, 750 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>vancomycin hcl 5 gm recon soln</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
XIFAXAN 200 MG TAB	Tier 4	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
XIFAXAN 550 MG TAB	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
BETA-LACTAM, CEPHALOSPORINS		
CEFACLOR (250 MG CAP, 250 MG/5ML RECON SUSP, 500 MG CAP)	Tier 2	
<i>cefadroxil (1 gm tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg/5ml recon susp)</i>	Tier 3	
<i>cefadroxil 500 mg cap</i>	Tier 2	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTIBACTERIALS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bêc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>cefazolin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 2 gm recon soln, 3 gm recon soln, 300 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>cefdinir (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp)</i>	Tier 3	
<i>cefdinir 300 mg cap</i>	Tier 2	
CEFEPIME HCL (1 GM RECON SOLN, 1 GM/50ML SOLUTION, 2 GM RECON SOLN, 2 GM/100ML SOLUTION)	Tier 4	
<i>cefixime (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 400 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>cefoxitin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	Tier 4	
CEFPODOXIME PROXETIL (100 MG TAB, 100 MG/5ML RECON SUSP, 200 MG TAB, 50 MG/5ML RECON SUSP)	Tier 4	
<i>cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ceftaroline fosamil (400 mg recon soln, 600 mg recon soln)</i>	Tier 5	
CEFTAZIDIME (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	Tier 4	
<i>ceftriaxone sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>cefuroxime sodium (1.5 gm recon soln, 750 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>cephalexin (125 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap)</i>	Tier 2	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTIBACTERIALS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
TAZICEF (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	Tier 4	
TEFLARO (400 MG RECON SOLN, 600 MG RECON SOLN)	Tier 5	
BETA-LACTAM, PENICILLINS		
<i>amoxicillin (125 mg chew tab, 125 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg chew tab, 250 mg/5ml recon susp, 400 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate (200-28.5 mg chew tab, 200-28.5 mg/5ml recon susp, 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml recon susp, 400-57 mg/5ml recon susp, 500-125 mg tab, 600-42.9 mg/5ml recon susp, 875-125 mg tab)</i>	Tier 2	
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE 400-57 MG CHEW TAB	Tier 3	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er 1000-62.5 mg tab er 12h</i>	Tier 4	
<i>ampicillin 500 mg cap</i>	Tier 2	
<i>ampicillin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 125 mg recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm recon soln, 15 (10-5) gm recon soln, 3 (2-1) gm recon soln)</i>	Tier 4	
BICILLIN L-A (1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR, 600000 UNIT/ML SUSP PRSYR)	Tier 4	
<i>dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>nafcillin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	Tier 4	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTIBACTERIALS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bê)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>penicillin g potassium (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)</i>	Tier 4	
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	Tier 4	
<i>penicillin v potassium (125 mg/5ml recon soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon soln, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>pfizerpen (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)</i>	Tier 4	
<i>piperacillin sod-tazobactam so (13.5 (12-1.5) gm recon ln, 2.25 (2-0.25) gm recon ln, 3-0.375 gm recon ln, 3.375 (3-0.375) gm recon ln, 4-0.5 gm recon ln, 4.5 (4-0.5) gm recon ln, 40.5 (36-4.5) gm recon ln)</i>	Tier 4	
CARBAPENEMS		
<i>ertapenem sodium 1 gm recon soln</i>	Tier 3	
<i>imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>meropenem (1 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)	Tier 4	
MACROLIDES		
<i>azithromycin (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 500 mg tab, 600 mg tab)</i>	Tier 2	
AZITHROMYCIN 1 GM PACKET	Tier 3	
<i>azithromycin 500 mg recon soln</i>	Tier 4	
CLARITHROMYCIN (125 MG/5ML RECON SUSP, 250 MG/5ML RECON SUSP)	Tier 4	
<i>clarithromycin (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTIBACTERIALS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>clarithromycin er 500 mg tab er 24h</i>	Tier 4	
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	Tier 5	PA, QL (136 PER 10 OVER TIME)
<i>erythrocin lactobionate 500 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>erythromycin base (250 mg cp dr part, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5ml recon susp</i>	Tier 4	
<i>erythromycin lactobionate 500 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>fidaxomicin 200 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (20 PER 10 OVER TIME)
QUINOLONES		
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	Tier 3	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	Tier 4	
<i>ciprofloxacin (250 mg/5ml (5%) recon susp, 500 mg/5ml (10%) recon susp)</i>	Tier 4	
<i>ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution</i>	Tier 4	
<i>levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>levofloxacin 25 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>levofloxacin in d5w (500 mg/100ml solution, 750 mg/150ml solution)</i>	Tier 4	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tab</i>	Tier 3	
MOXIFLOXACIN HCL 400 MG/250ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL 400 MG/250ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

**ANTIBACTERIALS**

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<b>SULFONAMIDES</b>		
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	Tier 3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 400-80 mg tab, 800-160 mg tab, 800-160 mg/20ml suspension)</i>	Tier 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution</i>	Tier 4	
<i>sulfatrim pediatric 200-40 mg/5ml suspension</i>	Tier 2	
<b>TETRACYCLINES</b>		
<i>avidoxy 100 mg tab</i>	Tier 3	
<i>doxy 100 100 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>doxycycline hyclate (100 mg cap, 100 mg tab, 20 mg tab, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>doxycycline hyclate 100 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>doxycycline monohydrate (100 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>doxycycline monohydrate (100 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>minocycline hcl (100 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>mondoxyne nl 100 mg cap</i>	Tier 2	
<i>tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	Tier 4	

**ANTICONVULSANTS**

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<b>ANTICONVULSANTS, OTHER</b>		
<i>brivaracetam (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 5	ST, QL (2 PER 1 DAYS)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTICONVULSANTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>brivaracetam 10 mg/ml solution</i>	Tier 5	ST, QL (20 ML PER 1 DAYS)
BRIVIACT (10 MG TAB, 100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB)	Tier 5	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION	Tier 5	ST, QL (20 PER 1 DAYS)
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET)	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET)	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	Tier 2	
<i>divalproex sodium er (250 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)</i>	Tier 4	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>lamotrigine (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>lamotrigine (25 mg chew tab, 5 mg chew tab)</i>	Tier 2	
<i>levetiracetam (100 mg/ml solution, 1000 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>levetiracetam er 500 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>levetiracetam er 750 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>perampanel (10 mg tab, 12 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>perampanel 0.5 mg/ml suspension</i>	Tier 4	QL (24 ML PER 1 DAYS)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTICONVULSANTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>perampanel 2 mg tab</i>	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>roweepra 500 mg tab</i>	Tier 2	
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 1000 MG TAB	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 750 MG TAB	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>subvenite (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)</i>	Tier 2	
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (50 ML PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>topiramate (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>topiramate (15 mg cap sprink, 25 mg cap sprink, 50 mg cap sprink)</i>	Tier 2	
<i>topiramate 25 mg/ml solution</i>	Tier 4	QL (16 ML PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>valproate sodium (100 mg/ml solution, 500 mg/5ml solution)</i>	Tier 4	
<i>valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)</i>	Tier 2	
XCOPRI (100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALCIUM CHANNEL MODIFYING AGENTS		
<i>ethosuximide (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>methsuximide 300 mg cap</i>	Tier 4	
GAMMA-AMINOBUTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS		
<i>clobazam 10 mg tab</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTICONVULSANTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	Tier 4	QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 20 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>diazepam 10 mg gel</i>	Tier 4	QL (20 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 2.5 mg gel</i>	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 20 mg gel</i>	Tier 4	QL (40 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin (250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution)</i>	Tier 3	QL (72 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 100 mg cap</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 300 mg cap</i>	Tier 2	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 400 mg cap</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>phenobarbital (100 mg tab, 15 mg tab, 16.2 mg tab, 20 mg/5ml elixir, 30 mg tab, 30 mg/7.5ml elixir, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 60 mg/15ml elixir, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>primidone (125 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
SYMPAZAN (10 MG FILM, 20 MG FILM, 5 MG FILM)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tiagabine hcl (12 mg tab, 16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 4	
VALTOCO 10 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQUID	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 15 MG DOSE 2 X 7.5 MG/0.1ML LIQD THPK	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 20 MG DOSE 2 X 10 MG/0.1ML LIQD THPK	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1ML LIQUID	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
<i>vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)</i>	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTICONVULSANTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>vigadrone 500 mg packet</i>	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadrone 500 mg tab</i>	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (750 ML PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigpoder 500 mg packet</i>	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	LA, QL (36 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SODIUM CHANNEL AGENTS		
<i>carbamazepine (100 mg chew tab, 100 mg/5ml suspension, 200 mg chew tab, 200 mg tab, 200 mg/10ml suspension)</i>	Tier 2	
<i>carbamazepine er (100 mg cap er 12h, 100 mg tab er 12h, 200 mg cap er 12h, 200 mg tab er 12h, 300 mg cap er 12h, 400 mg tab er 12h)</i>	Tier 3	
DILANTIN (100 MG CAP, 30 MG CAP)	Tier 4	
<i>epitol 200 mg tab</i>	Tier 2	
<i>eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide (10 mg/ml solution, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)</i>	Tier 4	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide 200 mg/20ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab)</i>	Tier 2	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTICONVULSANTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension</i>	Tier 4	
<i>phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>phenytoin (100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension, 50 mg chew tab)</i>	Tier 2	
<i>phenytoin infatabs 50 mg chew tab</i>	Tier 2	
<i>phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>rufinamide 200 mg tab</i>	Tier 4	ST, QL (16 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i>	Tier 5	ST, QL (80 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide 400 mg tab</i>	Tier 4	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
XCOPRI (14 X 150 MG & 14 X200 MG TAB THPK, 14 X 50 MG & 14 X100 MG TAB THPK)	Tier 5	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 MG TAB THPK	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG TAB THPK	Tier 4	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	
<i>zonisamide (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	

## ANTIDEMENTIA AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
ANTIDEMENTIA AGENTS, OTHER		
ERGOLOID MESYLATES 1 MG TAB	Tier 3	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTIDEMENTIA AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<b>CHOLINESTERASE INHIBITORS</b>		
<i>donepezil hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>donepezil hcl 23 mg tab</i>	Tier 4	ST
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg</i>	Tier 2	
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg</i>	Tier 2	
<i>galantamine hydrobromide (12 mg tab, 4 mg tab, 4 mg/ml solution, 8 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>galantamine hydrobromide er (16 mg cap er 24h, 24 mg cap er 24h, 8 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>rivastigmine (13.3 mg/24hr patch 24hr, 4.6 mg/24hr patch 24hr, 9.5 mg/24hr patch 24hr)</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)</i>	Tier 3	
<b>N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONIST</b>		
<i>memantine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>memantine hcl (10 mg/5ml solution, 2 mg/ml solution)</i>	Tier 3	
<i>memantine hcl er (14 mg cap er 24h, 21 mg cap er 24h, 28 mg cap er 24h, 7 mg cap er 24h)</i>	Tier 4	

## ANTIDEPRESSANTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<b>ANTIDEPRESSANTS, OTHER</b>		
AUVELITY 45-105 MG TAB ER	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bupropion hcl 100 mg tab</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTIDEPRESSANTS

Tên thuốc	Chi phí thuộc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>bupropion hcl 75 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 150 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 200 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 300 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
EXXUA (18.2 MG TAB ER 24H, 36.3 MG TAB ER 24H, 54.5 MG TAB ER 24H, 72.6 MG TAB ER 24H)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EXXUA TITRATION PACK 18.2 MG TAB ER 24H	Tier 5	QL (64 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mirtazapine (15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab, 45 mg tab disp, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>mirtazapine (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	Tier 1	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE (2-10 MG TAB, 2-25 MG TAB, 4-10 MG TAB, 4-25 MG TAB, 4-50 MG TAB)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP)	Tier 5	QL (28 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE 30 MG CAP	Tier 5	QL (14 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS		
EMSAM (12 MG/24HR PATCH 24HR, 6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR)	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
MARPLAN 10 MG TAB	Tier 4	
PHENELZINE SULFATE 15 MG TAB	Tier 2	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTIDEPRESSANTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>tranylcypromine sulfate 10 mg tab</i>	Tier 4	
SSRIS/SNRIS (SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITOR/SEROTONIN AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR)		
<i>citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>citalopram hydrobromide (10 mg/5ml solution, 20 mg/10ml solution)</i>	Tier 3	
<i>desvenlafaxine succinate er (25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>desvenlafaxine succinate er 100 mg tab er 24h</i>	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>escitalopram oxalate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>escitalopram oxalate (10 mg/10ml solution, 5 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
FETZIMA (120 MG CAP ER 24H, 20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H)	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK	Tier 4	QL (28 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>fluoxetine hcl (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 1	
<i>fluoxetine hcl 20 mg/5ml solution</i>	Tier 2	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	Tier 4	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
NEFAZODONE HCL (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 3	
<i>paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
PAROXETINE HCL 10 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	QL (30 PER 1 DAYS)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTIDEPRESSANTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>paroxetine hcl er (12.5 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 37.5 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (40 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sertraline hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>sertraline hcl 20 mg/ml conc</i>	Tier 3	
<i>trazodone hcl (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>trazodone hcl 300 mg tab</i>	Tier 3	
TRINTELLIX (10 MG TAB, 20 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>venlafaxine hcl er (150 mg cap er 24h, 37.5 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap er 24h</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
TRICYCLICS		
<i>amitriptyline hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>amoxapine (100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>desipramine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>doxepin hcl (10 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>doxepin hcl 10 mg/ml conc</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

**ANTIDEPRESSANTS**

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>nortriptyline hcl (10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>nortriptyline hcl 10 mg/5ml solution</i>	Tier 4	
<i>protriptyline hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>trimipramine maleate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY

**ANTIEMETICS**

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
ANTIEMETICS, OTHER		
<i>compro 25 mg suppos</i>	Tier 4	
<i>meclizine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metoclopramide hcl (10 mg tab, 10 mg/10ml solution, 5 mg tab, 5 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>metoclopramide hcl 5 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>perphenazine (16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>prochlorperazine 25 mg suppos</i>	Tier 4	
<i>prochlorperazine maleate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>promethazine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	PA
<i>scopolamine 1 mg/3days patch 72hr</i>	Tier 4	
EMETOGENIC THERAPY ADJUNCTS		
<i>aprepitant (125 mg cap, 80 &amp; 125 mg cap thpk, 80 mg cap)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTIEMETICS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>aprepitant 40 mg cap</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 30 DAYS)
<i>dronabinol (10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 4	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>granisetron hcl 1 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 4 mg tab disp</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 8 mg tab disp</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ONDANSETRON HCL 24 MG TAB	Tier 2	QL (15 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 4 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 4 mg/5ml solution</i>	Tier 4	QL (30 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 8 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

## ANTIFUNGALS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
ANTIFUNGALS		
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>amphotericin b liposome 50 mg recon susp</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)</i>	Tier 2	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTIFUNGALS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
CRESEMBA 186 MG CAP	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
CRESEMBA 74.5 MG CAP	Tier 5	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
<i>econazole nitrate 1 % cream</i>	Tier 4	
<i>fluconazole (10 mg/ml recon susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>fluconazole in sodium chloride (200-0.9 mg/100ml-% solution, 400-0.9 mg/200ml-% solution)</i>	Tier 4	
<i>flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	Tier 5	
<i>griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>itraconazole 100 mg cap</i>	Tier 4	
<i>ketconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>klayesta 100000 unit/gm powder</i>	Tier 4	
<i>micafungin sodium (100 mg recon soln, 50 mg recon soln)</i>	Tier 4	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	Tier 3	
<i>nyamyc 100000 unit/gm powder</i>	Tier 4	
<i>nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)</i>	Tier 2	
<i>nystatin 100000 unit/gm powder</i>	Tier 4	
<i>nystop 100000 unit/gm powder</i>	Tier 4	
<i>posaconazole 100 mg tab dr</i>	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>terconazole (0.4 % cream, 0.8 % cream)</i>	Tier 3	
<i>terconazole 80 mg suppos</i>	Tier 4	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTIFUNGALS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>voriconazole (200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)</i>	Tier 4	PA
<i>voriconazole 200 mg recon soln</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

## ANTIGOUT AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
ANTIGOUT AGENTS		
<i>allopurinol (100 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>colchicine 0.6 mg tab</i>	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab</i>	Tier 2	
<i>febuxostat (40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>probenecid 500 mg tab</i>	Tier 2	

## ANTIMIGRAINE AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE (CGRP) RECEPTOR ANTAGONISTS		
AIMOVIG (140 MG/ML SOLN A-INJ, 70 MG/ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
EMGALITY (120 MG/ML SOLN A-INJ, 120 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 3	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
EMGALITY (300 MG DOSE) 100 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA, QL (3 PER 30 DAYS)
NURTEC 75 MG TAB DISP	Tier 5	PA, QL (16 PER 30 DAYS)
ERGOT ALKALOIDS		
<i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution</i>	Tier 5	PA, QL (8 PER 30 DAYS)
ERGOTAMINE-CAFFEINE 1-100 MG TAB	Tier 3	QL (40 PER 28 DAYS)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTIMIGRAINE AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
SEROTONIN (5-HT) RECEPTOR AGONIST		
<i>naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	Tier 3	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>rizatriptan benzoate (10 mg tab, 10 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)</i>	Tier 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan (20 mg/act solution, 5 mg/act solution)</i>	Tier 4	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution)</i>	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL (4 MG/0.5ML SOLN CART, 6 MG/0.5ML SOLN CART)	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)

## ANTIMYASTHENIC AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
PARASYMPATHOMIMETICS		
<i>pyridostigmine bromide 60 mg tab</i>	Tier 2	
<i>pyridostigmine bromide er 180 mg tab er</i>	Tier 4	

## ANTIMYCOBACTERIALS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
ANTIMYCOBACTERIALS, OTHER		
<i>dapsone (100 mg tab, 25 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>rifabutin 150 mg cap</i>	Tier 4	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTIMYCOBACTERIALS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
ANTITUBERCULARS		
<i>ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>isoniazid (100 mg tab, 300 mg tab, 50 mg/5ml syrup)</i>	Tier 2	
PRIFTIN 150 MG TAB	Tier 4	
<i>pyrazinamide 500 mg tab</i>	Tier 2	
<i>rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>rifampin 600 mg recon soln</i>	Tier 4	
SIRTURO (100 MG TAB, 20 MG TAB)	Tier 5	PA
TRECTOR 250 MG TAB	Tier 4	

