

خطة Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP) Medicare Medi-Cal

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

يرجى القراءة: يحتوي هذا المستند على معلومات حول الأدوية التي نغطيها في هذه الخطة

رقم معرف كتيب الوصفات 25355، الإصدار 10

تم تحديث كتيب الوصفات هذا في 10/01/2024 .

لمزيد من أحدث المعلومات أو لطرح أسئلة أخرى، اتصل بنا على الرقم (800) 452-4413 (TTY:711)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، سبعة أيام في الأسبوع أو تفضل بزيارة [blueshieldca.com/medformulary2025](https://www.blueshieldca.com/medformulary2025).

H2819_24_422A-AR_C Approved 08202024
A55568EAE-AR- 10/24

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على (800) 452-4413 (TTY:711)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، سبعة أيام في الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [blueshieldca.com/medformulary2025](https://www.blueshieldca.com/medformulary2025).



i

10/01/2024

مقدمة

يُطلق على هذا المستند اسم قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية (كما يُعرف أيضًا باسم قائمة الأدوية). فهو يوضح لك الأدوية المقررة بوصفها طبية المغطاة بموجب Blue Shield TotalDual Plan. كما توضح لك قائمة الأدوية إذا ما كانت هناك أي قواعد أو قيود خاصة على أي أدوية مشمولة بالتغطية بموجب Blue Shield TotalDual Plan. وقد أوردنا أهم المصطلحات وتعريفاتها في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

جدول المحتويات

- A. إخلاء المسؤولية iv
- B. الأسئلة الأكثر تكرارًا (FAQ) x
- B1. ما هي الأدوية المقررة بوصفها طبية في قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية؟ (ونطلق على قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية اسم 'قائمة الأدوية' للإيجاز). x
- B2. هل تتغير قائمة الأدوية في أي وقت؟ x
- B3. ماذا يحدث عند إجراء تغيير على قائمة الأدوية؟ xi
- B4. هل ثمة قيود أو حدود مفروضة على تغطية الدواء أو ثمة إجراءات يلزم اتخاذها للحصول على أدوية معينة؟ xii
- B5. كيف يمكنني معرفة ما إذا كان هناك قيودًا مفروضة على الدواء الذي أريده وما إذا كانت هناك إجراءات يلزم اتخاذها للحصول على الدواء؟ xiii
- B6. ماذا يحدث إذا غيرت Blue Shield TotalDual Plan قواعدها الخاصة بتغطية بعض الأدوية (على سبيل المثال، التصريح المسبق و/أو حدود الكمية و/أو قيود العلاج المرحلي)؟ xiii
- B7. كيف يمكنني العثور على دواء مدرج في قائمة الأدوية؟ xiii
- B8. ماذا لو لم يكن الدواء الذي أريد تناوله مدرجًا في قائمة الأدوية؟ xiii
- B9. ما الذي يتعين علي فعله إذا كنت عضوًا جديدًا في Blue Shield TotalDual Plan ولم أجد دوائي في قائمة الأدوية أو كانت لدي مشكلة في الحصول على هذا الدواء؟ xiii
- B10. هل يمكنني طلب استثناء لتغطية دوائي؟ xiv
- B11. كيف يمكنني طلب استثناء؟ xv
- B12. ما المدة المستغرقة للحصول على استثناء؟ xv
- B13. ما المقصود بالأدوية المماثلة (البديلة)؟ xv
- B14. ما هي المنتجات البيولوجية الأصلية ومدى ارتباطها بالبدايل الحيوية؟ xv

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على (711:4413-452) (800)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، سبعة أيام في الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [blueshieldca.com/medformulary2025](https://www.blueshieldca.com/medformulary2025).



- xv B15. هل تغطي Blue Shield TotalDual Plan صرفيات الوصفات الطبية طويلة الأجل؟
- xvi B16. هل يمكنني الحصول على الوصفات الطبية من الصيدلية المحلية الخاصة بي؟
- xvi B17. ما مبلغ المشاركة في الدفع الخاص بي؟
- xvii C. نظرة عامة على قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية
- xvii C1. قائمة الأدوية حسب الحالة الطبية
- 127 D. فهرس الأدوية الخاضعة للتغطية

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على (711:TTY) 452-4413 (800)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، سبعة أيام في الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [blueshieldca.com/medformulary2025](https://www.blueshieldca.com/medformulary2025).