## ANTINEOPLASTICS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
ALKYLATING AGENTS		
CYCLOPHOSPHAMIDE (25 MG CAP, 25 MG TAB, 50 MG CAP, 50 MG TAB)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
LEUKERAN 2 MG TAB	Tier 4	
<i>lomustine (10 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>lomustine 100 mg cap</i>	Tier 5	
MATULANE 50 MG CAP	Tier 5	LA
ANTIANDROGENS		
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>abirtega 250 mg tab</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	Tier 2	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTINEOPLASTICS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
ERLEADA 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERLEADA 60 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EULEXIN 125 MG CAP	Tier 3	
FLUTAMIDE 125 MG CAP	Tier 3	
<i>nilutamide 150 mg tab</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
NUBEQA 300 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 345 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 86 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 80 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<b>ANTIANGIOGENIC AGENTS</b>		
<i>lenalidomide (10 mg cap, 15 mg cap, 2.5 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>pomalidomide (1 mg cap, 2 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
POMALYST (1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID (150 MG CAP, 200 MG CAP)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 100 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTINEOPLASTICS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
THALOMID 50 MG CAP	Tier 5	QL (5 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIESTROGENS/MODIFIERS		
<i>fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr</i>	Tier 5	
INLURIYO 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	Tier 4	
ANTIMETABOLITES		
<i>mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension</i>	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	Tier 2	
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	QL (14 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABLOID 40 MG TAB	Tier 3	
ANTINEOPLASTICS, OTHER		
AKEEGA (100-500 MG TAB, 50-500 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 160 MG CAP	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 40 MG CAP	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 1 MG CAP	Tier 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 5 MG CAP	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>hydroxyurea 500 mg cap</i>	Tier 2	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTINEOPLASTICS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
INQOVI 35-100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (5 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IWILFIN 192 MG TAB	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LEDERLE LEUCOVORIN 5 MG TAB	Tier 2	
<i>leucovorin calcium (10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>leucovorin calcium (100 mg recon soln, 350 mg recon soln)</i>	Tier 4	
LONSURF 15-6.14 MG TAB	Tier 5	LA, QL (100 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LONSURF 20-8.19 MG TAB	Tier 5	LA, QL (80 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYSODREN 500 MG TAB	Tier 5	
MODEYSO 125 MG CAP	Tier 5	LA, QL (20 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
QINLOCK 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
WELIREG 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZOLINZA 100 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AROMATASE INHIBITORS, 3RD GENERATION		
<i>anastrozole 1 mg tab</i>	Tier 1	
<i>exemestane 25 mg tab</i>	Tier 4	
<i>letrozole 2.5 mg tab</i>	Tier 2	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTINEOPLASTICS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
ENZYM INHIBITORS		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 0.8 & 200 MG THER PACK	Tier 5	LA, QL (66 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 80 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MOLECULAR TARGET INHIBITORS		
ALECENSA 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG (180 MG TAB, 90 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 30 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AYVAKIT (100 MG TAB, 200 MG TAB, 25 MG TAB, 300 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 3 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 4 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTINEOPLASTICS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
BOSULIF (400 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG CAP	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 50 MG CAP	Tier 5	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRAFTOVI 75 MG CAP	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 160 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 80 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALQUENCE (100 MG CAP, 100 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 300 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 MG KIT	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 MG & 80 MG KIT	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 MG KIT	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (56 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTINEOPLASTICS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
COTELLIC 20 MG TAB	Tier 5	LA, QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (20 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERIVEDGE 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl 25 mg tab</i>	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (10 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2 mg tab sol, 3 mg tab sol, 5 mg tab sol)</i>	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FOTIVDA (0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GAVRETO 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>gefitinib 250 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTINEOPLASTICS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
GOMEKLI 1 MG CAP	Tier 5	LA, QL (126 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 1 MG TAB SOL	Tier 5	LA, QL (168 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 2 MG CAP	Tier 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
HERNEXEOS 60 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
HYRNUO 10 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE (100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB, 75 MG CAP, 75 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBTROZI 200 MG CAP	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IDHIFA (100 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>	Tier 4	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (140 MG CAP, 140 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (280 MG TAB, 420 MG TAB, 560 MG TAB, 70 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTINEOPLASTICS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	LA, QL (216 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 1 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INREBIC 100 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 3 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 9 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (200 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (400 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (42 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (600 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	Tier 5	QL (49 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTINEOPLASTICS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	Tier 5	QL (70 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	Tier 5	QL (91 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 10 MG CAP	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 5 MG CAP SPRINK	Tier 5	QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 7.5 MG CAP SPRINK	Tier 5	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KRAZATI 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i>	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 10 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTINEOPLASTICS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 120 MG TAB	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 240 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 320 MG TAB	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (140 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	Tier 5	LA, QL (40 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 2 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTINEOPLASTICS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
MEKTOVI 15 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NERLYNX 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>nilotinib hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NINLARO (2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	Tier 5	QL (3 PER 21 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ODOMZO 200 MG CAP	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 150 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP	Tier 5	LA, QL (96 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>pazopanib hcl 200 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PAZOPANIB HCL 400 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEMAZYRE (13.5 MG TAB, 4.5 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & 50 MG TAB THPK	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTINEOPLASTICS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 MG TAB THPK	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO (120 MG TAB, 160 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG CAP	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG TAB	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 80 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 110 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 160 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZLIDHIA 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROMVIMZA (14 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 100 MG CAP	Tier 5	QL (5 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 200 MG CAP	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 50 MG PACKET	Tier 5	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RYDAPT 25 MG CAP	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTINEOPLASTICS

Tên thuốc	Chi phí thuộc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
SCEMBLIX 20 MG TAB	Tier 5	QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 40 MG TAB	Tier 5	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
STIVARGA 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>	Tier 5	QL (7 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 25 mg cap</i>	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLN	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	Tier 5	LA, QL (30 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAGRISSE (40 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA 0.25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAZVERIK 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TEPMETKO 225 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTINEOPLASTICS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
TIBSOVO 250 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRUQAP (160 MG TAB, 160 MG TAB THPK, 200 MG TAB, 200 MG TAB THPK)	Tier 5	LA, QL (64 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TUKYSA (150 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TURALIO 125 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 17.7 MG TAB	Tier 5	LA, QL (28 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 26.5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 10 MG TAB	Tier 3	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (84 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTINEOPLASTICS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 10 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI (20 MG CAP SPRINK, 200 MG CAP, 250 MG CAP, 50 MG CAP SPRINK)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XOSPATA 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 10 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (16 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 80 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

**ANTINEOPLASTICS**

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (32 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZEJULA (100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZELBORAF 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYDELIG (100 MG TAB, 150 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYKADIA 150 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<b>RETINOIDS</b>		
<i>bexarotene 1 % gel</i>	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bexarotene 75 mg cap</i>	Tier 5	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PANRETIN 0.1 % GEL	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tretinoin 10 mg cap</i>	Tier 5	
<b>TREATMENT ADJUNCTS</b>		
<i>mesna 400 mg tab</i>	Tier 4	
VONJO 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**ANTIPARASITICS**

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<b>ANTHELMINTHICS</b>		
<i>albendazole 200 mg tab</i>	Tier 4	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu  
và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTIPARASITICS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>ivermectin 3 mg tab</i>	Tier 2	
<i>praziquantel 600 mg tab</i>	Tier 3	
ANTIPROTOZOALS		
<i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i>	Tier 4	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl (250-100 mg tab, 62.5-25 mg tab)</i>	Tier 2	
BENZNIDAZOLE 100 MG TAB	Tier 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB	Tier 4	QL (720 PER 365 OVER TIME)
<i>chloroquine phosphate (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	QL (25 PER 30 DAYS)
COARTEM 20-120 MG TAB	Tier 4	QL (24 PER 2 OVER TIME)
<i>hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
IMPAVIDO 50 MG CAP	Tier 5	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
<i>mefloquine hcl 250 mg tab</i>	Tier 2	
<i>nitazoxanide 500 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (6 PER 3 OVER TIME)
<i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>primaquine phosphate 26.3 (15 base) mg tab</i>	Tier 2	
<i>pyrimethamine 25 mg tab</i>	Tier 5	PA
<i>quinine sulfate 324 mg cap</i>	Tier 3	PA, QL (6 PER 1 DAYS)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTIPARKINSON AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<b>ANTICHOLINERGICS</b>		
<i>benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>benztropine mesylate 1 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>trihexyphenidyl hcl (0.4 mg/ml solution, 2 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<b>ANTIPARKINSON AGENTS, OTHER</b>		
<i>amantadine hcl (100 mg cap, 100 mg tab, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone (12.5-50-200 mg tab, 18.75-75-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>entacapone 200 mg tab</i>	Tier 4	QL (8 PER 1 DAYS)
<b>DOPAMINE AGONISTS</b>		
<i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ropinirole hcl er (2 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h, 6 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ropinirole hcl er 12 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>ropinirole hcl er 8 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<b>DOPAMINE PRECURSORS AND/OR L-AMINO ACID DECARBOXYLASE INHIBITORS</b>		
<i>carbidopa 25 mg tab</i>	Tier 4	
<i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab disp, 25-100 mg tab disp, 25-250 mg tab disp)</i>	Tier 4	
<i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab, 25-100 mg tab, 25-250 mg tab)</i>	Tier 2	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTIPARKINSON AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>carbidopa-levodopa er (25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er)</i>	Tier 2	
MONOAMINE OXIDASE B (MAO-B) INHIBITORS		
<i>rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)</i>	Tier 2	

## ANTIPSYCHOTICS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
1ST GENERATION/TYPICAL		
<i>chlorpromazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 100 mg/ml conc, 200 mg tab, 25 mg tab, 25 mg/ml solution, 30 mg/ml conc, 50 mg tab, 50 mg/2ml solution)</i>	Tier 4	
<i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i>	Tier 4	
FLUPHENAZINE HCL (1 MG TAB, 10 MG TAB, 2.5 MG TAB, 2.5 MG/5ML ELIXIR, 2.5 MG/ML SOLUTION, 5 MG TAB, 5 MG/ML CONC)	Tier 4	
<i>haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>haloperidol decanoate (100 mg/ml solution, 50 mg/ml solution)</i>	Tier 3	
<i>haloperidol lactate 2 mg/ml conc</i>	Tier 3	
<i>haloperidol lactate 5 mg/ml solution</i>	Tier 2	
<i>loxapine succinate (10 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
MOLINDONE HCL 10 MG TAB	Tier 4	QL (8 PER 1 DAYS)
MOLINDONE HCL 25 MG TAB	Tier 4	QL (9 PER 1 DAYS)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTIPSYCHOTICS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
MOLINDONE HCL 5 MG TAB	Tier 4	QL (12 PER 1 DAYS)
PIMOZIDE (1 MG TAB, 2 MG TAB)	Tier 3	
<i>thioridazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>thiothixene (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 3	
<i>trifluoperazine hcl (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
2ND GENERATION/ATYPICAL		
ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>aripiprazole (10 mg tab disp, 15 mg tab disp)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	Tier 4	QL (25 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole 2 mg tab</i>	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole 5 mg tab</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>asenapine maleate (10 mg sl tab, 2.5 mg sl tab, 5 mg sl tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERZOFRI 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 156 MG/ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 351 MG/2.25ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (4.5 ML PER 365 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTIPSYCHOTICS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
ERZOFRI 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB)	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT (10 MG TAB, 12 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK A 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TAB	Tier 4	QL (12 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK C 1 & 2 & 6 MG TAB	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (3.5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.88 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTIPSYCHOTICS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.32 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.75 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (2.63 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lurasidone hcl (120 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lurasidone hcl 80 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>olanzapine (10 mg recon soln, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 20 mg tab disp, 5 mg tab disp)</i>	Tier 4	
<i>olanzapine (10 mg tab, 15 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	
OPIPZA (10 MG FILM, 5 MG FILM)	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OPIPZA 2 MG FILM	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>paliperidone er (1.5 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 9 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>paliperidone er 6 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PERSERIS (120 MG PRSYR, 90 MG PRSYR)	Tier 5	QL (1 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>quetiapine fumarate (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>quetiapine fumarate er (150 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 400 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTIPSYCHOTICS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>risperidone (0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp, 3 mg tab disp, 4 mg tab disp)</i>	Tier 4	
<i>risperidone (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	Tier 3	
<i>risperidone microspheres er (12.5 mg srer, 25 mg srer)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>risperidone microspheres er (37.5 mg srer, 50 mg srer)</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
SECUADO (3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR (0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR 1.5 & 3 MG CAP THPK	Tier 4	QL (7 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i>	Tier 3	
<i>ziprasidone mesylate 20 mg recon soln</i>	Tier 4	
ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ANTIPSYCHOTICS, OTHER		
COBENFY (100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP, 50-20 MG CAP)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COBENFY STARTER PACK 50-20 & 100-20 MG CAP THPK	Tier 5	QL (112 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTIPSYCHOTICS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
TREATMENT-RESISTANT		
<i>clozapine (100 mg tab disp, 12.5 mg tab disp, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp, 25 mg tab disp)</i>	Tier 4	
<i>clozapine (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (18 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

## ANTISPASTICITY AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
ANTISPASTICITY AGENTS		
<i>baclofen (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>baclofen 15 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>baclofen 5 mg tab</i>	Tier 2	QL (16 PER 1 DAYS)
<i>dantrolene sodium (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 2	

## ANTIVIRALS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
ANTI-CYTOMEGALOVIRUS (CMV) AGENTS		
LIVTENCITY 200 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
PREVYMIS (120 MG PACKET, 20 MG PACKET)	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
PREVYMIS (240 MG TAB, 480 MG TAB)	Tier 5	QL (200 PER 365 OVER TIME)
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln</i>	Tier 4	QL (18 PER 1 DAYS)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTIVIRALS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<b>ANTI-HEPATITIS B (HBV) AGENTS</b>		
<i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (21 PER 1 DAYS)
<i>entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
EPIVIR HBV 5 MG/ML SOLUTION	Tier 3	
<i>lamivudine 100 mg tab</i>	Tier 3	
<b>ANTI-HEPATITIS C (HCV) AGENTS</b>		
MAVYRET 100-40 MG TAB	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
MAVYRET 50-20 MG PACKET	Tier 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
RIBAVIRIN (200 MG CAP, 200 MG TAB)	Tier 2	
<i>ribavirin 6 gm recon soln</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<b>ANTI-HIV AGENTS, INTEGRASE INHIBITORS (INSTI)</b>		
BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	Tier 3	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
ISENTRESS HD 600 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
TIVICAY (25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
TIVICAY 10 MG TAB	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTIVIRALS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NNRTI)		
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EDURANT 25 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
EDURANT PED 2.5 MG TAB SOL	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS)
EFAVIRENZ 200 MG CAP	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
EFAVIRENZ 50 MG CAP	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz 600 mg tab</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg tab</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir (400-300-300 mg tab, 600-300-300 mg tab)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitab- rilpivir-tenofov df 200-25-300 mg tab</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>etravirine 100 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>etravirine 200 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	Tier 4	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine 200 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	QL (40 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE ER 100 MG TAB ER 24H	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine er 400 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
PIFELTRO 100 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>rilpivirine hcl 25 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, NUCLEOSIDE AND NUCLEOTIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NRTI)		
<i>abacavir sulfate 20 mg/ml solution</i>	Tier 4	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTIVIRALS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
CIMDUO 300-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitabine 200 mg cap</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine (10 mg/ml solution, 300 mg/30ml solution)</i>	Tier 3	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 150 mg tab</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 300 mg tab</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
STAVUDINE (15 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP, 40 MG CAP)	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
TRIZIVIR 300-150-300 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD (200 MG TAB, 250 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
VIREAD 150 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD 40 MG/GM POWDER	Tier 4	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 100 mg cap</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine 300 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine 50 mg/5ml syrup</i>	Tier 2	QL (60 PER 1 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, OTHER		
CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP	Tier 5	QL (4 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTIVIRALS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	Tier 5	QL (6 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>maraviroc 150 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>maraviroc 300 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (60 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 25 MG TAB	Tier 3	QL (8 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 75 MG TAB	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS)
SUNLENCA 300 MG TAB	Tier 5	LA, QL (24 PER 168 OVER TIME)
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	Tier 5	QL (4 PER 180 OVER TIME)
SUNLENCA 463.5 MG/1.5ML SOLUTION	Tier 5	QL (3 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	Tier 5	QL (5 PER 180 OVER TIME)
TYBOST 150 MG TAB	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, PROTEASE INHIBITORS (PI)		
APTIVUS 250 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate 300 mg cap</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>darunavir 600 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>darunavir 800 mg tab</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>fosamprenavir calcium 700 mg tab</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
KALETRA 400-100 MG/5ML SOLUTION	Tier 4	QL (13 PER 1 DAYS)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	Tier 4	QL (56 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab</i>	Tier 4	QL (10 PER 1 DAYS)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTIVIRALS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5ml solution</i>	Tier 4	QL (13 PER 1 DAYS)
NORVIR 100 MG CAP	Tier 4	
NORVIR 100 MG PACKET	Tier 4	QL (12 PER 1 DAYS)
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (15 PER 1 DAYS)
PREZCOBIX (675-150 MG TAB, 800-150 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (12 PER 1 DAYS)
PREZISTA 150 MG TAB	Tier 3	QL (8 PER 1 DAYS)
PREZISTA 75 MG TAB	Tier 3	QL (10 PER 1 DAYS)
REYATAZ 50 MG PACKET	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>ritonavir 100 mg tab</i>	Tier 3	QL (12 PER 1 DAYS)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TAB	Tier 5	QL (9 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
ANTI-INFLUENZA AGENTS		
<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i>	Tier 3	QL (120 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i>	Tier 3	QL (42 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i>	Tier 3	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>	Tier 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RIMANTADINE HCL 100 MG TAB	Tier 4	
XOFLUZA (40 MG DOSE) 1 X 40 MG TAB THPK	Tier 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
XOFLUZA (80 MG DOSE) 1 X 80 MG TAB THPK	Tier 4	QL (1 PER 30 OVER TIME)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANTIVIRALS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
ANTIHERPETIC AGENTS		
<i>acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>acyclovir (200 mg/5ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i>	Tier 4	
<i>acyclovir sodium 50 mg/ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS		
LAGEVRIO 200 MG CAP	Tier 5	QL (40 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (150/100) 10 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	Tier 2	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100 & 150/100) 6 X 150 MG & 5 X 100MG TAB THPK	Tier 2	QL (11 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100) 20 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	Tier 2	QL (30 PER 30 OVER TIME)

## ANXIOLYTICS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
ANXIOLYTICS, OTHER		
<i>buspirone hcl (10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	
BENZODIAZEPINES		
<i>alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam 2 mg tab</i>	Tier 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp)</i>	Tier 3	QL (40 PER 1 DAYS)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## ANXIOLYTICS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>clonazepam 0.5 mg tab</i>	Tier 2	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 1 mg tab</i>	Tier 2	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 1 mg tab disp</i>	Tier 3	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 2 mg tab</i>	Tier 2	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 2 mg tab disp</i>	Tier 3	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 15 mg tab</i>	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tab</i>	Tier 4	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 7.5 mg tab</i>	Tier 4	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>diazepam (5 mg tab, 5 mg/ml conc)</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 10 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 2 mg tab</i>	Tier 2	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 5 mg/5ml solution</i>	Tier 2	QL (60 PER 1 DAYS)
<i>diazepam intensol 5 mg/ml conc</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 0.5 mg tab</i>	Tier 2	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 1 mg tab</i>	Tier 2	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 2 mg tab</i>	Tier 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 2 mg/ml conc</i>	Tier 3	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam intensol 2 mg/ml conc</i>	Tier 3	QL (5 PER 1 DAYS)

## BIPOLAR AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
MOOD STABILIZERS		
<i>lithium 8 meq/5ml solution</i>	Tier 2	
<i>lithium carbonate (150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>lithium carbonate er (300 mg tab er, 450 mg tab er)</i>	Tier 2	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## BLOOD GLUCOSE REGULATORS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
ANTIDIABETIC AGENTS		
<i>acarbose (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>glipizide (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>glipizide er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
<i>glipizide xl (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
<i>glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)	Tier 1	
<i>glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	Tier 1	
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET (50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUMET XR (100-1000 MG TAB ER 24H, 50-500 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET XR 50-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUVIA (25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUVIA 100 MG TAB	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JENTADUETO (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 2.5-850 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## BLOOD GLUCOSE REGULATORS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB, 40 MG TAB)	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>metformin hcl (1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>metformin hcl er (500 mg tab er 24h, 750 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
MOUNJARO (10 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 12.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 15 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 2.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 7.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>nateglinide (120 mg tab, 60 mg tab)</i>	Tier 1	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 4 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
<i>pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)</i>	Tier 1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl (15-500 mg tab, 15-850 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 1	
RYBELSUS (14 MG TAB, 3 MG TAB, 7 MG TAB)	Tier 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNJARDY (12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB, 5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR (10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## BLOOD GLUCOSE REGULATORS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
TRADJENTA 5 MG TAB	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRULICITY (0.75 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 3 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 4.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
XIGDUO XR (10-1000 MG TAB ER 24H, 10-500 MG TAB ER 24H, 5-500 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
XIGDUO XR (2.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
GLYCEMIC AGENTS		
BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	Tier 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	Tier 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>	Tier 5	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLN	Tier 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
GLUCAGON EMERGENCY (1 MG RECON SOLN, 1 MG/ML RECON SOLN)	Tier 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
INSULINS		
FIASP 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
FIASP FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
FIASP PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	Tier 3	
FIASP PUMPCART 100 UNIT/ML SOLN CART	Tier 3	
HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART	Tier 3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	Tier 3	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## BLOOD GLUCOSE REGULATORS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bêc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN (50-50) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMULIN N 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	
HUMULIN N KWIKPEN 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMULIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 500 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 500 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
INSULIN ASPART FLEXPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN ASPART PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	Tier 3	
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	QL (40 PER 30 DAYS)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## BLOOD GLUCOSE REGULATORS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (45 PER 30 DAYS)
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
NOVOLIN R FLEXPEN RELION 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
NOVOLOG 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
NOVOLOG FLEXPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
NOVOLOG FLEXPEN RELION 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	Tier 3	
NOVOLOG RELION 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (18 PER 28 DAYS)
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (18 PER 28 DAYS)
TRESIBA 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (27 PER 30 DAYS)

## BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
ANTICOAGULANTS		
<i>dabigatran etexilate mesylate (110 mg cap, 150 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (0.15 MG CAP SPRINK, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (1.5 MG PACK) 3 X 0.5 MG TAB SOL	Tier 3	QL (12 PER 1 DAYS)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
ELIQUIS (2 MG PACK) 4 X 0.5 MG TAB SOL	Tier 3	QL (16 PER 1 DAYS)
ELIQUIS 0.5 MG TAB SOL	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	Tier 3	QL (74 PER 180 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsy, 150 mg/ml soln prsy, 300 mg/3ml solution)</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium (120 mg/0.8ml soln prsy, 80 mg/0.8ml soln prsy)</i>	Tier 4	QL (48 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsy</i>	Tier 4	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsy</i>	Tier 4	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsy</i>	Tier 4	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution</i>	Tier 5	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution</i>	Tier 4	QL (15 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution</i>	Tier 5	QL (12 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution</i>	Tier 5	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>heparin sodium (porcine) (1000 unit/ml solution, 10000 unit/ml solution, 20000 unit/ml solution, 5000 unit/ml solution)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>jantoven (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>rivaroxaban 1 mg/ml recon susp</i>	Tier 3	QL (20 ML PER 1 DAYS)
<i>rivaroxaban 2.5 mg tab</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>warfarin sodium (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 1	
XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
XARELTO 1 MG/ML RECON SUSP	Tier 3	QL (20 PER 1 DAYS)
XARELTO 2.5 MG TAB	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	Tier 3	QL (51 PER 180 OVER TIME)
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS, OTHER		
<i>anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)</i>	Tier 3	
ARANESP (ALBUMIN FREE) (10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 100 MCG/ML SOLUTION, 25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, 25 MCG/ML SOLUTION, 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MCG/ML SOLUTION, 60 MCG/ML SOLUTION)	Tier 4	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) (100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 200 MCG/ML SOLUTION, 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR, 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA
<i>eltrombopag olamine (12.5 mg packet, 12.5 mg tab)</i>	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>eltrombopag olamine (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>eltrombopag olamine 25 mg packet</i>	Tier 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>eltrombopag olamine 75 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
FULPHILA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
NIVESTYM (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION)	Tier 5	PA
RETACRIT (10000 UNIT/ML SOLUTION, 2000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION)	Tier 4	PA
UDENYCA (6 MG/0.6ML SOLN A-INJ, 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
HEMOSTASIS AGENTS		
<i>tranexamic acid 650 mg tab</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
PLATELET MODIFYING AGENTS		
<i>aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap er 12h</i>	Tier 4	
<i>cilostazol (100 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>	Tier 1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>dipyridamole (25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>prasugrel hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ticagrelor (60 mg tab, 90 mg tab)</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)

## CARDIOVASCULAR AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS		
<i>clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)</i>	Tier 3	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## CARDIOVASCULAR AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>droxidopa 100 mg cap</i>	Tier 4	PA, QL (18 PER 1 DAYS)
<i>droxidopa 200 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (9 PER 1 DAYS)
<i>droxidopa 300 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (84 PER 90 OVER TIME)
<i>guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
METHYLDOPA (250 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 2	
<i>midodrine hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 3	
ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<i>doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>terazosin hcl (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 1	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>candesartan cilexetil (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>irbesartan (150 mg tab, 300 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>losartan potassium (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>olmesartan medoxomil (20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>valsartan (160 mg tab, 320 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME (ACE) INHIBITORS		
<i>benazepril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>captopril (100 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## CARDIOVASCULAR AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>enalapril maleate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>lisinopril (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>moexipril hcl (15 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 1	
PERINDOPRIL ERBUMINE (2 MG TAB, 4 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 1	
<i>quinapril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>ramipril (1.25 mg cap, 10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 1	
<i>trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 1	
ANTIARRHYTHMICS		
<i>amiodarone hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>amiodarone hcl 200 mg tab</i>	Tier 2	
<i>digitek (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digox (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)</i>	Tier 4	
<i>flecainide acetate (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)</i>	Tier 2	
MULTAQ 400 MG TAB	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pacerone (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>pacerone 200 mg tab</i>	Tier 2	
<i>propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 2	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## CARDIOVASCULAR AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
QUINIDINE SULFATE (200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 2	
<i>sorine (120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>sotalol hcl (120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>sotalol hcl (af) (120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
<b>BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS</b>		
<i>acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>atenolol (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>bisoprolol fumarate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>carvedilol (12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metoprolol succinate er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
<i>metoprolol tartrate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>nebivolol hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>pindolol (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
PROPRANOLOL HCL (20 MG/5ML SOLUTION, 40 MG/5ML SOLUTION)	Tier 3	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## CARDIOVASCULAR AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>propranolol hcl er (120 mg cap er 24h, 160 mg cap er 24h, 60 mg cap er 24h, 80 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>timolol maleate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, DIHYDROPYRIDINES		
<i>amlodipine besylate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>felodipine er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>isradipine (2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 3	
<i>nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>nifedipine er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>nifedipine er osmotic release (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>nimodipine 30 mg cap</i>	Tier 4	
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, NONDIHYDROPYRIDINES		
<i>cartia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>dilt-xr (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl (120 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## CARDIOVASCULAR AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>diltiazem hcl er (120 mg cap er 12h, 120 mg cap er 24h, 120 mg tab er 24h, 180 mg cap er 24h, 180 mg tab er 24h, 240 mg cap er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h, 60 mg cap er 12h, 90 mg cap er 12h)</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl er beads 420 mg cap er 24h</i>	Tier 2	
<i>matzim la (180 mg tab er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>taztia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>tiadylt er (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h, 420 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>verapamil hcl (120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
VERAPAMIL HCL ER (100 MG CAP ER 24H, 200 MG CAP ER 24H, 300 MG CAP ER 24H, 360 MG CAP ER 24H)	Tier 4	
<i>verapamil hcl er (120 mg cap er 24h, 120 mg tab er, 180 mg cap er 24h, 180 mg tab er, 240 mg cap er 24h, 240 mg tab er)</i>	Tier 2	
CARDIOVASCULAR AGENTS, OTHER		
<i>acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab</i>	Tier 2	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## CARDIOVASCULAR AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>amlodipine besy-benazepril hcl (10-20 mg cap, 10-40 mg cap, 2.5-10 mg cap, 5-10 mg cap, 5-20 mg cap, 5-40 mg cap)</i>	Tier 1	
<i>amlodipine besylate-valsartan (10-160 mg tab, 10-320 mg tab, 5-160 mg tab, 5-320 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>amlodipine-atorvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab, 2.5-10 mg tab, 2.5-20 mg tab, 2.5-40 mg tab, 5-10 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 5-80 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>amlodipine-olmesartan (10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>amlodipine-valsartan-hctz (10-160-12.5 mg tab, 10-160-25 mg tab, 10-320-25 mg tab, 5-160-12.5 mg tab, 5-160-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>atenolol-chlorthalidone (100-25 mg tab, 50-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab, 5-6.25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (10-6.25 mg tab, 2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)</i>	Tier 1	
CAPTOPRIL- HYDROCHLOROTHIAZIDE (25-15 MG TAB, 25-25 MG TAB, 50-15 MG TAB, 50-25 MG TAB)	Tier 1	
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	Tier 4	PA, QL (20 PER 1 DAYS)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide (10-25 mg tab, 5-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
ENTRESTO (15-16 MG CAP SPRINK, 6-6 MG CAP SPRINK)	Tier 3	QL (8 PER 1 DAYS)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## CARDIOVASCULAR AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>losartan potassium-hctz (100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide (100-25 mg tab, 100-50 mg tab, 50-25 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metyrosine 250 mg cap</i>	Tier 5	
<i>olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>olmesartan-amlodipine-hctz (20-5-12.5 mg tab, 40-10-12.5 mg tab, 40-10-25 mg tab, 40-5-12.5 mg tab, 40-5-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>pentoxifylline er 400 mg tab er</i>	Tier 2	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>ranolazine er (1000 mg tab er 12h, 500 mg tab er 12h)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>sacubitril-valsartan (24-26 mg tab, 49-51 mg tab, 97-103 mg tab)</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>spironolactone-hctz 25-25 mg tab</i>	Tier 2	
<i>telmisartan-amlodipine (40-10 mg tab, 40-5 mg tab, 80-10 mg tab, 80-5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)</i>	Tier 1	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER (1-240 MG TAB ER, 2-180 MG TAB ER, 2-240 MG TAB ER, 4-240 MG TAB ER)	Tier 1	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## CARDIOVASCULAR AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide (160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab, 80-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
VERQUVO (10 MG TAB, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
DIURETICS, LOOP		
<i>bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>bumetanide 0.25 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>furosemide (10 mg/ml solution, 20 mg tab, 40 mg tab, 8 mg/ml solution, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>furosemide 10 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>toremide (10 mg tab, 100 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
DIURETICS, POTASSIUM-SPARING		
<i>amiloride hcl 5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>epplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>spironolactone (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
DIURETICS, THIAZIDE		
<i>chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>metolazone (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
DYSLIPIDEMICS, FIBRIC ACID DERIVATIVES		
<i>fenofibrate (134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab, 200 mg cap, 48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap)</i>	Tier 2	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## CARDIOVASCULAR AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>fenofibrate micronized (130 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap, 43 mg cap, 67 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>fenofibric acid (135 mg cap dr, 45 mg cap dr)</i>	Tier 3	
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	Tier 2	
DYSLIPIDEMICS, HMG COA REDUCTASE INHIBITORS		
<i>atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 1	
<i>fluvastatin sodium er 80 mg tab er 24h</i>	Tier 2	
<i>lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>rosuvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>simvastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
DYSLIPIDEMICS, OTHER		
<i>cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	Tier 3	
<i>cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	Tier 2	
<i>colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)</i>	Tier 3	
<i>colestipol hcl 1 gm tab</i>	Tier 2	
<i>ezetimibe 10 mg tab</i>	Tier 2	
<i>ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i>	Tier 2	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## CARDIOVASCULAR AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 500 MG TAB	Tier 4	
<i>niacin er (antihyperlipidemic) (1000 mg tab er, 750 mg tab er)</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab er</i>	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACOR 500 MG TAB	Tier 4	
<i>omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	Tier 3	
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	Tier 3	PA
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 3	PA
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)		
DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL (10 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
FARXIGA (10 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL		
<i>hydralazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>minoxidil (10 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	Tier 2	
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS		
<i>isosorbide dinitrate (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>isosorbide mononitrate er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## CARDIOVASCULAR AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24h</i>	Tier 2	
NITRO-BID 2 % OINTMENT	Tier 3	
<i>nitroglycerin (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.3 mg sl tab, 0.4 mg sl tab, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg sl tab, 0.6 mg/hr patch 24hr)</i>	Tier 2	
<i>nitroglycerin 0.4 % ointment</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)

## CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, AMPHETAMINES		
<i>amphetamine-dextroamphet er (10 mg cap er 24h, 15 mg cap er 24h, 20 mg cap er 24h, 25 mg cap er 24h, 30 mg cap er 24h, 5 mg cap er 24h)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine (10 mg tab, 15 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab</i>	Tier 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 15 mg tab</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 20 mg tab</i>	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 30 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, NON-AMPHETAMINES		
<i>atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)</i>	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>atomoxetine hcl (100 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>atomoxetine hcl 40 mg cap</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dexmethylphenidate hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>guanfacine hcl er (1 mg tab er 24h, 2 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab)</i>	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 10 mg chew tab</i>	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 10 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 20 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 5 mg tab</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 10 mg tab er</i>	Tier 3	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 20 mg tab er</i>	Tier 3	QL (3 PER 1 DAYS)
CENTRAL NERVOUS SYSTEM, OTHER		
<i>bac (butalbital-acetamin-caff) 50-325-40 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>riluzole 50 mg tab</i>	Tier 3	
<i>tetrabenazine 12.5 mg tab</i>	Tier 4	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>tetrabenazine 25 mg tab</i>	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
VEOZAH 45 MG TAB	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
FIBROMYALGIA AGENTS		
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAP DR	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP DR	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 40 MG CAP DR	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 60 MG CAP DR	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>duloxetine hcl (20 mg cp dr part, 60 mg cp dr part)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>duloxetine hcl 30 mg cp dr part</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>duloxetine hcl 40 mg cp dr part</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin (100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 3	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	Tier 3	QL (30 PER 1 DAYS)
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS		
BETASERON 0.3 MG KIT	Tier 5	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>dalfampridine er 10 mg tab er 12h</i>	Tier 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate 120 mg cap dr</i>	Tier 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate 240 mg cap dr</i>	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate starter pack 120 &amp; 240 mg cpdr thpk</i>	Tier 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>fingolimod hcl 0.5 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr</i>	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr</i>	Tier 5	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>glatopa 20 mg/ml soln prsyr</i>	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatopa 40 mg/ml soln prsyr</i>	Tier 5	PA, QL (12 PER 28 DAYS)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>teriflunomide (14 mg tab, 7 mg tab)</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

## DENTAL AND ORAL AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
DENTAL AND ORAL AGENTS		
<i>cevimeline hcl 30 mg cap</i>	Tier 4	
<i>chlorhexidine gluconate 0.12 % solution</i>	Tier 2	
<i>kourzeq 0.1 % paste</i>	Tier 3	
<i>oralone 0.1 % paste</i>	Tier 3	
<i>periogard 0.12 % solution</i>	Tier 2	
<i>pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>triamcinolone acetonide 0.1 % paste</i>	Tier 3	

## DERMATOLOGICAL AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
ACNE AND ROSACEA AGENTS		
<i>acutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>amnesteem (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel</i>	Tier 4	
<i>claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox 1.2-5 % gel</i>	Tier 3	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## DERMATOLOGICAL AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>myorisan (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion</i>	Tier 3	
<i>tazarotene (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.1 % cream, 0.1 % gel)</i>	Tier 4	
<i>tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % cream, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.1 % cream)</i>	Tier 4	PA
<i>zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<b>DERMATITIS AND PRURITUS AGENTS</b>		
<i>ala-cort 1 % cream</i>	Tier 2	
<i>alclometasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	Tier 3	
<i>ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)</i>	Tier 2	
<i>betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>betamethasone dipropionate aug (0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	Tier 3	
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % cream</i>	Tier 2	
<i>betamethasone valerate (0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>	Tier 4	
<i>clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % foam, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)</i>	Tier 4	
<i>clobetasol propionate 0.05 % liquid</i>	Tier 4	QL (250 PER 30 DAYS)
<i>clobetasol propionate e 0.05 % cream</i>	Tier 4	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## DERMATOLOGICAL AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>desonide (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	Tier 4	
<i>desoximetasone 0.25 % cream</i>	Tier 4	
EUCRISA 2 % OINTMENT	Tier 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
<i>fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)</i>	Tier 3	
<i>fluocinolone acetonide 0.01 % solution</i>	Tier 4	
<i>fluocinolone acetonide body 0.01 % oil</i>	Tier 4	
<i>fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil</i>	Tier 4	
<i>fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution, 0.1 % cream)</i>	Tier 3	
<i>fluocinonide emulsified base 0.05 % cream</i>	Tier 3	
<i>fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)</i>	Tier 2	
<i>halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	Tier 4	QL (200 PER 28 DAYS)
<i>hydrocortisone (1 % cream, 1 % ointment, 2.5 % cream, 2.5 % lotion, 2.5 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>hydrocortisone (perianal) (1 % cream, 2.5 % cream)</i>	Tier 2	
<i>hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment</i>	Tier 4	
<i>mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution)</i>	Tier 2	
<i>procto-med hc 2.5 % cream</i>	Tier 2	
<i>proctosol hc 2.5 % cream</i>	Tier 2	
<i>proctozone-hc 2.5 % cream</i>	Tier 2	
<i>selenium sulfide 2.5 % lotion</i>	Tier 2	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## DERMATOLOGICAL AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>tacrolimus (0.03 % ointment, 0.1 % ointment)</i>	Tier 4	QL (100 PER 30 DAYS)
<i>triamcinolone acetonide (0.025 % cream, 0.025 % lotion, 0.025 % ointment, 0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment, 0.5 % cream, 0.5 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>triderm 0.5 % cream</i>	Tier 2	
DERMATOLOGICAL AGENTS, OTHER		
<i>alcohol wipes 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>calcipotriene (0.005 % cream, 0.005 % ointment)</i>	Tier 4	
<i>calcipotriene 0.005 % solution</i>	Tier 3	
<i>calcitrene 0.005 % ointment</i>	Tier 3	
<i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream</i>	Tier 2	
<i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion</i>	Tier 4	
<i>cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>fluorouracil (2 % solution, 5 % solution)</i>	Tier 2	
<i>fluorouracil 5 % cream</i>	Tier 3	
<i>imiquimod 5 % cream</i>	Tier 2	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>isopropyl alcohol 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>medpura alcohol pads 70 % misc</i>	Tier 2	
METHOXSALEN RAPID 10 MG CAP	Tier 5	
<i>nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)</i>	Tier 4	
OTEZLA (20 MG TAB, 30 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
OTEZLA XR 75 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>podofilox 0.5 % solution</i>	Tier 2	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## DERMATOLOGICAL AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>qc alcohol 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	Tier 2	
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>silver sulfadiazine 1 % cream</i>	Tier 2	
<i>ssd 1 % cream</i>	Tier 2	
TOLAK 4 % CREAM	Tier 3	
VALCHLOR 0.016 % GEL	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEDICULICIDES/SCABICIDES		
<i>malathion 0.5 % lotion</i>	Tier 4	
<i>permethrin 5 % cream</i>	Tier 2	
TOPICAL ANTI-INFECTIVES		
<i>acyclovir 5 % ointment</i>	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ciclodan 8 % solution</i>	Tier 2	
<i>ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo)</i>	Tier 4	
<i>ciclopirox 8 % solution</i>	Tier 2	
<i>ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)</i>	Tier 2	
<i>clindamycin phos (once-daily) 1 % gel</i>	Tier 2	
<i>clindamycin phos (twice-daily) 1 % gel</i>	Tier 2	
<i>clindamycin phosphate (1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab)</i>	Tier 2	
ERY 2 % PAD	Tier 3	
<i>erythromycin 2 % gel</i>	Tier 4	
<i>erythromycin 2 % solution</i>	Tier 2	
<i>mupirocin 2 % ointment</i>	Tier 2	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

**ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS**

Tên thuốc	Chi phí thuộc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<b>ELECTROLYTE/MINERAL REPLACEMENT</b>		
<i>dextrose 10 % solution</i>	Tier 4	
<i>dextrose 5 % solution</i>	Tier 3	
<i>dextrose in lactated ringers 5 % solution</i>	Tier 4	
DEXTROSE-NAACL 5-0.9 % SOLUTION	Tier 3	
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE (10-0.2 % SOLUTION, 10-0.45 % SOLUTION, 2.5-0.45 % SOLUTION, 5-0.2 % SOLUTION, 5-0.225 % SOLUTION, 5-0.3 % SOLUTION, 5-0.33 % SOLUTION)	Tier 4	
<i>dextrose-sodium chloride (5-0.45 % solution, 5-0.9 % solution)</i>	Tier 3	
<i>kcl in dextrose-nacl (20-5-0.2 meq/l-%-% solution, 20-5-0.225 meq/l-%-% solution, 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, 40-5-0.9 meq/l-%-% solution)</i>	Tier 4	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	Tier 4	
<i>klor-con 10 10 meq tab er</i>	Tier 2	
KLOR-CON 8 MEQ TAB ER	Tier 2	
<i>klor-con m10 10 meq tab er</i>	Tier 2	
<i>klor-con m15 15 meq tab er</i>	Tier 2	
<i>klor-con m20 20 meq tab er</i>	Tier 2	
<i>lactated ringers solution</i>	Tier 4	
<i>magnesium sulfate 50 % solution</i>	Tier 4	
<i>nafrinse 2.2 (1 f) mg chew tab</i>	Tier 2	
PNV 27-CA/FE/FA 60-1 MG TAB	Tier 3	
<i>potassium chloride (10 % solution, 10 meq/100ml solution, 2 meq/ml solution, 20 meq/100ml solution, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/15ml (20%) solution)</i>	Tier 4	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

**ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS**

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>potassium chloride crys er (10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er)</i>	Tier 2	
<i>potassium chloride er (10 meq cap er, 10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er, 8 meq cap er, 8 meq tab er)</i>	Tier 2	
<i>potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution</i>	Tier 4	
<i>potassium chloride in nacl (20-0.9 meq/l-% solution, 40-0.9 meq/l-% solution)</i>	Tier 4	
<i>potassium citrate er (10 meq (1080 mg) tab er, 15 meq (1620 mg) tab er, 5 meq (540 mg) tab er)</i>	Tier 3	
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 20 MEQ/L SOLUTION	Tier 4	
PREMASOL 10 % SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>prenatal vitamins</i>	Tier 3	
<i>ringers solution</i>	Tier 4	
<i>sodium chloride (0.45 % solution, 0.9 % solution, 2.5 meq/ml solution, 3 % solution, 5 % solution)</i>	Tier 4	
<i>sodium chloride (pf) 0.9 % solution</i>	Tier 4	
<i>sodium fluoride (0.55 (0.25 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg/ml solution, 2.2 (1 f) mg chew tab)</i>	Tier 2	
TPN ELECTROLYTES CONC	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<b>ELECTROLYTE/MINERAL/METAL MODIFIERS</b>		
<i>deferasirox (250 mg tab sol, 500 mg tab sol)</i>	Tier 5	
<i>deferasirox 125 mg tab sol</i>	Tier 3	
<i>tolvaptan (15 mg tab thpk, 30 &amp; 15 mg tab thpk, 45 &amp; 15 mg tab thpk, 60 &amp; 30 mg tab thpk, 90 &amp; 30 mg tab thpk)</i>	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

**ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS**

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>trientine hcl 250 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
TRIENTINE HCL 500 MG CAP	Tier 5	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
PHOSPHATE BINDERS		
<i>calcium acetate (phos binder) 667 mg cap</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sevelamer carbonate 800 mg tab</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
POTASSIUM BINDERS		
<i>kionex 15 gm/60ml suspension</i>	Tier 2	
LOKELMA (10 GM PACKET, 5 GM PACKET)	Tier 3	
<i>sodium polystyrene sulfonate (15 gm/60ml suspension, powder)</i>	Tier 2	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (15 GM/60ML SUSPENSION, 30 GM/120ML SUSPENSION)	Tier 2	

**GASTROINTESTINAL AGENTS**

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
ANTI-CONSTIPATION AGENTS		
<i>constulose 10 gm/15ml solution</i>	Tier 2	
<i>enulose 10 gm/15ml solution</i>	Tier 2	
<i>gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln</i>	Tier 2	
<i>generlac 10 gm/15ml solution</i>	Tier 2	
<i>lactulose (10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution)</i>	Tier 2	
<i>lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution</i>	Tier 2	
LINZESS (145 MCG CAP, 290 MCG CAP, 72 MCG CAP)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lubiprostone (24 mcg cap, 8 mcg cap)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## GASTROINTESTINAL AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
MOVANTI <sup>K</sup> (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution</i>	Tier 3	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln</i>	Tier 2	
ANTI-DIARRHEAL AGENTS		
<i>alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	PA
<i>diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab</i>	Tier 2	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG/5ML LIQUID	Tier 4	
<i>loperamide hcl 2 mg cap</i>	Tier 2	
XERMELO 250 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ANTISPASMODICS, GASTROINTESTINAL		
<i>dicyclomine hcl (10 mg cap, 20 mg tab)</i>	Tier 2	PA
<i>dicyclomine hcl 10 mg/5ml solution</i>	Tier 4	PA
<i>glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>methscopolamine bromide (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	
GASTROINTESTINAL AGENTS, OTHER		
<i>cromolyn sodium 100 mg/5ml conc</i>	Tier 4	
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	Tier 2	
<i>gavilyte-g 236 gm recon soln</i>	Tier 2	
OMNITROPE 10 MG/1.5ML SOLN CART	Tier 5	PA
<i>peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln</i>	Tier 2	
<i>ursodiol (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 3	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## GASTROINTESTINAL AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>ursodiol 300 mg cap</i>	Tier 4	
HISTAMINE2 (H2) RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>famotidine (20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
NIZATIDINE (150 MG CAP, 300 MG CAP)	Tier 2	
PROTECTANTS		
<i>misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)</i>	Tier 2	
<i>sucralfate 1 gm tab</i>	Tier 2	
PROTON PUMP INHIBITORS		
<i>esomeprazole magnesium 20 mg cap dr</i>	Tier 4	
<i>esomeprazole magnesium 40 mg cap dr</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lansoprazole 15 mg cap dr</i>	Tier 2	
<i>lansoprazole 30 mg cap dr</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>omeprazole 10 mg cap dr</i>	Tier 2	
<i>omeprazole 20 mg cap dr</i>	Tier 1	
<i>omeprazole 40 mg cap dr</i>	Tier 1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pantoprazole sodium 20 mg tab dr</i>	Tier 1	
<i>pantoprazole sodium 40 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>pantoprazole sodium 40 mg tab dr</i>	Tier 1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>rabeprazole sodium 20 mg tab dr</i>	Tier 3	

## GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT		
ALDURAZYME 2.9 MG/5ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

**GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT**

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
ARALAST NP (1000 MG RECON SOLN, 500 MG RECON SOLN)	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>betaine powder</i>	Tier 5	
<i>carglumic acid 200 mg tab sol</i>	Tier 5	PA, LA
CREON (12000-38000 UNIT CP DR PART, 24000-76000 UNIT CP DR PART, 3000-9500 UNIT CP DR PART, 36000-114000 UNIT CP DR PART, 6000-19000 UNIT CP DR PART)	Tier 3	
DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP)	Tier 3	
ELAPRASE 6 MG/3ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>l-glutamine 5 gm packet</i>	Tier 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>levocarnitine 330 mg tab</i>	Tier 2	
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>nitisinone (10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 5	PA
REVCOVI 2.4 MG/1.5ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA
<i>sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)</i>	Tier 5	PA
<i>sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)</i>	Tier 5	PA
ZENPEP (10000-32000 UNIT CP DR PART, 15000-47000 UNIT CP DR PART, 20000-63000 UNIT CP DR PART, 25000-79000 UNIT CP DR PART, 3000-10000 UNIT CP DR PART, 40000-126000 UNIT CP DR PART, 5000-24000 UNIT CP DR PART, 60000-189600 UNIT CP DR PART)	Tier 3	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## GENITOURINARY AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
ANTISPASMODICS, URINARY		
GEMTESA 75 MG TAB	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)	Tier 3	
MYRBETRIQ 8 MG/ML SRER	Tier 3	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>oxybutynin chloride 5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>oxybutynin chloride er (10 mg tab er 24h, 15 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>solifenacin succinate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 4	ST
<i>tolterodine tartrate er (2 mg cap er 24h, 4 mg cap er 24h)</i>	Tier 4	ST
<i>tropium chloride 20 mg tab</i>	Tier 2	
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS		
<i>alfuzosin hcl er 10 mg tab er 24h</i>	Tier 2	
<i>dutasteride 0.5 mg cap</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>finasteride 5 mg tab</i>	Tier 1	
<i>silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil 2.5 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil 5 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>	Tier 1	
GENITOURINARY AGENTS, OTHER		
<i>bethanechol chloride (10 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>penicillamine 250 mg tab</i>	Tier 5	PA

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

**HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)**

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)		
CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	Tier 4	
<i>decadron (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>dexamethasone (0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml elixir, 0.5 mg/5ml solution, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i>	Tier 2	
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 4 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	
<i>dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 4 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	Tier 2	
<i>methylprednisolone (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>methylprednisolone acetate (40 mg/ml suspension, 80 mg/ml suspension)</i>	Tier 4	
<i>methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>prednisolone 15 mg/5ml solution</i>	Tier 2	
<i>prednisolone sodium phosphate (15 mg/5ml solution, 25 mg/5ml solution, 5 mg/5ml solution, 6.7 (5 base) mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>prednisone (1 mg tab, 10 mg (21) tab thpk, 10 mg (48) tab thpk, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg (21) tab thpk, 5 mg (48) tab thpk, 5 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
PREDNISONE 5 MG/5ML SOLUTION	Tier 3	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

**HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)**

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	Tier 4	

**HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)**

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<b>HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)</b>		
<i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution</i>	Tier 4	
<i>desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>desmopressin acetate 4 mcg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>desmopressin acetate spray 0.01 % solution</i>	Tier 4	
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA
OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN)	Tier 5	PA

**HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)**

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<b>ANDROGENS</b>		
<i>danazol (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>depo-testosterone (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)</i>	Tier 3	
<i>testosterone (1.62 % gel, 20.25 mg/act (1.62%) gel, 40.5 mg/2.5gm (1.62%) gel)</i>	Tier 4	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>testosterone (12.5 mg/act (1%) gel, 25 mg/2.5gm (1%) gel, 50 mg/5gm (1%) gel)</i>	Tier 3	PA, QL (300 PER 30 DAYS)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

**HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)**

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel</i>	Tier 4	PA, QL (37.5 PER 30 DAYS)
<i>testosterone cypionate (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)</i>	Tier 3	
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)
<b>ESTROGENS</b>		
<i>afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>altavera 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>amethia 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
ARANELLE 0.5/1/0.5-35 MG-MCG TAB	Tier 3	
<i>ashlyna 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>aubra 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aviane 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>ayuna 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>balziva 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

**HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)**

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>briellyn 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>camrese 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>camrese lo 0.1-0.02 &amp; 0.01 mg tab</i>	Tier 3	
<i>caziant 0.1/0.125/0.15 -0.025 mg tab</i>	Tier 3	
<i>chateal 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>cryselle 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>cyclafem 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>cyclafem 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>cyred 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>daysee 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>delyla 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>dotti (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>elinest 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 3	
<i>emoquette 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 3	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

**HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)**

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quý vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>enpresse-28 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>enskyce 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>estradiol (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>estradiol (0.025 mg/24hr patch wk, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch wk)</i>	Tier 3	QL (8 PER 28 DAYS)
<i>estradiol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>estradiol 0.01 % cream</i>	Tier 2	
<i>estradiol 10 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>estradiol valerate (10 mg/ml oil, 20 mg/ml oil, 40 mg/ml oil)</i>	Tier 4	
ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)	Tier 3	QL (1 PER 84 OVER TIME)
<i>estrogens conjugated (0.3 mg tab, 0.45 mg tab, 0.625 mg tab, 0.9 mg tab, 1.25 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 mg-mcg tab, 1-50 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 3	
<i>falmina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>feirza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>femynor 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>fyavolv (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)</i>	Tier 4	
<i>hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

**HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)**

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 3	
<i>iclevia 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>introvale 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>isibloom 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>jaimiess 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>jasmiel 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>jinteli 1-5 mg-mcg tab</i>	Tier 4	
<i>jolessa 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>joyeaux 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	Tier 3	
<i>juleber 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>junel 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>kalliga 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larissia 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lessina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>levonest 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	Tier 3	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

**HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)**

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day (0.1-0.02 &amp; 0.01 mg tab, 0.15-0.03 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>levonorgest-eth estradiol-iron 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	Tier 3	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad (0.1-20 mg-mcg tab, 0.15-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lillow 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lo-zumandimine 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lojaimiess 0.1-0.02 &amp; 0.01 mg tab</i>	Tier 3	
<i>loryna 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>luizza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>luizza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>luteru 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lyllana (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>marlissa 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)	Tier 4	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

**HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)**

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quý vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>mili 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>minzoya 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	Tier 3	
<i>mono-lynyah 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nikki 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	Tier 3	
<i>norethin ace-eth estrad-fe (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>norethin-eth estradiol-fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	Tier 3	
<i>norethindrone acet-ethinyl est (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)</i>	Tier 4	
<i>norgestim-eth estrad triphasic 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

**HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)**

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nymyo 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>ocella 3-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>orsythia 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>philith 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>pimtrea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>pirmella 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>pirmella 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>portia-28 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	Tier 3	
<i>previfem 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>setlakin 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>simpesse 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>sronyx 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>syeda 3-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-lynyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

**HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)**

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-previfem 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>turqoz 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>valtya 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>valtya 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	Tier 3	
<i>vestura 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>vienva 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>vylibra 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>wera 0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	Tier 3	
<i>xelria fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	Tier 3	
<i>xulane 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	Tier 3	
<i>yuvaferm 10 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>zafemy 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	Tier 3	
<i>zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

**HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)**

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>zovia 1/35e (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>zumandimine 3-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
PROGESTINS		
<i>camila 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>deblitane 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	Tier 3	
<i>emzahh 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>errin 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>gallifrey 5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>heather 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>incassia 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>jencycla 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD	Tier 3	
<i>lyleq 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>lyza 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>medroxyprogesterone acetate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsy, 150 mg/ml suspension)</i>	Tier 3	
<i>megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>meleya 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	Tier 3	
<i>nora-be 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>norethindrone 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>norethindrone acetate 5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>norlyda 0.35 mg tab</i>	Tier 3	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

**HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)**

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>norlyroc 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>orquidea 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>sharobel 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>tulana 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODIFYING AGENTS		
OSPHENA 60 MG TAB	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>raloxifene hcl 60 mg tab</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)

**HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)**

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
<i>euthyrox (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 1	
<i>levo-t (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>levothyroxine sodium (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 1	
<i>levoxyl (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>liothyronine sodium (25 mcg tab, 5 mcg tab, 50 mcg tab)</i>	Tier 2	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

**HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)**

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
REZDIFFRA (100 MG TAB, 60 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNTHROID (100 MCG TAB, 112 MCG TAB, 125 MCG TAB, 137 MCG TAB, 150 MCG TAB, 175 MCG TAB, 200 MCG TAB, 25 MCG TAB, 300 MCG TAB, 50 MCG TAB, 75 MCG TAB, 88 MCG TAB)	Tier 3	
<i>unithroid (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 3	

**HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)**

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<b>HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)</b>		
<i>cabergoline 0.5 mg tab</i>	Tier 3	
<i>leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit</i>	Tier 4	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) (3.75 MG KIT, 7.5 MG KIT)	Tier 5	
LUPRON DEPOT (3-MONTH) (11.25 MG KIT, 22.5 MG KIT)	Tier 5	
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	Tier 5	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	Tier 5	
<i>mifepristone 300 mg tab</i>	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>octreotide acetate (100 mcg/ml soln prsy, 100 mcg/ml solution, 1000 mcg/ml solution, 200 mcg/ml solution, 50 mcg/ml soln prsy, 50 mcg/ml solution, 500 mcg/ml solution)</i>	Tier 4	PA
OCTREOTIDE ACETATE 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

**HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)**

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
ORGOVYX 120 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SIGNIFOR (0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
SOMAVERT (10 MG RECON SOLN, 15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN, 25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN)	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	Tier 5	

**HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)**

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
ANTITHYROID AGENTS		
<i>methimazole (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>propylthiouracil 50 mg tab</i>	Tier 2	

**IMMUNOLOGICAL AGENTS**

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
ANGIOEDEMA AGENTS		
HAEGARDA (2000 UNIT RECON SOLN, 3000 UNIT RECON SOLN)	Tier 5	PA, LA
<i>icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsyr</i>	Tier 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
<i>sajazir 30 mg/3ml soln prsyr</i>	Tier 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
IMMUNOGLOBULINS		
GAMUNEX-C (1 GM/10ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	Tier 5	PA

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## IMMUNOLOGICAL AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
HIZENTRA (1 GM/5ML SOLN PRSYR, 1 GM/5ML SOLUTION, 10 GM/50ML SOLN PRSYR, 10 GM/50ML SOLUTION, 2 GM/10ML SOLN PRSYR, 2 GM/10ML SOLUTION, 4 GM/20ML SOLN PRSYR, 4 GM/20ML SOLUTION)	Tier 5	PA, LA
IMMUNOLOGICAL AGENTS, OTHER		
ARCALYST 220 MG RECON SOLN	Tier 5	PA, LA
AURANOFIN 3 MG CAP	Tier 3	
BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 28 DAYS)
COSENTYX (150 MG/ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA
COSENTYX (300 MG DOSE) 150 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA
COSENTYX UNOREADY 300 MG/2ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA
DUPIXENT (100 MG/0.67ML SOLN PRSYR, 200 MG/1.14ML SOLN A-INJ, 200 MG/1.14ML SOLN PRSYR, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
OTEZLA (10 & 20 & 30 MG TAB THPK, 4 X 10 & 51 X20 MG TAB THPK)	Tier 5	PA, QL (55 PER 28 OVER TIME)
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK 10&20&30&(ER)75 MG TAB THPK	Tier 5	PA, QL (41 PER 28 DAYS)
RIDAURA 3 MG CAP	Tier 3	
RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
RINVOQ 45 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA, QL (168 PER 365 OVER TIME)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## IMMUNOLOGICAL AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (12 ML PER 1 DAYS)
SKYRIZI (150 MG DOSE) 75 MG/0.83ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 150 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 180 MG/1.2ML SOLN CART	Tier 5	PA, QL (1.2 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 360 MG/2.4ML SOLN CART	Tier 5	PA, QL (2.4 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 600 MG/10ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (30 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
STELARA 45 MG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
TYENNE (162 MG/0.9ML SOLN A-INJ, 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, QL (3.6 PER 28 DAYS)
USTEKINUMAB 45 MG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
USTEKINUMAB-AEKN 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
USTEKINUMAB-AEKN 90 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (1 ML PER 28 DAYS)
XELJANZ (10 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (10 PER 1 DAYS)
XELJANZ XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H)	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
XOLAIR (150 MG/ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
XOLAIR (150 MG/ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (8 PER 28 DAYS)
YESINTEK (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION)	Tier 4	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## IMMUNOLOGICAL AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
YESINTEK 130 MG/26ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (104 ML PER 365 OVER TIME)
YESINTEK 90 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (1 ML PER 28 DAYS)
IMMUNOSTIMULANTS		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	LA, QL (2 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (4 PER 30 DAYS)
IMMUNOSUPPRESSANTS		
<i>azathioprine 50 mg tab</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg/ml solution)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine modified (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
ENBREL (25 MG RECON SOLN, 50 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (4.08 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
ENBREL MINI 50 MG/ML SOLN CART	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENVARUSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## IMMUNOLOGICAL AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>everolimus 0.25 mg tab</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>gengraf (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
HADLIMA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.4ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
<i>leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
METHOTREXATE SODIUM (250 MG/10ML SOLUTION, 50 MG/2ML SOLUTION)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium (pf) (1 gm/40ml solution, 1000 mg/40ml solution, 250 mg/10ml solution)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium 2.5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>mycophenolate mofetil (200 mg/ml recon susp, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil (250 mg cap, 500 mg tab)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil hcl 500 mg recon soln</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## IMMUNOLOGICAL AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
SIMLANDI (1 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 PEN) 80 MG/0.8ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 SYRINGE) 80 MG/0.8ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) 20 MG/0.2ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) 40 MG/0.4ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
<i>sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
VACCINES		
ABRYSVO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN	Tier 3	VAC
ACTHIB RECON SOLN	Tier 3	
ADACEL (5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	Tier 3	VAC
AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN	Tier 3	VAC
BEXSERO SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
BOOSTRIX (5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	Tier 3	VAC
DAPTACEL 23-15-5 SUSPENSION	Tier 3	
DENGVAXIA RECON SUSP	Tier 4	
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT 25-5 LFU/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## IMMUNOLOGICAL AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuộc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
ENGERIX-B (10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSPENSION)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
GARDASIL 9 (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 3	VAC
HAVRIX (720 EL U/0.5ML SUSP PRSYR, 720 EL U/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	
HAVRIX 1440 EL U/ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	Tier 3	
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
INFANRIX 25-58-10 SUSPENSION	Tier 3	
IPOL SUSPENSION	Tier 3	VAC
IXIARO SUSPENSION	Tier 4	VAC
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
KINRIX 0.5 ML SUSP PRSYR	Tier 3	
M-M-R II RECON SOLN	Tier 3	VAC
MENACTRA SOLUTION	Tier 3	VAC
MENQUADFI (0.5 ML SOLUTION, SOLUTION)	Tier 3	VAC
MENVEO (RECON SOLN, SOLUTION)	Tier 3	VAC
MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
PEDIARIX SUSP PRSYR	Tier 3	
PEDVAX HIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	
PENMENVY RECON SUSP	Tier 3	
PENTACEL RECON SUSP	Tier 3	
PRIORIX RECON SUSP	Tier 3	VAC