هذه قائمة بالأدوية التي يمكن للأعضاء الحصول عليها في Blue Shield TotalDual Plan.

- ❖ يمكنك دائمًا التحقق من قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية المحدثة لدى Blue Shield TotalDual Plan عبر الإنترنت على blueshieldca.com/medformulary2025 أو عن طريق الاتصال على (TTY: 711) 452-4413-4413 (800)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، سبعة أيام في الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.
- ❖ يمكنك الحصول على هذا المستند مجانًا بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بأحرف كبيرة، أو طريقة برايل للمكفوفين، أو تسجيل صوتي. اتصل على الأرقام الموجودة في تذييل هذا المستند. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.

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 of charge.

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

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

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على (TTY: 711) 452-4413 (800)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، سبعة أيام في الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة blueshieldca.com/medformulary2025



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।

हिन्दी 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।

Nge 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.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على (800) 452-4413 (TTY:711)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، سبعة أيام في الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [blueshieldca.com/medformulary2025](https://www.blueshieldca.com/medformulary2025)



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.

ເທກໄລພາສາລາວ (Laotian) ປະກາດ:
ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໃບຫາບປີ 1-800-452-4413 (TTY: 711).
ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໃບຫາບປີ 1-800-452-4413 (TTY: 711).
ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mienh Tagline (Mien) LONGC HNYOUV JANGX
LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على (800) 452-4413 (TTY:711)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، سبعة أيام في الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [blueshieldca.com/medformulary2025](https://www.blueshieldca.com/medformulary2025)



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 hluc mbiutc aengx caux aamz
mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc.
Douc waac daaih lorx 1-800-452-4413 (TTY: 711). Naaiiv
deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh
tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc

ឃ្លាសំគាល់ភាសាខ្មែរ (Cambodian) ចំណាំ៖

បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ជាភាសារបស់អ្នក
សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ។ ជំនួយ
និងសេវា សំរាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរព្រីល
សំរាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារជាអក្សរពុម្ពធំៗ ក៏មានដែរ។
ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។
សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

مطلب به زبان فارسی (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 نسخه های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ،
نیز موجود است. با 1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات
رایگان ارائه میشوند.

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

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على (800) 452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8 ص إلى
8 م، سبعة أيام في الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة
blueshieldca.com/medformulary2025



ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en Español (Spanish) ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Para las personas con discapacidades, también hay asistencia y servicios gratuitos disponibles, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos

Tagalog Tagline PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong 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 malalaking titik. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (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

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على (800) 452-4413 (TTY:711)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، سبعة أيام في الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [blueshieldca.com/medformulary2025](https://www.blueshieldca.com/medformulary2025)



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.

هذا المستند متاح مجانًا باللغات الإنجليزية والإسبانية والعربية والأرمنية والصينية المبسطة والصينية التقليدية والفارسية والخميرية والكورية والروسية والتاغالوغية والفيتنامية.

يمكنك تقديم طلب دائم للحصول على هذا المستند والاتصالات المستقبلية بلغة أخرى غير الإنجليزية أو بتنسيق بديل (الطباعة بأحرف كبيرة، طريقة برايل للمكفوفين، تسجيل صوتي، وما إلى ذلك). يمكنك الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan على

8 م، سبعة أيام في الأسبوع لتقديم هذا الطلب. ستحتفظ خدمة العملاء باللغة والتنسيق المفضلين لديك في الملف حتى يحين الوقت الذي ترغب فيه في إجراء التحديثات.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على (800) 452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، سبعة أيام في الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة blueshieldca.com/medformulary2025.



B. الأسئلة الأكثر تكرارًا (FAQ)

ستجد هنا إجابات لأسئلتك حول قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية. وللتعرف على المزيد، يمكنك قراءة جميع الأسئلة الأكثر تكرارًا أو البحث عن السؤال والجواب.

B1. ما هي الأدوية المقررة بوصفة طبية في قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية؟ (ونطلق على قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية اسم "قائمة الأدوية" للإيجاز.)

الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية التي تبدأ في القسم C هي الأدوية التي تغطيها Blue Shield TotalDual Plan. وتتوفر هذه الأدوية في الصيدليات التابعة لشبكتنا. وتعد إحدى الصيدليات تابعة لشبكتنا إذا تعاقدا معها واتفقتنا على العمل معًا وتقديم الخدمات لك. نشير إلى هذه الصيدليات باسم "الصيدليات التابعة للشبكة".

الأدوية الأخرى، مثل بعض الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية (OTC) وبعض الفيتامينات، قد يغطيها Medi-Cal Rx. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov). يمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة هوية المستفيد (BIC) لبرنامج Medi-Cal عند الحصول على الوصفات الطبية من خلال Medi-Cal Rx.

ستغطي Blue Shield TotalDual Plan جميع الأدوية الضرورية طبيًا في قائمة الأدوية إذا:

- أوضح طبيبك المعالج أو مقدم الوصفات الطبية آخر أنك تحتاج إليها لتصبح أفضل أو البقاء بصحة جيدة،
 - وافقت Blue Shield TotalDual Plan على أن الدواء ضروري لك من الناحية الطبية، و
 - قمت بصرف الوصفة الطبية من صيدلية تابعة لشبكة Blue Shield TotalDual Plan.
- في بعض الحالات، يتعين عليك القيام بشيء ما قبل أن يمكنك الحصول على الدواء. لمزيد من المعلومات قم بالاطلاع على القسم B4.

يمكنك أيضًا العثور على قائمة حديثة بالأدوية التي نغطيها على موقعنا الإلكتروني blueshieldca.com/medformulary2025 أو بالاتصال بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة في تذييل هذا المستند.

B2. هل تتغير قائمة الأدوية في أي وقت؟

نعم، ويجب على Blue Shield TotalDual Plan الالتزام بقواعد برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal عند إجراء أي تغييرات. يحق لنا إضافة أو حذف أدوية من قائمة الأدوية على مدار العام.

قد نغير أيضًا قواعدا الخاصة بالأدوية. على سبيل المثال، يمكننا:

- أن نقرر طلب أو عدم طلب تصريح مسبق للحصول على دواء. (تصريح مسبق هو إذن من Blue Shield TotalDual Plan قبل أن تتمكن من الحصول على الدواء.)
- إضافة أو تغيير كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها (يُطلق عليها اسم "حدود الكمية").
- إضافة أو تغيير وضع قيود للعلاج المرحلي على الدواء. (العلاج المرحلي يعني أنه يجب عليك تجربة الدواء قبل أن نغطي دواءً آخر.)

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على (TTY:711) 452-4413 (800)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، سبعة أيام في الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة blueshieldca.com/medformulary2025.



لمزيد من المعلومات حول قواعد الأدوية، قم بالاطلاع على B4.

إذا كنت تتناول دواءً كان خاضعًا للتغطية في بداية العام، فإننا بشكل عام لن نقوم بإلغاء أو تغيير تغطية هذا الدواء خلال باقي العام إلا إذا:

- توفر دواء جديد وأرخص في السوق يعمل بشكل جيد مثل الدواء الموجود حاليًا في قائمة الأدوية، أو
- علمنا أن الدواء غير آمن، أو
- تم سحب الدواء من السوق.

تشمل الأسئلة B3 وB6 الواردة أدناه مزيد من المعلومات بشأن ما يحدث عند تغيير قائمة الأدوية.

- يمكنك دائمًا التحقق من قائمة الأدوية المحدثة لدى Blue Shield TotalDual Plan عبر الإنترنت على blueshieldca.com/medformulary2025. يتم نشر التحديثات على قائمة الأدوية على الموقع الإلكتروني شهريًا.

- يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة في تذييل هذا المستند للتحقق من قائمة الأدوية الحالية.