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## IMMUNOLOGICAL AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
PROQUAD RECON SUSP	Tier 3	
QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 3	
RABAVERT RECON SUSP	Tier 3	VAC
RECOMBIVAX HB (10 MCG/ML SUSP PRSYR, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION, 5 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 5 MCG/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
ROTARIX (RECON SUSP, SUSPENSION)	Tier 3	
ROTATEQ SOLUTION	Tier 3	
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	QL (2 PER 365 OVER TIME), VAC
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	QL (1 ML PER 365 DAYS), VAC
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
TENIVAC 5-2 LF/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
TICOVAC 1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 3	
TICOVAC 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
TRUMENBA SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION)	Tier 4	VAC
VAQTA (25 UNIT/0.5ML SUSP PRSYR, 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	
VAQTA (50 UNIT/ML SUSP PRSYR, 50 UNIT/ML SUSPENSION)	Tier 3	VAC
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	VAC

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## IMMUNOLOGICAL AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
VAXCHORA RECON SUSP	Tier 4	VAC
VIMKUNYA 40 MCG/0.8ML SUSP PRSYR	Tier 4	
VIVOTIF CAP DR	Tier 4	
YF-VAX RECON SUSP	Tier 4	VAC

## INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
AMINOSALICYLATES		
<i>balsalazide disodium 750 mg cap</i>	Tier 3	
<i>mesalamine (1000 mg suppos, 4 gm enema)</i>	Tier 4	
<i>mesalamine 1.2 gm tab dr</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>mesalamine er 0.375 gm cap er 24h</i>	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)</i>	Tier 2	
GLUCOCORTICOIDS		
<i>budesonide 3 mg cp dr part</i>	Tier 4	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>budesonide er 9 mg tab er 24h</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
CORTIFOAM 10 % FOAM	Tier 4	
<i>hydrocortisone (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>hydrocortisone 100 mg/60ml enema</i>	Tier 3	

## METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
<i>alendronate sodium (10 mg tab, 35 mg tab, 70 mg tab)</i>	Tier 1	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
ALENDRONATE SODIUM 5 MG TAB	Tier 2	
<i>alendronate sodium 70 mg/75ml solution</i>	Tier 4	
<i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i>	Tier 2	QL (3.7 PER 30 DAYS)
<i>calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)</i>	Tier 2	
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>doxercalciferol 4 mcg/2ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	Tier 1	
<i>ibandronate sodium 3 mg/3ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
JUBBONTI 60 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA
<i>paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 2 mcg/ml solution, 4 mcg cap, 5 mcg/ml solution)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>risedronate sodium (150 mg tab, 35 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen</i>	Tier 5	PA
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	Tier 5	PA, QL (1.56 PER 28 DAYS)
WYOST 120 MG/1.7ML SOLUTION	Tier 5	QL (1.7 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>zoledronic acid (4 mg/100ml solution, 4 mg/5ml conc, 5 mg/100ml solution)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuộc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
ALCOHOL 70% PADS	Tier 2	
ALCOHOL PREP PAD	Tier 2	
ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
ALCOHOL SWABS 70 % PAD	Tier 2	
ALCOHOL SWABSTICK PAD	Tier 2	
AQ INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
AQINJECT PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
ARGYLE STERILE WATER SOLUTION	Tier 2	
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC	Tier 3	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30G X 5 MM MISC	Tier 3	
AUM ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE (31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	Tier 3	
AUM PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC)	Tier 3	
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC	Tier 3	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuộc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC	Tier 3	
BIOGUARD GAUZE SPONGES 2"X2" PAD	Tier 2	
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	Tier 2	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (27G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC)	Tier 3	
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (30G X 8 MM MISC, 31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	Tier 3	
CVS ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE 2"X2" PAD	Tier 2	
DROPLET INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 0.3 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.3 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM MISC	Tier 3	
DROPLET PEN NEEDLES (29G X 10MM MISC, 29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC)	Tier 3	
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO (X 4 MM MISC, X 5 MM MISC, X 8 MM MISC)	Tier 3	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

**MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS**

Tên thuốc	Chi phí thuộc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (29G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE (29G X 5/16" 0.5 ML MISC, 29G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 1/2" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 32G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
EASY COMFORT PEN NEEDLES (29G X 4MM MISC, 29G X 5MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
EASY TOUCH INSULIN BARRELS U-100 1 ML MISC	Tier 3	
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM MISC	Tier 3	
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT (31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.5 ML MISC, X 1/2" 1 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 27G X 5/8" 1 ML MISC	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML MISC	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F (30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 32G X 4 MM MISC	Tier 3	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuộc tình cho quý vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
EMBECTA PEN NEEDLE U/F 29G X 12.7MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE (29G X 12.7MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
EMBRACE PEN NEEDLES (29G X 12MM MISC, 30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
<i>gauze pads 2</i>	Tier 2	
GNP PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
GOODSENSE ALCOHOL SWABS 70 % PAD	Tier 2	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 1 ML	Tier 3	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (27G X 1/2" 0.5 ML MISC, 27G X 1/2" 1 ML MISC, 28G X 1/2" 0.5 ML MISC, 28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
INSUPEN PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
INSUPEN32G EXTR3ME 32G X 6 MM MISC	Tier 3	
INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

**MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS**

Tên thuốc	Chi phí thuộc tình cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>lactated ringers solution</i>	Tier 2	
<i>methergine 0.2 mg tab</i>	Tier 4	
<i>methylergonovine maleate 0.2 mg tab</i>	Tier 4	
<i>novofine 32g x 6 mm misc</i>	Tier 3	
<i>novotwist 32g x 5 mm misc</i>	Tier 3	
NUTRILIPID 20 % EMULSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
OPVEE 2.7 MG/0.1ML SOLUTION	Tier 4	QL (2 PER 30 DAYS)
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP (31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
PEN NEEDLES (30G X 5 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
PENBRAYA RECON SUSP	Tier 3	VAC
PRO COMFORT ALCOHOL 70 % PAD	Tier 2	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE (29G X 12.7MM MISC, 31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC, 33G X 8 MM MISC)	Tier 3	
<i>ringers irrigation solution</i>	Tier 2	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.5 ML MISC, X 1/2" 1 ML MISC)	Tier 3	
SILIGENTLE FOAM DRESSING 2"X2" PAD	Tier 2	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuộc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
SMOFLIPID 20 % EMULSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sterile water for irrigation solution</i>	Tier 2	
SURE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
<i>tis-u-sol solution</i>	Tier 2	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE (30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC, 32G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE OTC PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE PENTIPS 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE (30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC)	Tier 3	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE (29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
VERIFINE INSULIN SYRINGE (28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
VOWST CAP	Tier 5	PA, LA, QL (12 PER 30 DAYS)
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE 70 % PAD	Tier 2	

## OPHTHALMIC AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
OPHTHALMIC AGENTS, OTHER		
<i>ak-poly-bac 500-10000 unit/gm ointment</i>	Tier 2	
<i>atropine sulfate 1 % solution</i>	Tier 3	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment</i>	Tier 2	
BACITRACIN-POLYMYXIN B 500-10000 UNIT/GM OINTMENT	Tier 2	
<i>brimonidine tartrate-timolol 0.2-0.5 % solution</i>	Tier 3	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal (2-0.5 % solution, 22.3-6.8 mg/ml solution)</i>	Tier 2	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution</i>	Tier 3	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## OPHTHALMIC AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>loteprednol-tobramycin 0.5-0.3 % suspension</i>	Tier 4	
<i>neo-polycin 3.5-400-10000 ointment</i>	Tier 2	
<i>neo-polycin hc 1 % ointment</i>	Tier 2	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx (3.5-400-10000 ointment, 5-400-10000 ointment)</i>	Tier 2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (0.1 % suspension, 3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)</i>	Tier 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION	Tier 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5-10000-1 SUSPENSION	Tier 4	
<i>polycin 500-10000 unit/gm ointment</i>	Tier 2	
RESTASIS 0.05 % EMULSION	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION	Tier 4	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION	Tier 2	
<i>tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	Tier 2	
XDEMYVY 0.25 % SOLUTION	Tier 5	PA, QL (10 PER 30 DAYS)
XIIDRA 5 % SOLUTION	Tier 3	
ZYLET 0.5-0.3 % SUSPENSION	Tier 3	
OPHTHALMIC ANTI-ALLERGY AGENTS		
<i>azelastine hcl 0.05 % solution</i>	Tier 2	
<i>cromolyn sodium 4 % solution</i>	Tier 2	
OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVES		
BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	Tier 4	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## OPHTHALMIC AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>erythromycin 5 mg/gm ointment</i>	Tier 2	
GENTAK 0.3 % OINTMENT	Tier 2	
<i>gentamicin sulfate 0.3 % solution</i>	Tier 2	
LEVOFLOXACIN (0.5 % SOLUTION, 1.5 % SOLUTION)	Tier 3	
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	Tier 2	
<i>moxifloxacin hcl 0.5 % solution</i>	Tier 3	
NATACYN 5 % SUSPENSION	Tier 3	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	Tier 2	
<i>polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution</i>	Tier 2	
SULFACETAMIDE SODIUM 10 % OINTMENT	Tier 3	
<i>sulfacetamide sodium 10 % solution</i>	Tier 2	
<i>tobramycin 0.3 % solution</i>	Tier 2	
TRIFLURIDINE 1 % SOLUTION	Tier 3	
ZIRGAN 0.15 % GEL	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)
OPHTHALMIC ANTI-INFLAMMATORIES		
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	Tier 2	
<i>diclofenac sodium 0.1 % solution</i>	Tier 2	
<i>difluprednate 0.05 % emulsion</i>	Tier 4	
<i>fluorometholone 0.1 % suspension</i>	Tier 2	
FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION	Tier 2	
FML 0.1 % OINTMENT	Tier 4	
FML FORTE 0.25 % SUSPENSION	Tier 4	
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	Tier 3	QL (3 PER 30 DAYS)
<i>ketorolac tromethamine (0.4 % solution, 0.5 % solution)</i>	Tier 2	

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## OPHTHALMIC AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>prednisolone acetate 1 % suspension</i>	Tier 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	Tier 3	
OPHTHALMIC BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<i>betaxolol hcl 0.5 % solution</i>	Tier 2	
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	Tier 2	
LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	Tier 2	
<i>timolol maleate (0.25 % gel f soln, 0.5 % gel f soln)</i>	Tier 3	
<i>timolol maleate (0.25 % solution, 0.5 % solution)</i>	Tier 1	
OPHTHALMIC INTRAOCULAR PRESSURE LOWERING AGENTS, OTHER		
<i>acetazolamide er 500 mg cap er 12h</i>	Tier 2	
<i>apraclonidine hcl 0.5 % solution</i>	Tier 3	
<i>brimonidine tartrate 0.1 % solution</i>	Tier 3	
<i>brimonidine tartrate 0.15 % solution</i>	Tier 4	
<i>brimonidine tartrate 0.2 % solution</i>	Tier 2	
<i>brinzolamide 1 % suspension</i>	Tier 3	
<i>dorzolamide hcl 2 % solution</i>	Tier 2	
<i>methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>pilocarpine hcl (1 % solution, 2 % solution, 4 % solution)</i>	Tier 2	
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	Tier 3	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION	Tier 3	
OPHTHALMIC PROSTAGLANDIN AND PROSTAMIDE ANALOGS		
<i>bimatoprost 0.03 % solution</i>	Tier 4	ST, QL (5 PER 30 DAYS)
<i>latanoprost 0.005 % solution</i>	Tier 1	
LUMIGAN 0.01 % SOLUTION	Tier 3	QL (5 PER 30 DAYS)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## OPHTHALMIC AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>travoprost (bak free) 0.004 % solution</i>	Tier 3	QL (5 PER 30 DAYS)
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	Tier 4	

## OTIC AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid 2 % solution</i>	Tier 2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	Tier 4	
CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	Tier 3	
DERMOTIC 0.01 % OIL	Tier 3	
<i>hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution</i>	Tier 3	
<i>neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)</i>	Tier 2	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	Tier 2	

## RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
ANTI-INFLAMMATORIES, INHALED CORTICOSTEROIDS		
ARNUITY ELLIPTA (100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA, 50 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ASMANEX (120 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (14 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

**RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS**

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
ASMANEX (30 METERED DOSES) (110 MCG/ACT AER POW BA, 220 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (60 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX HFA (100 MCG/ACT AEROSOL, 200 MCG/ACT AEROSOL, 50 MCG/ACT AEROSOL)	Tier 3	QL (13 PER 30 DAYS)
<i>budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
QVAR REDHALER (40 MCG/ACT AERO BA, 80 MCG/ACT AERO BA)	Tier 3	QL (21.2 PER 30 DAYS)
<b>ANTIHISTAMINES</b>		
<i>azelastine hcl (0.1 % solution, 137 mcg/spray solution)</i>	Tier 2	QL (30 PER 25 DAYS)
<i>cetirizine hcl (1 mg/ml solution, 5 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>cyproheptadine hcl 4 mg tab</i>	Tier 3	PA
<i>hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	PA
<i>hydroxyzine pamoate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 4	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab</i>	Tier 1	
<i>promethazine hcl (12.5 mg/10ml solution, 6.25 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	PA
<b>ANTILEUKOTRIENES</b>		
<i>montelukast sodium (4 mg chew tab, 4 mg packet, 5 mg chew tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>montelukast sodium 10 mg tab</i>	Tier 1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<b>BRONCHODILATORS, ANTICHOLINERGIC</b>		
ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN	Tier 4	QL (25.8 GM PER 30 DAYS)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

**RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS**

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.02 % solution</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ipratropium bromide 0.03 % solution</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.06 % solution</i>	Tier 2	QL (45 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN)	Tier 3	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>tiotropium bromide 18 mcg cap</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
BRONCHODILATORS, SYMPATHOMIMETIC		
<i>albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)</i>	Tier 2	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)</i>	Tier 2	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)</i>	Tier 2	QL (13.4 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin)</i>	Tier 2	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>albuterol sulfate ((2.5 mg/3ml) 0.083% nebu soln, (5 mg/ml) 0.5% nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln, 2.5 mg/0.5ml nebu soln)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>albuterol sulfate (2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>albuterol sulfate (2 mg/5ml syrup, 8 mg/20ml syrup)</i>	Tier 2	
<i>albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln</i>	Tier 2	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>epinephrine (0.15 mg/0.15ml soln a-inj, 0.15 mg/0.3ml soln a-inj, 0.3 mg/0.3ml soln a-inj)</i>	Tier 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	Tier 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/0.5ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln)</i>	Tier 4	PA
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
CYSTIC FIBROSIS AGENTS		
KALYDECO (13.4 MG PACKET, 150 MG TAB, 25 MG PACKET, 5.8 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET)	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	Tier 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>tobramycin 300 mg/4ml nebu soln</i>	Tier 5	PA, QL (224 PER 28 DAYS)
<i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i>	Tier 5	PA, QL (280 PER 56 OVER TIME)
TRIKAFTA (100-50-75 & 150 MG TAB THPK, 50-25-37.5 & 75 MG TAB THPK)	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
MAST CELL STABILIZERS		
<i>cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS, AIRWAYS DISEASE		
<i>roflumilast 250 mcg tab</i>	Tier 4	QL (28 PER 180 OVER TIME)
<i>roflumilast 500 mcg tab</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>theophylline er (100 mg tab er 12h, 200 mg tab er 12h, 300 mg tab er 12h, 400 mg tab er 24h, 450 mg tab er 12h, 600 mg tab er 24h)</i>	Tier 3	
PULMONARY ANTIHYPERTENSIVES		
ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB)	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

**RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS**

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bác)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>alyq 20 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>ambrisentan (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>bosentan (125 mg tab, 62.5 mg tab)</i>	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bosentan 32 mg tab sol</i>	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
OPSUMIT 10 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
UPTRAVI (1000 MCG TAB, 1200 MCG TAB, 1400 MCG TAB, 1600 MCG TAB, 200 MCG TAB, 400 MCG TAB, 600 MCG TAB, 800 MCG TAB)	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
UPTRAVI 200 & 800 MCG TAB THPK	Tier 5	PA, LA, QL (200 PER 180 OVER TIME)
WINREVAIR (2 X 45 MG KIT, 2 X 60 MG KIT, 45 MG KIT, 60 MG KIT)	Tier 5	PA, QL (1 PER 21 OVER TIME)
PULMONARY FIBROSIS AGENTS		
OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)</i>	Tier 5	PA, QL (9 PER 1 DAYS)
PIRFENIDONE 534 MG TAB	Tier 5	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
<i>pirfenidone 801 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
RESPIRATORY TRACT AGENTS, OTHER		
<i>acetylcysteine (10 % solution, 20 % solution)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
ADVAIR HFA (115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL, 45-21 MCG/ACT AEROSOL)	Tier 3	QL (12 PER 30 DAYS)
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
BREO ELLIPTA (100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA, 50-25 MCG/INH AER POW BA)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>brey-na (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)</i>	Tier 3	QL (10.3 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	Tier 3	QL (10.7 PER 30 DAYS)
<i>budesonide-formoterol fumarate (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)</i>	Tier 3	QL (10.2 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	Tier 4	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution</i>	Tier 2	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate 50 mcg/act suspension</i>	Tier 2	QL (16 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE-SALMETEROL (113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA, 55-14 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 2	QL (1 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACT AERO SOLN	Tier 3	
TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>wixela inhub (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)

## SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS		
<i>carisoprodol 350 mg tab</i>	Tier 2	PA, QL (4 PER 1 DAYS)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

## SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
<i>cyclobenzaprine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	PA
<i>methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 3	PA
<i>vanadom 350 mg tab</i>	Tier 2	PA, QL (4 PER 1 DAYS)

## SLEEP DISORDER AGENTS

Tên thuốc	Chi phí thuốc tính cho quy vi (bậc)	Các hành động cần thiết, hạn chế hoặc giới hạn sử dụng
SLEEP PROMOTING AGENTS		
<i>eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ramelteon 8 mg tab</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tasimelteon 20 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>temazepam 15 mg cap</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>temazepam 30 mg cap</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>triazolam 0.125 mg tab</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>triazolam 0.25 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zaleplon 10 mg cap</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zaleplon 5 mg cap</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 10 mg tab</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 5 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
WAKEFULNESS PROMOTING AGENTS		
<i>armodafinil (150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>modafinil 100 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>modafinil 200 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>sodium oxybate 500 mg/ml solution</i>	Tier 5	PA, LA, QL (540 PER 30 DAYS)

Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và chữ viết tắt trong bảng này bằng cách xem chú giải trong Phần C1.

Trong phần này, quý vị có thể tìm thấy một loại thuốc bằng cách tìm kiếm tên của nó theo thứ tự bảng chữ cái. Điều này sẽ cho quý vị biết số trang nơi quý vị có thể tìm thấy thông tin bảo hiểm bổ sung cho loại thuốc của mình.

## A

abacavir sulfate	82	Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Ventolin)	156
abacavir sulfate-lamivudine	83	albuterol sulfate	156
ABELCET	52	albuterol sulfate hfa	156
ABILIFY MAINTENA	76	alclometasone dipropionate	110
abiraterone acetate	56	ALCOHOL 70% PADS	144
abirtega	56	ALCOHOL PREP	144
ABRYSVO	139	ALCOHOL PREP PADS	144
acamprosate calcium	33	ALCOHOL SWABS	144
acarbose	88	ALCOHOL SWABSTICK	144
accutane	109	alcohol wipes	112
acebutolol hcl	98	ALDURAZYME	118
acetaminophen-codeine	31	ALECENSA	60
acetazolamide	100	alendronate sodium	142,143
acetazolamide er	153	ALENDRONATE SODIUM	143
acetic acid	154	alfuzosin hcl er	120
acetylcysteine	158	aliskiren fumarate	100
acitretin	109	allopurinol	54
ACTHIB	139	alosectron hcl	117
ACTIMMUNE	137	alprazolam	86
acyclovir	86,113	altavera	123
acyclovir sodium	86	ALUNBRIG	60
ADACEL	139	alyacen 1/35	123
adefovir dipivoxil	81	alyacen 7/7/7	123
ADEMPAS	157	alyq	158
ADVAIR HFA	158	amantadine hcl	74
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	144	ambrisentan	158
afirmelle	123	amethia	123
AIMOVIG	54	amikacin sulfate	34
ak-poly-bac	150	amiloride hcl	103
AKEEGA	58	amiloride-hydrochlorothiazide	100
ala-cort	110	amiodarone hcl	97
albendazole	72	amitriptyline hcl	50
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)	156	amlodipine besy-benazepril hcl	101
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)	156	amlodipine besylate	99
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)	156	amlodipine besylate-valsartan	101
		amlodipine-atorvastatin	101
		amlodipine-olmesartan	101
		amlodipine-valsartan-hctz	101
		ammonium lactate	110

amnesteem	109	ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES	144
amoxapine	50	ASSURE ID PRO PEN NEEDLES	144
amoxicillin	38	atazanavir sulfate	84
amoxicillin-pot clavulanate	38	atenolol	98
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE	38	atenolol-chlorthalidone	101
amoxicillin-pot clavulanate er	38	atomoxetine hcl	107
amphetamine-dextroamphet er	106	atorvastatin calcium	104
amphetamine-dextroamphetamine	106	atovaquone	73
AMPHOTERICIN B	52	atovaquone-proguanil hcl	73
amphotericin b liposome	52	atropine sulfate	150
ampicillin	38	ATROVENT HFA	155
ampicillin sodium	38	aubra	123
ampicillin-sulbactam sodium	38	aubra eq	123
anagrelide hcl	94	AUGTYRO	58
anastrozole	59	AUM ALCOHOL PREP PADS	144
ANORO ELLIPTA	158	AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE	144
apraclonidine hcl	153	AUM PEN NEEDLE	144
aprepitant	51,52	AURANOFIN	135
apri	123	aurovela 1.5/30	123
APTIVUS	84	aurovela 1/20	123
AQ INSULIN SYRINGE	144	aurovela fe 1.5/30	123
AQINJECT PEN NEEDLE	144	aurovela fe 1/20	123
ARALAST NP	119	AUVELITY	47
ARANELLE	123	aviane	123
ARANESP (ALBUMIN FREE)	94	avidoxy	41
ARCALYST	135	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	60
AREXVY	139	ayuna	123
ARGYLE STERILE WATER	144	AYVAKIT	60
ARIKAYCE	34	azathioprine	137
aripiprazole	76	AZATHIOPRINE SODIUM	137
armodafinil	160	azelastine hcl	151,155
ARNUITY ELLIPTA	154	azithromycin	39
asenapine maleate	76	AZITHROMYCIN	39
ashlyna	123	aztreonam	35
ASMANEX (120 METERED DOSES)	154	azurette	123
ASMANEX (14 METERED DOSES)	154		
ASMANEX (30 METERED DOSES)	155	<b>B</b>	
ASMANEX (60 METERED DOSES)	155	bac (butalbital-acetamin-caff)	107
ASMANEX HFA	155	bacitra-neomycin-polymyxin-hc	150
aspirin-dipyridamole er	95	BACITRACIN	151

BACITRACIN-POLYMYXIN B	150	bisoprolol fumarate	98
baclofen	80	bisoprolol-hydrochlorothiazide	101
balsalazide disodium	142	blisovi fe 1.5/30	123
BALVERSA	60	blisovi fe 1/20	123
balziva	123	BOOSTRIX	139
BAQSIMI ONE PACK	90	bosentan	158
BAQSIMI TWO PACK	90	BOSULIF	61
BARACLUDE	81	BRAFTOVI	61
BCG VACCINE	139	BREO ELLIPTA	158
BD INSULIN SYRINGE	144	breyna	159
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM		BREZTRI AEROSPHERE	159
MISC	144	briellyn	124
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM		brimonidine tartrate	153
MISC	144	brimonidine tartrate-timolol	150
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM		brinzolamide	153
MISC	144	brivaracetam	41,42
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM		BRIVIACT	42
MISC	145	bromocriptine mesylate	74
benazepril hcl	96	BRUKINSA	61
benazepril-hydrochlorothiazide	101	budesonide	142,155
BENLYSTA	135	budesonide er	142
BENZNIDAZOLE	73	budesonide-formoterol fumarate	159
benzoyl peroxide-erythromycin	109	bumetanide	103
benztropine mesylate	74	buprenorphine	30
BESIVANCE	40	buprenorphine hcl	33
BESREMI	137	buprenorphine hcl-naloxone hcl	33
betaine	119	bupropion hcl	47,48
betamethasone dipropionate	110	bupropion hcl er (smoking det)	34
betamethasone dipropionate aug	110	bupropion hcl er (sr)	48
betamethasone valerate	110	bupropion hcl er (xl)	48
BETASERON	108	bupirone hcl	86
betaxolol hcl	98,153	butalbital-apap-caffeine	107
bethanechol chloride	120	butalbital-aspirin-caffeine	29
bexarotene	72	butorphanol tartrate	31
BEXSERO	139		
bicalutamide	56	<b>C</b>	
BICILLIN L-A	38	CABENUVA	83,84
BIKTARVY	81	cabergoline	133
bimatoprost	153	CABOMETYX	61
BIOGUARD GAUZE SPONGES	145	calcipotriene	112

calcitonin (salmon)	143	CEFTAZIDIME	37
calcitrene	112	ceftriaxone sodium	37
calcitriol	143	cefuroxime axetil	37
CALCITRIOL	143	cefuroxime sodium	37
calcium acetate (phos binder)	116	celecoxib	29
CALQUENCE	61	cephalexin	37
camila	131	cetirizine hcl	155
camrese	124	cevimeline hcl	109
camrese lo	124	chateal	124
candesartan cilexetil	96	chateal eq	124
candesartan cilexetil-hctz	101	chlorhexidine gluconate	109
CAPLYTA	76	chloroquine phosphate	73
CAPRELSA	61	chlorpromazine hcl	75
captopril	96	chlorthalidone	103
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE	101	cholestyramine	104
carbamazepine	45	cholestyramine light	104
carbamazepine er	45	ciclodan	113
carbidopa	74	ciclopirox	113
carbidopa-levodopa	74	ciclopirox olamine	113
carbidopa-levodopa er	75	cilostazol	95
carbidopa-levodopa-entacapone	74	CILOXAN	40
CARETOUCH ALCOHOL PREP	145	CIMDUO	83
carglumic acid	119	cimetidine	118
carisoprodol	159	cinacalcet hcl	143
CARTEOLOL HCL	153	ciprofloxacin	40
cartia xt	99	ciprofloxacin hcl	40
carvedilol	98	ciprofloxacin in d5w	40
cataflam	29	ciprofloxacin-dexamethasone	154
CAYSTON	35	citalopram hydrobromide	49
caziant	124	claravis	109
CEFACLOR	36	CLARITHROMYCIN	39
cefadroxil	36	clarithromycin	39
cefazolin sodium	37	clarithromycin er	40
cefdinir	37	clindamycin hcl	35
CEFEPIME HCL	37	clindamycin palmitate hcl	35
cefixime	37	clindamycin phos (once-daily)	113
cefoxitin sodium	37	clindamycin phos (twice-daily)	113
CEFPODOXIME PROXETIL	37	clindamycin phos-benzoyl perox	109
cefprozil	37	clindamycin phosphate	35,113
ceftaroline fosamil	37	clindamycin phosphate in d5w	35

CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL	35	COSENTYX SENSOREADY PEN	135
clobazam	43,44	COSENTYX UNOREADY	135
clobetasol prop emollient base	110	COTELLIC	62
clobetasol propionate	110	CREON	119
clobetasol propionate e	110	CRESEMBA	53
clomipramine hcl	50	cromolyn sodium	117,151,157
clonazepam	86,87	cryselle	124
clonidine	95	cryselle-28	124
clonidine hcl	96	CVS ALCOHOL PREP PADS	145
clopidogrel bisulfate	95	CVS ANTIBACTERIAL GAUZE	145
clorazepate dipotassium	87	cvs isopropyl alcohol wipes	112
clotrimazole	52	cyclafem 1/35	124
clotrimazole-betamethasone	112	cyclafem 7/7/7	124
clozapine	80	cyclobenzaprine hcl	160
COARTEM	73	CYCLOPHOSPHAMIDE	56
COBENFY	79	cyclosporine	137
COBENFY STARTER PACK	79	cyclosporine modified	137
CODEINE SULFATE	31	cyproheptadine hcl	155
codeine sulfate	31	cyred	124
colchicine	54	cyred eq	124
colchicine-probenecid	54		
colesevelam hcl	104	<b>D</b>	
colestipol hcl	104	dabigatran etexilate mesylate	92
colistimethate sodium (cba)	35	dalfampridine er	108
COMBIVENT RESPIMAT	159	danazol	122
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	61	dantrolene sodium	80
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	61	DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL	105
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	61	dapsone	55
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE	145	DAPTACEL	139
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES	145	daptomycin	35
compro	51	darunavir	84
constulose	116	dasatinib	62
COPIKTRA	61	dasetta 1/35	124
CORLANOR	101	dasetta 7/7/7	124
CORTIFOAM	142	DAURISMO	62
CORTISONE ACETATE	121	daysee	124
CORTISPORIN-TC	154	deblitane	131
COSENTYX	135	decadron	121
COSENTYX (300 MG DOSE)	135	deferasirox	115
COSENTYX SENSOREADY (300 MG)	135	DELSTRIGO	82

delyla.....	124	digox.....	97
DENGVAXIA.....	139	digoxin.....	97
DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	131	dihydroergotamine mesylate.....	54
depo-testosterone.....	122	DILANTIN.....	45
DERMOTIC.....	154	dilt-xr.....	99
DESCOVY.....	83	diltiazem hcl.....	99
desipramine hcl.....	50	diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule.....	99
desmopressin ace spray refrig.....	122	diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule.....	99
desmopressin acetate.....	122	diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule.....	99
desmopressin acetate pf.....	122	diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule.....	99
desmopressin acetate spray.....	122	diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule.....	99
desogestrel-ethinyl estradiol.....	124	diltiazem hcl er.....	100
desonide.....	111	diltiazem hcl er beads.....	100
desoximetasone.....	111	dimethyl fumarate.....	108
desvenlafaxine succinate er.....	49	dimethyl fumarate starter pack.....	108
dexamethasone.....	121	diphenoxylate-atropine.....	117
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID.....	121	DIPHENOXYLATE-ATROPINE.....	117
dexamethasone sod phosphate pf.....	121	DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT.....	139
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE.....	121,152	dipyridamole.....	95
dexmethylphenidate hcl.....	107	disulfiram.....	33
dextroamphetamine sulfate.....	106	divalproex sodium.....	42
dextrose.....	114	divalproex sodium er.....	42
dextrose in lactated ringers.....	114	dofetilide.....	97
DEXTROSE-NACL.....	114	donepezil hcl.....	47
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE.....	114	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg.....	47
dextrose-sodium chloride.....	114	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg.....	47
DIACOMIT.....	42	dorzolamide hcl.....	153
diazepam.....	44,87	dorzolamide hcl-timolol mal.....	150
diazepam intensol.....	87	dorzolamide hcl-timolol mal pf.....	150
diazoxide.....	90	dotti.....	124
diclofenac potassium.....	29	DOVATO.....	81
diclofenac sodium.....	29,152	doxazosin mesylate.....	96
diclofenac sodium er.....	29	doxepin hcl.....	50
dicloxacillin sodium.....	38		
dicyclomine hcl.....	117		
DIFICID.....	40		
diflunisal.....	29		
difluprednate.....	152		
digitek.....	97		

doxercalciferol	143
doxy 100	41
doxycycline hyclate	41
doxycycline monohydrate	41
DRIZALMA SPRINKLE	108
dronabinol	52
DROPLET INSULIN SYRINGE	145
DROPLET MICRON	145
DROPLET PEN NEEDLES	145
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO	145
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE	146
drosiprenone-ethinyl estradiol	124
DROXIA	119
droxidopa	96
duloxetine hcl	108
DUPIXENT	135
dutasteride	120
dutasteride-tamsulosin hcl	120

## E

EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	146
EASY COMFORT PEN NEEDLES	146
EASY TOUCH INSULIN BARRELS	146
ec-naproxen	29
econazole nitrate	53
EDURANT	82
EDURANT PED	82
EFAVIRENZ	82
efavirenz	82
efavirenz-emtricitab-tenofo df	82
efavirenz-lamivudine-tenofovir	82
ELAPRASE	119
elinest	124
ELIQUIS	92,93
ELIQUIS (1.5 MG PACK)	92
ELIQUIS (2 MG PACK)	93
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	93
eltrombopag olamine	94
eluryng	124
EMBECTA AUTOSHIELD DUO	146
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT	146
EMBECTA INSULIN SYRINGE	146
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100	146
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500	146
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F	146
EMBECTA PEN NEEDLE NANO	146
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN	146
EMBECTA PEN NEEDLE U/F	147
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE	147
EMBRACE PEN NEEDLES	147
EMGALITY	54
EMGALITY (300 MG DOSE)	54
emoquette	124
EMSAM	48
emtricitab-rilpivir-tenofof df	82
emtricitabine	83
emtricitabine-tenofovir df	83
EMTRIVA	83
emzahh	131
enalapril maleate	97
enalapril-hydrochlorothiazide	101
ENBREL	137
ENBREL MINI	137
ENBREL SURECLICK	137
endocet	31
ENGERIX-B	140
enilloring	124
enoxaparin sodium	93
enpresse-28	125
ENSACOVE	60
enskyce	125
entacapone	74
entecavir	81
ENTRESTO	101
enulose	116
ENVARUSUS XR	137
EPIDIOLEX	42
epinephrine	156
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	156

epitol.....	45	EXXUA TITRATION PACK.....	48
EPIVIR HBV.....	81	ezetimibe.....	104
eplerenone.....	103	ezetimibe-simvastatin.....	104
ERGOLOID MESYLATES.....	46	<b>F</b>	
ERGOTAMINE-CAFFEINE.....	54	falmina.....	125
ERIVEDGE.....	62	famciclovir.....	86
ERLEADA.....	57	famotidine.....	118
erlotinib hcl.....	62	FANAPT.....	77
errin.....	131	FANAPT TITRATION PACK A.....	77
ertapenem sodium.....	39	FANAPT TITRATION PACK B.....	77
ERY.....	113	FANAPT TITRATION PACK C.....	77
erythrocin lactobionate.....	40	FARXIGA.....	105
erythromycin.....	113,152	febuxostat.....	54
erythromycin base.....	40	feirza 1.5/30.....	125
erythromycin ethylsuccinate.....	40	feirza 1/20.....	125
erythromycin lactobionate.....	40	felbamate.....	42
ERZOFRI.....	76,77	felodipine er.....	99
escitalopram oxalate.....	49	femynor.....	125
eslicarbazepine acetate.....	45	fenofibrate.....	103
esomeprazole magnesium.....	118	fenofibrate micronized.....	104
estarylla.....	125	fenofibric acid.....	104
estradiol.....	125	fentanyl.....	30
estradiol valerate.....	125	FETZIMA.....	49
ESTRING.....	125	FETZIMA TITRATION.....	49
estrogens conjugated.....	125	FIASP.....	90
eszopiclone.....	160	FIASP FLEXTOUCH.....	90
ethambutol hcl.....	56	FIASP PENFILL.....	90
ethosuximide.....	43	FIASP PUMPCART.....	90
ethynodiol diac-eth estradiol.....	125	fidaxomicin.....	40
etodolac.....	29	finasteride.....	120
etodolac er.....	29	fingolimod hcl.....	108
etonogestrel-ethinyl estradiol.....	125	FINTEPLA.....	42
etravirine.....	82	flecainide acetate.....	97
EUCRISA.....	111	fluconazole.....	53
EULEXIN.....	57	fluconazole in sodium chloride.....	53
euthyrox.....	132	flucytosine.....	53
everolimus.....	62,137,138	fludrocortisone acetate.....	121
EVOTAZ.....	84	flunisolide.....	159
exemestane.....	59	fluocinolone acetonide.....	111
EXXUA.....	48		

fluocinolone acetonide body	111
fluocinolone acetonide scalp	111
fluocinonide	111
fluocinonide emulsified base	111
fluorometholone	152
fluorouracil	112
fluoxetine hcl	49
FLUOXETINE HCL	49
fluphenazine decanoate	75
FLUPHENAZINE HCL	75
FLURBIPROFEN	29
FLURBIPROFEN SODIUM	152
FLUTAMIDE	57
fluticasone propionate	111,159
fluticasone-salmeterol	159
FLUTICASONE-SALMETEROL	159
fluvastatin sodium	104
fluvastatin sodium er	104
flvoxamine maleate	49
FML	152
FML FORTE	152
fondaparinux sodium	93
fosamprenavir calcium	84
fosfomycin tromethamine	35
fosinopril sodium	97
fosinopril sodium-hctz	102
FOTIVDA	62
FRUZAQLA	58
FULPHILA	94
fulvestrant	58
furosemide	103
fyavolv	125