B3. ماذا يحدث عند إجراء تغيير على قائمة الأدوية؟

سيتم تطبيق بعض التغييرات على قائمة الأدوية على الفور. على سبيل المثال:

- استبدال بعض الإصدارات الجديدة من الأدوية. قد نقوم على الفور بإزالة الأدوية من قائمة الأدوية في حالة استخدام إصدارات جديدة معينة من هذا الدواء، ولكن تظل تكلفة الدواء الجديد \$0. عند إضافة إصدار جديد من الدواء، قد نقرر أيضًا الإبقاء على الدواء ذي العلامة التجارية أو المنتج البيولوجي الأصلي في القائمة ولكن مع تغيير قواعد تغطيته أو حدودها.

○ قد لا نخبرك قبل إجراء هذا التغيير، لكننا سنرسل إليك معلومات حول التغيير المحدد الذي أجريناه بمجرد حدوثه.

○ لا يمكننا إجراء هذه التغييرات إلا إذا كان الدواء الذي نضيفه:

- هو إصدار مماثل (بديل) جديد لدواء ذي علامة تجارية، أو

- هو إصدار بديل حيوي جديد معين للمنتجات البيولوجية الأصلية في قائمة الأدوية (على سبيل المثال، إضافة بديل حيوي قابل للتبادل يمكن استبداله بالمنتج البيولوجي الأصلي دون وصفة طبية جديدة).

- قد تكون بعض هذه الأنواع من الأدوية جديدة بالنسبة لك. لمزيد من المعلومات، راجع القسم B14.

○ يمكنك أنت أو موفر الرعاية الخاص بك طلب استثناء من هذه التغييرات، وسوف نرسل إليك إشعارًا بالخطوات التي يمكنك اتخاذها لطلب استثناء. يُرجى الرجوع إلى الأسئلة B10-B12 للحصول على مزيد من المعلومات حول الاستثناءات.

- سحب دواء من السوق. إذا صرحت هيئة الدواء والغذاء (FDA) أن الدواء الذي تتناوله غير آمن أو غير فعال أو قامت الشركة المصنعة للدواء بسحبه من السوق، فيجوز لنا حذفه من قائمة الأدوية. إذا كنت تتناول الدواء، فسنرسل إليك إشعارًا بعد إجراء التغيير. سيُعلم مقدم الوصفات الطبية الخاص بك أيضًا بهذا التغيير ويمكنه العمل معك للتثور على دواء آخر لحالتك.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على (711:TTY) 4413-452 (800)، من الساعة 8 ص إلى

8 م، سبعة أيام في الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة

blueshieldca.com/medformulary2025



قد نقوم بإجراء تغييرات أخرى تؤثر على الأدوية التي نتناولها. سنخبرك مسبقاً بهذه التغييرات الأخرى التي تُجرى على قائمة الأدوية. وقد تحدث هذه التغييرات إذا:

- قدمت FDA إرشادات جديدة أو كانت هناك إرشادات سريرية جديدة لأحد الأدوية.
- حذفنا دواءً ذي علامة تجارية من قائمة الأدوية عند إضافة دواء مماثل (بديل) غير جديد في السوق، أو
- حذفنا منتجاً بيولوجياً أصلياً عند إضافة البديل الحيوي، أو
- غيرنا قواعد التغطية أو حدودها بالنسبة للأدوية ذات العلامة التجارية.

عند إجراء هذه التغييرات، فإننا سنقوم بما يلي:

- إخبارك قبل 30 يوماً من إجراء التغييرات على قائمة الأدوية أو
 - إعلامك وتوفير صرفية لمدة 30 يوماً من الدواء بعد طلبك لإعادة صرفه.
- وهذا سيتيح لك الفرصة لمناقشة الأمر مع طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر. يمكنهم مساعدتك على اتخاذ قرار بشأن:
- إذا ما كان هناك دواء مماثل في قائمة الأدوية يمكنك تناوله بدلاً من ذلك أو
 - إذا ما كان يمكنك طلب استثناء من هذه التغييرات. لمعرفة المزيد حول الاستثناءات، انتقل إلى الأسئلة B10-B12.

B4. هل ثمة قيود أو حدود مفروضة على تغطية الدواء أو ثمة إجراءات يلزم اتخاذها للحصول على أدوية معينة؟

نعم، لبعض الأدوية قواعد تغطية أو حدود مفروضة على الكمية التي يمكنك الحصول عليها. وفي بعض الحالات، يتعين عليك أنت أو طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر اتخاذ قرار قبل حصولك على الدواء، على سبيل المثال:

- **التصريح المسبق:** بالنسبة لبعض الأدوية، يجب أن تحصل أنت أو طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر على تصريح من Blue Shield TotalDual Plan قبل صرف الوصفة الطبية الخاصة بك. التصريح المسبق يختلف عن الإحالة. قد لا تغطي Blue Shield TotalDual Plan الدواء إذا لم تحصل على تصريح مسبق.
- **حدود الكمية:** تفرض Blue Shield TotalDual Plan في بعض الأحيان قيوداً على كمية الأدوية التي يمكنك الحصول عليها.
- **العلاج المرحلي:** أحياناً تطلب Blue Shield TotalDual Plan منك إجراء العلاج المرحلي، وهذا يعني أنه سيتعين عليك تجربة الدواء بنظام معين طبقاً لحالتك الطبية. قد يتعين عليك تجربة أحد الأدوية قبل أن نقوم بتغطية دواء آخر. إذا اعتقد مقدم الوصفات الطبية أن الدواء الأول لا يناسبك، فسنغطي الدواء الثاني.

يمكنك معرفة ما إذا كان الدواء الخاص بك يحتوي على أي متطلبات أو حدود إضافية من خلال الاطلاع على الجداول الواردة في القسم C. يمكنك أيضاً الحصول على مزيد من المعلومات من خلال زيارة موقعنا الإلكتروني [blueshieldca.com/medformulary2025](https://www.blueshieldca.com/medformulary2025). لقد نشرنا مستندات عبر الإنترنت تشرح قيود التصريح المسبق والعلاج المرحلي الخاص بنا. كما يمكنك أن تطلب منا إرسال نسخة إليك.

يمكنك طلب استثناء من هذه القيود. وهذا سيتيح لك الفرصة لمناقشة الأمر مع طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر. ويمكنهم مساعدتك في التأكد من وجود دواء مكافئ في قائمة الأدوية يمكنك تناوله بدلاً من ذلك الدواء، أو إذا ما كان عليك طلب استثناء. راجع الأسئلة B10-B12 لمزيد من المعلومات حول الاستثناءات.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على (711:4413-452) (800)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، سبعة أيام في الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [blueshieldca.com/medformulary2025](https://www.blueshieldca.com/medformulary2025).



B5. كيف يمكنني معرفة ما إذا كان هناك قيودًا مفروضة على الدواء الذي أريده وما إذا كانت هناك إجراءات يلزم اتخاذها للحصول على الدواء؟

يضم الجدول في قائمة الأدوية حسب الحالة الطبية عمودًا بعنوان "الإجراءات أو القيود أو الحدود الضرورية المفروضة على الاستخدام".

B6. ماذا يحدث إذا غيرت Blue Shield TotalDual Plan قواعدها الخاصة بتغطية بعض الأدوية (على سبيل المثال، التصريح المسبق و/أو حدود الكمية و/أو قيود العلاج المرحلي)؟

في بعض الحالات، سنخبرك مسبقًا إذا أضفنا أو غيرنا التصريح المسبق و/أو حدود الكمية و/أو قيود العلاج المرحلي لدواء ما. يمكنك الرجوع إلى السؤال B3 للحصول على مزيد من المعلومات حول هذا الإشعار المسبق والحالات التي قد لا نستطيع فيها إخبارك مسبقًا عند تغيير قواعدها عن الأدوية الموجودة في قائمة الأدوية.

B7. كيف يمكنني العثور على دواء مدرج في قائمة الأدوية؟

ثمة طريقتين للعثور على الدواء؛ وهما:

- يمكنك البحث أجنبيًا، أو
- البحث حسب الحالة الصحية.

للبحث أجنبيًا، ابحث عن الدواء في قسم فهرس الأدوية الخاضعة للتغطية. يمكنك العثور عليه في الفهرس الذي يبدأ من الصفحة 127. يوفر الفهرس قائمة أجنبية بجميع الأدوية المدرجة في هذا المستند. يتم إدراج كل من الأدوية التي تحمل علامات تجارية والأدوية المماثلة (البديلة) في الفهرس. قم بالاطلاع على الفهرس وابحث عن الدواء الخاص بك. بجانب الدواء الخاص بك، ستلاحظ رقم الصفحة التي يمكنك العثور من خلالها على معلومات التغطية. انتقل إلى الصفحة الموضحة في الفهرس وابحث عن اسم الدواء الخاص بك في العمود الأول من القائمة.