## G

gabapentin	44
galantamine hydrobromide	47
galantamine hydrobromide er	47
gallifrey	131
GAMUNEX-C	134
GARDASIL 9	140

gauze pads 2	147
GAVILYTE-C	117
gavilyte-g	117
gavilyte-n with flavor pack	116
GAVRETO	62
gefitinib	62
gemfibrozil	104
GEMTESA	120
generlac	116
gengraf	138
GENTAK	152
gentamicin sulfate	34,152
GENVOYA	81
GILOTRIF	62
glatiramer acetate	108
glatopa	108
glimepiride	88
glipizide	88
glipizide er	88
glipizide xl	88
glipizide-metformin hcl	88
GLUCAGEN HYPOKIT	90
GLUCAGON EMERGENCY	90
glyburide	88
GLYBURIDE MICRONIZED	88
glyburide-metformin	88
glycopyrrolate	117
GLYXAMBI	88
GNP PEN NEEDLES	147
GOMEKLI	63
GOODSENSE ALCOHOL SWABS	147
granisetron hcl	52
griseofulvin microsize	53
griseofulvin ultramicrosize	53
guanfacine hcl	96
guanfacine hcl er	107

## H

HADLIMA	138
HADLIMA PUSH TOUCH	138



INSULIN LISPRO PROT & LISPRO	91
INSULIN PEN NEEDLES	147
INSULIN PEN NEEDLES	147
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	147
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	147
INSULIN SYRINGE 1 ML	147
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	147
INSUPEN PEN NEEDLES	147
INSUPEN32G EXTR3ME	147
INTELENCE	82
INTRALIPID	147
introvale	126
INVEGA HAFYERA	77
INVEGA SUSTENNA	77
INVEGA TRINZA	77,78
IPOL	140
ipratropium bromide	156
ipratropium-albuterol	159
irbesartan	96
irbesartan-hydrochlorothiazide	102
ISENTRESS	81
ISENTRESS HD	81
isibloom	126
isoniazid	56
isopropyl alcohol	112
isopropyl alcohol wipes	112
isosorbide dinitrate	105
isosorbide mononitrate	105
isosorbide mononitrate er	105,106
isotretinoin	110
isradipine	99
ITOVEBI	64
itraconazole	53
ivabradine hcl	102
ivermectin	73
IWILFIN	59
IXIARO	140

## J

jaimiess	126
----------	-----

JAKAFI	64
jantoven	93
JANUMET	88
JANUMET XR	88
JANUVIA	88
JARDIANCE	105
jasmiel	126
JAYPIRCA	64
jencycla	131
JENTADUETO	88
JENTADUETO XR	88
jinteli	126
jolessa	126
joyeaux	126
JUBBONTI	143
juleber	126
JULUCA	81
junel 1.5/30	126
junel 1/20	126
junel fe 1.5/30	126
junel fe 1/20	126
JYNNEOS	140

## K

KALETRA	84
kalliga	126
KALYDECO	157
kariva	126
kcl in dextrose-nacl	114
KCL-LACTATED RINGERS-D5W	114
kelnor 1/35	126
kelnor 1/50	126
KERENDIA	89
ketoconazole	53
ketorolac tromethamine	152
KINRIX	140
kionex	116
KISQALI (200 MG DOSE)	64
KISQALI (400 MG DOSE)	64
KISQALI (600 MG DOSE)	64

KISQALI FEMARA (200 MG DOSE).....	64	lenalidomide.....	57
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	65	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....	65
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	65	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....	65
klayesta.....	53	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....	65
KLOR-CON.....	114	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....	65
klor-con 10.....	114	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	65
klor-con m10.....	114	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	65
klor-con m15.....	114	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	66
klor-con m20.....	114	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	66
KLOXXADO.....	33	lessina.....	126
KOSELUGO.....	65	letrozole.....	59
kourzeq.....	109	leucovorin calcium.....	59
KRAZATI.....	65	LEUKERAN.....	56
kurvelo.....	126	leuprolide acetate.....	133
<b>L</b>			
l-glutamine.....	119	levabuterol hcl.....	157
labetalol hcl.....	98	LEVALBUTEROL TARTRATE.....	157
lacosamide.....	45	levetiracetam.....	42
lactated ringers.....	114,148	levetiracetam er.....	42
lactulose.....	116	levo-t.....	132
lactulose encephalopathy.....	116	LEVOBUNOLOL HCL.....	153
LAGEVRIO.....	86	levocarnitine.....	119
lamivudine.....	81,83	levocetirizine dihydrochloride.....	155
lamivudine-zidovudine.....	83	levofloxacin.....	40
lamotrigine.....	42	LEVOFLOXACIN.....	152
lansoprazole.....	118	levofloxacin in d5w.....	40
LANTUS.....	91	levonest.....	126
LANTUS SOLOSTAR.....	92	levonorg-eth estrad triphasic.....	127
lapatinib ditosylate.....	65	levonorgest-eth estrad 91-day.....	127
larin 1.5/30.....	126	levonorgest-eth estradiol-iron.....	127
larin 1/20.....	126	levonorgestrel-ethinyl estrad.....	127
larin fe 1.5/30.....	126	levora 0.15/30 (28).....	127
larin fe 1/20.....	126	levothyroxine sodium.....	132
larissia.....	126	levoxyl.....	132
latanoprost.....	153	LEXIVA.....	84
LAZCLUZE.....	60	lidocaine.....	33
LEDERLE LEUCOVORIN.....	59	lidocaine hcl.....	33
leena.....	126	lidocaine viscous hcl.....	33
leflunomide.....	138	lidocaine-prilocaine.....	33
		lidocan.....	33
		LILETTA (52 MG).....	131

lillow.....	127	LUPRON DEPOT (4-MONTH).....	133
lincomycin hcl.....	35	LUPRON DEPOT (6-MONTH).....	133
linezolid.....	35	lurasidone hcl.....	78
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE.....	35	lutera.....	127
LINZESS.....	116	lyleq.....	131
liothyronine sodium.....	132	lyllana.....	127
lisinopril.....	97	LYNPARZA.....	66
lisinopril-hydrochlorothiazide.....	102	LYSODREN.....	59
lithium.....	87	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	66
lithium carbonate.....	87	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	66
lithium carbonate er.....	87	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	66
LIVTENCITY.....	80	lyza.....	131
lo-zumandimine.....	127		
loestrin 1.5/30 (21).....	127	<b>M</b>	
loestrin 1/20 (21).....	127	M-M-R II.....	140
loestrin fe 1.5/30.....	127	magnesium sulfate.....	114
loestrin fe 1/20.....	127	malathion.....	113
lojaimiess.....	127	maraviroc.....	84
LOKELMA.....	116	marlissa.....	127
lomustine.....	56	MARPLAN.....	48
LONSURF.....	59	MATULANE.....	56
loperamide hcl.....	117	matzim la.....	100
lopinavir-ritonavir.....	84,85	MAVYRET.....	81
lorazepam.....	87	meclizine hcl.....	51
lorazepam intensol.....	87	medpura alcohol pads.....	112
LORBRENA.....	66	medroxyprogesterone acetate.....	131
loryna.....	127	mefloquine hcl.....	73
losartan potassium.....	96	megestrol acetate.....	131
losartan potassium-hctz.....	102	MEKINIST.....	66
loteprednol-tobramycin.....	151	MEKTOVI.....	67
lovastatin.....	104	meleya.....	131
low-ogestrel.....	127	meloxicam.....	30
loxapine succinate.....	75	memantine hcl.....	47
lubiprostone.....	116	memantine hcl er.....	47
luizza 1.5/30.....	127	MENACTRA.....	140
luizza 1/20.....	127	MENEST.....	127
LUMAKRAS.....	66	MENQUADFI.....	140
LUMIGAN.....	153	MENVEO.....	140
LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	133	mercaptopurine.....	58
LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	133	meropenem.....	39

MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE.....	39	mifepristone.....	133
mesalamine.....	142	mili.....	128
mesalamine er.....	142	minocycline hcl.....	41
mesna.....	72	minoxidil.....	105
metformin hcl.....	89	minzoya.....	128
metformin hcl er.....	89	mirtazapine.....	48
methadone hcl.....	30	misoprostol.....	118
methazolamide.....	153	modafinil.....	160
methenamine hippurate.....	35	MODEYSO.....	59
methergine.....	148	moexipril hcl.....	97
methimazole.....	134	MOLINDONE HCL.....	75,76
methocarbamol.....	160	mometasone furoate.....	111
METHOTREXATE SODIUM.....	138	mondoxyne nl.....	41
methotrexate sodium.....	138	mono-lynyah.....	128
methotrexate sodium (pf).....	138	montelukast sodium.....	155
METHOXSALLEN RAPID.....	112	morphine sulfate.....	32
methscopolamine bromide.....	117	morphine sulfate (concentrate).....	32
methsuximide.....	43	morphine sulfate er.....	30,31
METHYLDOPA.....	96	MOUNJARO.....	89
methylergonovine maleate.....	148	MOVANTIK.....	117
methylphenidate hcl.....	107	moxifloxacin hcl.....	40,152
methylphenidate hcl er.....	107	MOXIFLOXACIN HCL.....	40
methylprednisolone.....	121	MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY).....	152
methylprednisolone acetate.....	121	MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL.....	40
methylprednisolone sodium succ.....	121	MRESVIA.....	140
metoclopramide hcl.....	51	MULTAQ.....	97
metolazone.....	103	mupirocin.....	113
metoprolol succinate er.....	98	mycophenolate mofetil.....	138
metoprolol tartrate.....	98	mycophenolate mofetil hcl.....	138
metoprolol-hydrochlorothiazide.....	102	mycophenolate sodium.....	138
metronidazole.....	36	mycophenolic acid.....	138
metyrosine.....	102	myorisan.....	110
mexiletine hcl.....	97	MYRBETRIQ.....	120
micafungin sodium.....	53		
MICONAZOLE 3.....	53	<b>N</b>	
microgestin 1.5/30.....	128	na sulfate-k sulfate-mg sulf.....	117
microgestin 1/20.....	128	nabumetone.....	30
microgestin fe 1.5/30.....	128	nadolol.....	98
microgestin fe 1/20.....	128	nafcillin sodium.....	38
midodrine hcl.....	96	nafrinse.....	114

NAGLAZYME.....	119	nitazoxanide.....	73
naloxone hcl.....	33	nitisinone.....	119
naltrexone hcl.....	34	NITRO-BID.....	106
naproxen.....	30	nitrofurantoin macrocrystal.....	36
naproxen dr.....	30	nitrofurantoin monohyd macro.....	36
naproxen sodium.....	30	nitroglycerin.....	106
naratriptan hcl.....	55	NIVESTYM.....	95
NATACYN.....	152	NIZATIDINE.....	118
nateglinide.....	89	nora-be.....	131
NAYZILAM.....	33	norelgestromin-eth estradiol.....	128
nebivolol hcl.....	98	norethin ace-eth estrad-fe.....	128
necon 0.5/35 (28).....	128	norethin-eth estradiol-fe.....	128
NEFAZODONE HCL.....	49	norethindrone.....	131
neo-polycin.....	151	norethindrone acet-ethinyl est.....	128
neo-polycin hc.....	151	norethindrone acetate.....	131
neomycin sulfate.....	34	norethindrone-eth estradiol.....	128
neomycin-bacitracin zn-polymyx.....	151	norgestim-eth estrad triphasic.....	128
neomycin-polymyxin-dexameth.....	151	norgestimate-eth estradiol.....	128
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN.....	151	norlyda.....	131
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC.....	151	norlyroc.....	132
neomycin-polymyxin-hc.....	154	nortrel 0.5/35 (28).....	128
NERLYNX.....	67	nortrel 1/35 (21).....	128
nevirapine.....	82	nortrel 1/35 (28).....	128
NEVIRAPINE.....	82	nortrel 7/7/7.....	128
NEVIRAPINE ER.....	82	nortriptyline hcl.....	51
nevirapine er.....	82	NORVIR.....	85
NEXPLANON.....	131	NovoFine 32G X 6 MM MISC.....	148
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC).....	105	NOVOLIN R FLEXPEN.....	92
niacin er (antihyperlipidemic).....	105	NOVOLIN R FLEXPEN RELION.....	92
NIACOR.....	105	NOVOLOG.....	92
nicardipine hcl.....	99	NOVOLOG FLEXPEN.....	92
NICOTROL.....	34	NOVOLOG FLEXPEN RELION.....	92
NICOTROL NS.....	34	NOVOLOG PENFILL.....	92
nifedipine er.....	99	NOVOLOG RELION.....	92
nifedipine er osmotic release.....	99	NovoTwist 32G X 5 MM MISC.....	148
nikki.....	128	NUBEQA.....	57
nilotinib hcl.....	67	NUPLAZID.....	78
nilutamide.....	57	NURTEC.....	54
nimodipine.....	99	NUTRILIPID.....	148
NINLARO.....	67	nyamyc.....	53

nylia 1/35.....	129
nylia 7/7/7.....	129
nymyo.....	129
nystatin.....	53
nystatin-triamcinolone.....	112
nystop.....	53

## O

ocella.....	129
octreotide acetate.....	133
OCTREOTIDE ACETATE.....	133
ODEFSEY.....	82
ODOMZO.....	67
OFEV.....	158
ofloxacin.....	152,154
OGSIVEO.....	67
OJEMDA.....	67
OJJAARA.....	59
olanzapine.....	78
olmesartan medoxomil.....	96
olmesartan medoxomil-hctz.....	102
olmesartan-amlodipine-hctz.....	102
omega-3-acid ethyl esters.....	105
omeprazole.....	118
OMNITROPE.....	117,122
ondansetron.....	52
ONDANSETRON HCL.....	52
ondansetron hcl.....	52
ONUREG.....	58
OPIPZA.....	78
OPSUMIT.....	158
OPVEE.....	148
oralone.....	109
ORGOVYX.....	134
orquidea.....	132
ORSERDU.....	57
orsythia.....	129
oseltamivir phosphate.....	85
OSPHENA.....	132
OTEZLA.....	112,135

OTEZLA XR.....	112
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK.....	135
oxaprozin.....	30
oxcarbazepine.....	45,46
oxybutynin chloride.....	120
oxybutynin chloride er.....	120
oxycodone hcl.....	32
oxycodone-acetaminophen.....	32
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	89
OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	89
OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	89

## P

pacerone.....	97
paliperidone er.....	78
PANRETIN.....	72
pantoprazole sodium.....	118
paricalcitol.....	143
paroxetine hcl.....	49
PAROXETINE HCL.....	49
paroxetine hcl er.....	50
PAXLOVID (150/100).....	86
PAXLOVID (300/100 & 150/100).....	86
PAXLOVID (300/100).....	86
pazopanib hcl.....	67
PAZOPANIB HCL.....	67
PEDIARIX.....	140
PEDVAX HIB.....	140
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl.....	117
peg-3350/electrolytes.....	117
PEGASYS.....	137
PEMAZYRE.....	67
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP.....	148
PEN NEEDLES.....	148
PENBRAYA.....	148
penicillamine.....	120
penicillin g potassium.....	39
PENICILLIN G SODIUM.....	39
penicillin v potassium.....	39
PENMENVY.....	140

PENTACEL.....	140	POMALYST.....	57
pentamidine isethionate.....	73	portia-28.....	129
pentoxifylline er.....	102	posaconazole.....	53
perampanel.....	42,43	potassium chloride.....	114
PERINDOPRIL ERBUMINE.....	97	potassium chloride crys er.....	115
perlogard.....	109	potassium chloride er.....	115
permethrin.....	113	potassium chloride in dextrose.....	115
perphenazine.....	51	potassium chloride in nacl.....	115
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE.....	48	potassium citrate er.....	115
PERSERIS.....	78	POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5%.....	115
pfizerpen.....	39	pramipexole dihydrochloride.....	74
PHENELZINE SULFATE.....	48	prasugrel hcl.....	95
phenobarbital.....	44	pravastatin sodium.....	104
phenytek.....	46	praziquantel.....	73
phenytoin.....	46	prazosin hcl.....	96
phenytoin infatabs.....	46	prednisolone.....	121
phenytoin sodium extended.....	46	prednisolone acetate.....	153
philith.....	129	prednisolone sodium phosphate.....	121
PIFELTRO.....	82	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	153
pilocarpine hcl.....	109,153	prednisone.....	121
PIMOZIDE.....	76	PREDNISONE.....	121
pimtrea.....	129	PREDNISONE INTENSOL.....	122
pindolol.....	98	pregabalin.....	108
pioglitazone hcl.....	89	PREMARIN.....	129
pioglitazone hcl-glimepiride.....	89	PREMASOL.....	115
pioglitazone hcl-metformin hcl.....	89	PREMIUM LIDOCAINE.....	33
piperacillin sod-tazobactam so.....	39	prenatal vitamins.....	115
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	67	prevalite.....	105
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	67	previfem.....	129
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	68	PREVYMIS.....	80
pirfenidone.....	158	PREZCOBIX.....	85
PIRFENIDONE.....	158	PREZISTA.....	85
pirmella 1/35.....	129	PRIFTIN.....	56
pirmella 7/7/7.....	129	primaquine phosphate.....	73
piroxicam.....	30	primidone.....	44
PNV 27-CA/FE/FA.....	114	PRIORIX.....	140
podofilox.....	112	PRO COMFORT ALCOHOL.....	148
polycin.....	151	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....	148
polymyxin b-trimethoprim.....	152	probenecid.....	54
pomalidomide.....	57	prochlorperazine.....	51



rivastigmine tartrate	47	SILIGENTLE FOAM DRESSING	148
rizatriptan benzoate	55	silodosin	120
ROCKLATAN	151	silver sulfadiazine	113
roflumilast	157	SIMBRINZA	153
ROMVIMZA	68	SIMLANDI (1 PEN)	139
ropinirole hcl	74	SIMLANDI (1 SYRINGE)	139
ropinirole hcl er	74	SIMLANDI (2 PEN)	139
rosadan	36	SIMLANDI (2 SYRINGE)	139
rosuvastatin calcium	104	simliya	129
ROTARIX	141	simpesse	129
ROTATEQ	141	simvastatin	104
roweepira	43	sirolimus	139
ROZLYTREK	68	SIRTURO	56
RUBRACA	68	SKYRIZI	136
rufinamide	46	SKYRIZI (150 MG DOSE)	136
RUKOBIA	84	SKYRIZI PEN	136
RYBELSUS	89	SMOFLIPID	149
RYDAPT	68	sodium chloride	115
<b>S</b>		sodium chloride (pf)	115
sacubitril-valsartan	102	sodium fluoride	115
sajazir	134	sodium oxybate	160
SANDIMMUNE	138	sodium phenylbutyrate	119
SANTYL	113	sodium polystyrene sulfonate	116
sapropterin dihydrochloride	119	solifenacin succinate	120
SCEMBLIX	68,69	SOLTAMOX	58
scopolamine	51	SOMAVERT	134
SECUADO	79	sorafenib tosylate	69
SECURESAFE INSULIN SYRINGE	148	sorine	98
selegiline hcl	75	sotalol hcl	98
selenium sulfide	111	sotalol hcl (af)	98
SELZENTRY	84	SPIRIVA RESPIMAT	156
SEREVENT DISKUS	157	spironolactone	103
sertraline hcl	50	spironolactone-hctz	102
setlakin	129	sprintec 28	129
sevelamer carbonate	116	SPRITAM	43
sharobel	132	SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF)	116
SHINGRIX	141	sronyx	129
SIGNIFOR	134	ssd	113
sildenafil citrate	158	STAVUDINE	83
		STELARA	136