للبحث حسب الحالة الطبية، ابحث عن القسم المسمى "قائمة الأدوية حسب الحالة الطبية" في الصفحة 1. تنقسم الأدوية الواردة في هذا القسم إلى فئات وفقًا إلى نوع الحالة الطبية التي تستخدم في علاجها. على سبيل المثال، إذا كنت تعاني من مشكلات في القلب، يتعين عليك الاطلاع على فئة أدوية القلب والأوعية الدموية. حيث ستجد فيها الأدوية التي تعالج أمراض القلب.

B8. ماذا لو لم يكن الدواء الذي أريد تناوله مدرجًا في قائمة الأدوية؟

إذا لم تعثر على الدواء الخاص بك في قائمة الأدوية، فاتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة في تذييل هذا المستند واسأل عنها. إذا علمت أن Blue Shield TotalDual Plan لن تغطي الدواء، يمكنك اتخاذ أحد هذه الإجراءات:

- اطلب من خدمة العملاء قائمة بأدوية مماثلة للدواء الذي تريد تناوله. ثم اعرض القائمة على طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر. يمكنهم وصف دواء مماثل للدواء الذي تريد تناوله من الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية. أو

- يمكنك أن تطلب من Blue Shield TotalDual Plan إجراء استثناء لتغطية الدواء الخاص بك. راجع الأسئلة B10-B12 لمزيد من المعلومات حول الاستثناءات.

B9. ما الذي يتعين علي فعله إذا كنت عضوًا جديدًا في Blue Shield TotalDual Plan ولم أجد دوائي في قائمة الأدوية أو كانت لدي مشكلة في الحصول على هذا الدواء؟

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على (TTY:711) 452-4413 (800)، من الساعة 8 ص إلى

8 م، سبعة أيام في الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة

blueshieldca.com/medformulary2025



يمكننا مساعدتك في هذا الأمر. يمكننا توفير تغطية مؤقتة لصرفيات دوائك لمدة 30 يومًا خلال أول 90 يومًا من عضويتك في Blue Shield TotalDual Plan. وهذا سيتيح لك الفرصة لمناقشة الأمر مع طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر. ويمكنهم مساعدتك في التأكد من وجود دواء مكافئ في قائمة الأدوية يمكنك تناوله بدلاً من ذلك الدواء، أو إذا ما كان عليك طلب استثناء. إذا كانت وصفتك الطبية موصوفة لتكفي أيام أقل، فإننا سنسمح بصرفها عدة مرات لتوفير صرفية تكفي لمدة 30 يومًا كحد أقصى.

سنقوم بتغطية صرفية للدواء الخاص بك لمدة 30 يومًا في الحالات التالية:

- إذا كنت تتناول دواءً ليس مدرجًا في قائمة الأدوية أو
- لم تسمح لك قواعد خطتنا بالحصول على الكمية المطلوبة التي أقرها مقدم الوصفات الطبية أو
- يتطلب الدواء تصريحًا مسبقًا من Blue Shield TotalDual Plan، أو
- أنك تتناول الدواء وهو جزء من قيود العلاج المرحلي.

إذا كنت تتناول دواءً لا تعتبره Blue Shield TotalDual Plan من أدوية القسم D، والدواء غير مدرج في قائمة الأدوية، وكانت لديك مشكلة في الحصول على الدواء، فقد تتم تغطيته من خلال Medi-Cal Rx. وإذا كان الدواء المستبعد من القسم D يتطلب استثناءً، وكان لديك حالة طارئة، فسيسمح Medi-Cal Rx بصرف الدواء لمدة لا تقل عن 72 ساعة. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov). يمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة تعريف مزاي Medi-Cal يُشار إليها اختصارًا (BIC) عند الحصول على الوصفات الطبية من خلال Medi-Cal Rx.