sterile water for irrigation.....	149	TALZENNA.....	69
STIOLTO RESPIMAT.....	159	tamoxifen citrate.....	58
STIVARGA.....	69	tamsulosin hcl.....	120
STREPTOMYCIN SULFATE.....	34	tarina fe 1/20.....	129
STRIBILD.....	81	tarina fe 1/20 eq.....	129
subvenite.....	43	tasimelteon.....	160
SUBVENITE.....	43	tazarotene.....	110
sucralfate.....	118	TAZICEF.....	38
SULFACETAMIDE SODIUM.....	152	taztia xt.....	100
sulfacetamide sodium.....	152	TAZVERIK.....	69
sulfacetamide sodium (acne).....	110	TDVAX.....	141
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE.....	151	TECHLITE PLUS PEN NEEDLES.....	149
sulfadiazine.....	41	TEFLARO.....	38
sulfamethoxazole-trimethoprim.....	41	telmisartan.....	96
sulfasalazine.....	142	telmisartan-amlodipine.....	102
sulfatrim pediatric.....	41	telmisartan-hctz.....	102
sulindac.....	30	temazepam.....	160
sumatriptan.....	55	TENIVAC.....	141
sumatriptan succinate.....	55	tenofovir disoproxil fumarate.....	83
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL.....	55	TEPMETKO.....	69
sunitinib malate.....	69	terazosin hcl.....	96
SUNLENCA.....	84	terbinafine hcl.....	53
SURE COMFORT PEN NEEDLES.....	149	terconazole.....	53
syeda.....	129	teriflunomide.....	109
SYMPAZAN.....	44	teriparatide.....	143
SYMTUZA.....	85	testosterone.....	122,123
SYNAREL.....	134	testosterone cypionate.....	123
SYNJARDY.....	89	TESTOSTERONE ENANTHATE.....	123
SYNJARDY XR.....	89	tetrabenazine.....	107
SYNRIBO.....	69	tetracycline hcl.....	41
SYNTHROID.....	133	THALOMID.....	57,58
		theophylline er.....	157
<b>T</b>		thioridazine hcl.....	76
TABLOID.....	58	thiothixene.....	76
TABRECTA.....	69	tiadylt er.....	100
tacrolimus.....	112,139	tiagabine hcl.....	44
tadalafil.....	120	TIBSOVO.....	70
tadalafil (pah).....	120,158	ticagrelor.....	95
TAFINLAR.....	69	TICOVAC.....	141
TAGRISO.....	69	tigecycline.....	36

timolol maleate.....	99,153	tri-previfem.....	130
tinidazole.....	36	tri-sprintec.....	130
tiotropium bromide.....	156	tri-vylibra.....	130
tis-u-sol.....	149	triamcinolone acetonide.....	109,112
TIVICAY.....	81	triamterene-hctz.....	103
TIVICAY PD.....	82	triazolam.....	160
tizanidine hcl.....	80	triderm.....	112
tobramycin.....	152,157	trientine hcl.....	116
tobramycin sulfate.....	34	TRIENTINE HCL.....	116
tobramycin-dexamethasone.....	151	trifluoperazine hcl.....	76
TOLAK.....	113	TRIFLURIDINE.....	152
tolterodine tartrate.....	120	trihexyphenidyl hcl.....	74
tolterodine tartrate er.....	120	TRIKAFTA.....	157
tolvaptan.....	115	trimethoprim.....	36
topiramate.....	43	trimipramine maleate.....	51
toremifene citrate.....	58	TRINTELLIX.....	50
toremide.....	103	TRIUMEQ.....	83
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	92	TRIUMEQ PD.....	83
TOUJEO SOLOSTAR.....	92	trivora (28).....	130
TPN ELECTROLYTES.....	115	TRIZIVIR.....	83
TRADJENTA.....	90	tropium chloride.....	120
tramadol hcl.....	32	TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	149
tramadol hcl er.....	31	TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....	149
tramadol-acetaminophen.....	32	TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES.....	149
trandolapril.....	97	TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	149
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER.....	102	TRULICITY.....	90
tranexamic acid.....	95	TRUMENBA.....	141
tranylcypramine sulfate.....	49	TRUQAP.....	70
travoprost (bak free).....	154	TUKYSA.....	70
trazodone hcl.....	50	tulana.....	132
TRECATOR.....	56	TURALIO.....	70
TRELEGY ELLIPTA.....	159	turqoz.....	130
TRESIBA.....	92	TWINRIX.....	141
TRESIBA FLEXTOUCH.....	92	TYBOST.....	84
tretinoin.....	72,110	TYENNE.....	136
tri femynor.....	129	TYMLOS.....	143
tri-estarylla.....	129	TYPHIM VI.....	141
tri-linyah.....	129		
tri-mili.....	130	<b>U</b>	
tri-nymyo.....	130	UDENYCA.....	95

ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE . . .	149
UNIFINE OTC PEN NEEDLES . . . . .	149
UNIFINE PENTIPS . . . . .	149
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE . . . . .	149
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE .	149
unithroid . . . . .	133
UPTRAVI . . . . .	158
ursodiol . . . . .	117,118
USTEKINUMAB . . . . .	136
USTEKINUMAB-AEKN . . . . .	136

## V

valacyclovir hcl . . . . .	86
VALCHLOR . . . . .	113
valganciclovir hcl . . . . .	80
valproate sodium . . . . .	43
valproic acid . . . . .	43
valsartan . . . . .	96
valsartan-hydrochlorothiazide . . . . .	103
VALTOCO 10 MG DOSE . . . . .	44
VALTOCO 15 MG DOSE . . . . .	44
VALTOCO 20 MG DOSE . . . . .	44
VALTOCO 5 MG DOSE . . . . .	44
valtya 1/35 . . . . .	130
valtya 1/50 . . . . .	130
vanadom . . . . .	160
vancomycin hcl . . . . .	36
VANFLYTA . . . . .	70
VAQTA . . . . .	141
varenicline tartrate . . . . .	34
varenicline tartrate (starter) . . . . .	34
varenicline tartrate(continue) . . . . .	34
VARIVAX . . . . .	141
VAXCHORA . . . . .	142
VELIVET . . . . .	130
VENCLEXTA . . . . .	70
VENCLEXTA STARTING PACK . . . . .	70
venlafaxine hcl . . . . .	50
venlafaxine hcl er . . . . .	50
VEOZAH . . . . .	107

verapamil hcl . . . . .	100
VERAPAMIL HCL ER . . . . .	100
verapamil hcl er . . . . .	100
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE . . . . .	150
VERIFINE INSULIN SYRINGE . . . . .	150
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE . . . . .	150
VERQUVO . . . . .	103
VERSACLOZ . . . . .	80
VERZENIO . . . . .	70
vestura . . . . .	130
vienva . . . . .	130
vigabatrin . . . . .	44
vigadrone . . . . .	45
VIGAFYDE . . . . .	45
vigpoder . . . . .	45
vilazodone hcl . . . . .	50
VIMKUNYA . . . . .	142
vioele . . . . .	130
VIRACEPT . . . . .	85
VIREAD . . . . .	83
VITRAKVI . . . . .	70
VIVOTIF . . . . .	142
VIZIMPRO . . . . .	71
volnea . . . . .	130
VONJO . . . . .	72
VORANIGO . . . . .	71
voriconazole . . . . .	54
VOSEVI . . . . .	81
VOWST . . . . .	150
VRAYLAR . . . . .	79
vyfemla . . . . .	130
vylibra . . . . .	130
VYZULTA . . . . .	154

## W

warfarin sodium . . . . .	94
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE . . . . .	150
WELIREG . . . . .	59
wera . . . . .	130
WINREVAIR . . . . .	158

wixela inhub.....	159
wymzya fe.....	130
WYOST.....	143

## X

XALKORI.....	71
XARELTO.....	94
XARELTO STARTER PACK.....	94
XATMEP.....	139
XCOPRI.....	43,46
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	46
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	46
XDEMVY.....	151
XELJANZ.....	136
XELJANZ XR.....	136
xelria fe.....	130
XERMELO.....	117
XIFAXAN.....	36
XIGDUO XR.....	90
XIIDRA.....	151
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	85
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	85
XOLAIR.....	136
XOSPATA.....	71
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	71
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	71
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	71
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	71
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	71
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	71
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	72
XTANDI.....	57
xulane.....	130

## Y

YESINTEK.....	136,137
YF-VAX.....	142
yuvafem.....	130

## Z

zafemy.....	130
zafirlukast.....	155
zaleplon.....	160
ZARXIO.....	95
ZEJULA.....	72
ZELBORAF.....	72
zenatane.....	110
ZENPEP.....	119
zidovudine.....	83
ziprasidone hcl.....	79
ziprasidone mesylate.....	79
ZIRGAN.....	152
zoledronic acid.....	143
ZOLINZA.....	59
zolpidem tartrate.....	160
ZONISADE.....	46
zonisamide.....	46
zovia 1/35 (28).....	130
zovia 1/35e (28).....	131
ZTALMY.....	45
zumandimine.....	131
ZURZUVAE.....	48
ZYDELIG.....	72
ZYKADIA.....	72
ZYLET.....	151
ZYPREXA RELPREVV.....	79

**Trong phần này, quý vị có thể tìm thấy một loại thuốc bằng cách tìm kiếm tên của nó theo thứ tự bảng chữ cái. Điều này sẽ cho quý vị biết số trang nơi quý vị có thể tìm thấy thông tin bảo hiểm bổ sung cho loại thuốc của mình.**

ANALGESICS.....	29
ANESTHETICS.....	33
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS.....	33
ANTIBACTERIALS.....	34
ANTICONVULSANTS.....	41
ANTIDEMENTIA AGENTS.....	46
ANTIDEPRESSANTS.....	47
ANTIEMETICS.....	51
ANTIFUNGALS.....	52
ANTIGOUT AGENTS.....	54
ANTIMIGRAINE AGENTS.....	54
ANTIMYASTHENIC AGENTS.....	55
ANTIMYCOBACTERIALS.....	55
ANTINEOPLASTICS.....	56
ANTIPARASITICS.....	72
ANTIPARKINSON AGENTS.....	74
ANTIPSYCHOTICS.....	75
ANTISPASTICITY AGENTS.....	80
ANTIVIRALS.....	80
ANXIOLYTICS.....	86
BIPOLAR AGENTS.....	87
BLOOD GLUCOSE REGULATORS.....	88
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS.....	92
CARDIOVASCULAR AGENTS.....	95
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS.....	106
DENTAL AND ORAL AGENTS.....	109
DERMATOLOGICAL AGENTS.....	109
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS.....	114
GASTROINTESTINAL AGENTS.....	116
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT.....	118
GENITOURINARY AGENTS.....	120
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL).....	121
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY).....	122
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS).....	122
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID).....	132
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY).....	133
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID).....	134

IMMUNOLOGICAL AGENTS .....	134
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS .....	142
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS .....	142
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS .....	144
OPHTHALMIC AGENTS .....	150
OTIC AGENTS .....	154
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS .....	154
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS .....	159
SLEEP DISORDER AGENTS .....	160

## Notice of Availability of Language Services and Auxiliary Aids and Services

### English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call

**1-800-452-4413 (TTY:711)**. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-452-4413 (TTY:711)**. These services are free.

### الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-800-452-4413 (TTY:711)**. تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ **1-800-452-4413 (TTY:711)**. هذه الخدمات مجانية.

### Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-800-452-4413 (TTY:711)**: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու

խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք **1-800-452-4413 (TTY:711)**: Այդ ծառայություններն անվճար են:

### 简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-800-452-4413 (TTY: 711)**。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 **1-800-452-4413 (TTY: 711)**。这些服务都是免费的。

### हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-800-452-4413 (TTY: 711)** पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-800-452-4413 (TTY: 711)** पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

### Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

## 日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **1-800-452-4413 (TTY: 711)**

へお電話ください。

点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。

**1-800-452-4413 (TTY: 711)**へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

## 한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-800-452-4413 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다.

**1-800-452-4413 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

## ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ  
**1-800-452-4413 (TTY: 711).**

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ  
ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ  
**1-800-452-4413 (TTY: 711).**

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

**Mien Tagline (Mien)**

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx  
longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac  
daaih lorx taux **1-800-452-4413 (TTY: 711).** Liouh lorx jauv-louc  
tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx  
mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx  
caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc.  
Douc waac daaih lorx **1-800-452-4413 (TTY: 711).** Naaiv deix  
nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc  
cuotv nyaanh oc.

**ພາສາຜູ້ເປັນເຈົ້າ (Mon-Khmer, Cambodian)**

ចំណាំ: ເບີຜູ້ ຫຼື ການຊ່ວຍ ຜູ້ເປັນເຈົ້າ ຈາກ ສູນ ອຸປະກອນເອເລັກໂຕຣນິກ  
**1-800-452-4413 (TTY:711)** ຈຶ່ງ ສາມາດ ສະໜອງ ສູນ  
ຜູ້ເປັນເຈົ້າ ຈາກ ສູນ ອຸປະກອນເອເລັກໂຕຣນິກ ຈຶ່ງ ສາມາດ ສະໜອງ ຜູ້ເປັນເຈົ້າ

ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਸਰਵੋਤਮ ਸੇਵਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਮੰਗੋ

ਦੁਰਸੰਚਾਰ ਨੰਬਰ **1-800-452-4413 (TTY:711)**

ਸੇਵਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਮੰਗੋ

**مطلب به زبان فارسی (Persian (Farsi))**

**1-800-452-4413 (TTY: 711)** توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های **711** **1-800-452-4413 (TTY: 711)** خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند. **711**

**ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

**Русский слоган (Russian)**

**ВНИМАНИЕ!** Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-800-452-4413** (линия **TTY: 711**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру

**1-800-452-4413** (линия ТТУ: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

### **Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al

**1-800-452-4413** (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-800-452-4413** (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

### **Tagalog Tagline (Tagalog)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-800-452-4413** (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-800-452-4413** (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

### **เท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-800-452-4413** (TTY: 711) นอกจากนี้ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-800-452-4413** (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

### **Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Ці послуги безкоштовні.

### **Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Các dịch vụ này đều miễn phí.

---

## THÔNG BÁO KHÔNG PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ

Phân biệt đối xử là chống lại luật pháp. Blue Shield of California tuân thủ theo các luật dân quyền của Liên bang và Tiểu bang. Blue Shield of California không phân biệt đối xử bất hợp pháp, loại trừ hoặc đối xử với mọi người khác nhau dựa trên giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, bản dạng dân tộc, tuổi tác, tình trạng khuyết tật tâm thần, tình trạng khuyết tật thể chất, tình trạng sức khỏe, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, bản dạng giới tính hoặc xu hướng tình dục.

Blue Shield of California cung cấp:

- » Hỗ trợ và dịch vụ miễn phí kịp thời cho người khuyết tật để giúp họ giao tiếp hiệu quả hơn với chúng tôi, chẳng hạn như:
  - Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu có trình độ
  - Thông tin bằng văn bản ở các định dạng khác (bản in cỡ lớn, âm thanh, các định dạng điện tử có thể truy cập, các định dạng khác)
- » Các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí kịp thời cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, chẳng hạn như:
  - Thông dịch viên có trình độ
  - Thông tin bằng văn bản ở những ngôn ngữ khác
- » Nếu quý vị cần những dịch vụ này, xin liên hệ với *Blue Shield of California* trong thời gian từ 8 giờ sáng đến 8 giờ chiều, từ thứ Hai đến thứ Sáu. Hãy gọi Ban chăm sóc khách hàng trong khu vực của quý vị:

1-800-452-4413. Nếu quý vị không thể nghe hoặc nói rõ, vui lòng gọi TTY: 711. Theo yêu cầu, tài liệu này có thể được cung cấp cho quý vị dưới dạng chữ nổi braille, bản in cỡ lớn, băng cassette âm thanh hoặc dưới dạng điện tử. Để có được một bản tài liệu ở một trong các định dạng thay thế nói trên, vui lòng gọi hoặc gửi thư tới:

Blue Shield of California

601 12th Street

Oakland, CA 94607-3613

1-800-452-4413 (TTY: 711)

---

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

A57166DSN-VI\_0725

H2819\_25\_325B\_C 07082025

---

## **CÁCH THỨC NỘ ĐƠN THAN PHIÊN**

Nếu quý vị cho rằng Blue Shield of California đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử bất hợp pháp theo cách khác dựa trên cơ sở giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, dòng dõi, nguồn gốc quốc gia, bản dạng dân tộc, tuổi tác, tình trạng khuyết tật tâm thần, tình trạng khuyết tật thể chất, tình trạng sức khỏe, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, bản dạng giới tính hoặc xu hướng tình dục, quý vị có thể nộp đơn than phiền cho Điều phối viên dân quyền của Blue Shield of California. Quý vị có thể nộp đơn than phiền bằng điện thoại, bằng văn bản, nộp trực tiếp hoặc bằng điện tử:

- » Bằng điện thoại: Liên hệ Điều phối viên dân quyền của Blue Shield of California trong thời gian từ 8 giờ sáng đến 8 giờ chiều, thứ Hai đến thứ Sáu bằng cách gọi đến số 1-844-831-4133. Hoặc, nếu quý vị không thể nghe hoặc nói tốt, vui lòng gọi TTY/TDD 711.
- » Bằng văn bản: Quý vị hãy điền vào mẫu đơn khiếu nại hoặc viết thư và gửi đến: Blue Shield of California's Civil Rights Coordinator, P.O. Box 5588, El Dorado Hills, CA 95762-0011. [BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com](mailto:BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com).
- » Trực tiếp: Hãy đến văn phòng của bác sĩ hoặc Blue Shield of California và cho biết quý vị muốn nộp đơn than phiền.
- » Bằng đường điện tử: Truy cập trang web của Blue Shield of California tại địa chỉ [blueshieldca.com](http://blueshieldca.com).

---

## **VĂN PHÒNG DÂN QUYỀN (OFFICE OF CIVIL RIGHTS) – SỞ Y TẾ CALIFORNIA (CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)**

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về dân quyền cho Văn Phòng Dân Quyền của Sở Y Tế California bằng điện thoại, bằng văn bản hoặc bằng hình thức điện tử:

- » Bằng điện thoại: Gọi số 916-440-7370. Nếu quý vị không thể nói hay nghe tốt, vui lòng gọi 711 (Dịch vụ tiếp âm viễn thông).
- » Bằng văn bản: Quý vị hãy điền đơn khiếu nại hoặc viết thư gửi về:

Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, P.O. Box 997413, MS 0009 Sacramento, CA 95899-7413

- » Mẫu đơn khiếu nại có sẵn tại [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).
- » Bằng đường điện tử: Gửi email đến địa chỉ [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

---

## **VĂN PHÒNG DÂN QUYỀN – BỘ Y TẾ VÀ DỊCH VỤ NHÂN SINH HOA KỲ (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)**

Nếu quý vị cho rằng mình đã bị phân biệt đối xử trên cơ sở chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính, quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về dân quyền với Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ

Nhân Sinh Hoa Kỳ bằng điện thoại, bằng văn bản hoặc bằng hình thức điện tử:

- » Bằng điện thoại: Hãy gọi 1-800-368-1019. Nếu quý vị không thể nói hoặc nghe tốt, vui lòng gọi TTY/TDD 1-800-537-7697.
- » Bằng văn bản: Quý vị hãy điền đơn khiếu nại hoặc viết thư gửi về:

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201

Mẫu đơn khiếu nại có sẵn tại <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- » Bằng điện tử: Truy cập Cổng thông tin báo cáo khiếu nại của Văn Phòng Dân Quyền tại địa chỉ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

*Danh Sách Thuốc* này đã được cập nhật vào 03/24/2026 .

Để biết thông tin mới nhất hoặc các câu hỏi khác, vui lòng liên hệ với chúng tôi theo số (800) 452-4413 (TTY:711), từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần hoặc truy cập [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026).

---

**Nếu quý vị có câu hỏi**, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số (800) 452-4413 (TTY: 711), từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026).