إذا كنت في دار ترميض أو منشأة رعاية طويلة الأجل أخرى وتحتاج إلى دواء ولم يكن مدرجًا في قائمة الأدوية أو إذا تعذر عليك الحصول على الدواء الذي تحتاجه بسهولة، يمكننا مساعدتك. وإذا كنت مشتركًا في الخطة لأكثر من 90 يومًا، وكنت مقيمًا في منشأة رعاية طويلة الأجل، وتحتاج إلى صرفية فورية:

- سنقوم بتغطية صرفية واحدة تكفي لمدة 31 يومًا من الدواء (ما لم تكن وصفتك الطبية لمدة أقل من ذلك) سواء كنت عضوًا جديدًا في Blue Shield TotalDual Plan أم لا.

- هذا بالإضافة إلى صرفية مؤقتة تتلقاها خلال أول 90 يومًا من عضويتك في Blue Shield TotalDual Plan.

سياسة الانتقال

في الظروف التي يغير فيها المستفيد من وضع أحد الأدوية إلى آخر، فإن خطة Blue Shield TotalDual Plan تؤكد على معالجة سريعة لاعتماد أدوية القسم D غير الموصوفة تأمينيًا. ويجب أن تنطبق هذه المعالجة أيضًا على أدوية القسم D الموصوفة تأمينيًا والتي تتطلب تصريح مسبق أو علاج مرحلي. إن من أمثلة التغييرات في مستوى الرعاية المستفيدين الذين خرجوا من المستشفى إلى المنزل والمستفيدين الذين احتجازهم في مركز لخدمات الترميض المتخصصة بالقسم A من Medicare والذين يتعين عليهم العودة لكتيب وصفات خطة القسم D والمستفيدين الذين أنهوا احتجازهم في أحد مراكز الرعاية طويلة الأجل ثم عادوا لمجتمعاتهم والمستفيدين الذين خرجوا من مستشفيات العلاج النفسي بنظم علاجية خاصة جدًا.

B10. هل يمكنني طلب استثناء لتغطية دوائي؟

نعم. يمكنك أن تطلب من Blue Shield TotalDual Plan إجراء استثناء لتغطية دواء ليس مدرجًا في قائمة الأدوية.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على (800) 452-4413 (TTY:711)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، سبعة أيام في الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة blueshieldca.com/medformulary2025.



يمكنك أيضًا مطالبتنا بتغيير قواعد الدواء الخاص بك.

- على سبيل المثال، قد تفرض Blue Shield TotalDual Plan قيودًا على كمية الدواء التي تغطيها. إذا كان الدواء الخاص بك يتضمن قيودًا، فيمكنك مطالبتنا بتغيير القيد وتغطية كمية أكبر.
- أمثلة أخرى: يمكنك مطالبتنا بإسقاط قيود العلاج المرحلي أو متطلبات التصريح المسبق.

B11. كيف يمكنني طلب استثناء؟

لطلب استثناء، اتصل بقسم خدمة العملاء. ستقوم خدمة العملاء بالتعاون معك ومع مقدم الوصفات الطبية الخاص بك لمساعدتك في طلب استثناء. يمكنك أيضًا قراءة القسم G2 في الفصل 9 من كتيب الأعضاء لمعرفة المزيد عن الاستثناءات.

B12. ما المدة المستغرقة للحصول على استثناء؟

بعد حصولنا على بيان يدعم طلبك من مقدم الوصفات الطبية الخاص بك للحصول على استثناء، فإننا سنمنحك قرارًا خلال 72 ساعة. ويمكن لمقدم الوصفات الطبية الخاص بك إرسال هذا البيان إلكترونيًا (عن طريق الإنترنت أو الفاكس) أو عبر البريد. كما يمكنهم أيضًا الاتصال بقسم صيدليات Blue Shield ومنحننا البيان شفهيًا ومن ثم إرساله في شكل بيان كتابي إذا اقتضت الحاجة.

إذا كنت تعتقد أنت أو مقدم الوصفات الطبية أن صحتك قد تتضرر إذا توجب عليك الانتظار لمدة 72 ساعة لإصدار القرار فيمكنك طلب استثناء عاجل. وبهذا نتخذ القرار على نحو أسرع. إذا كان مقدم الوصفات الطبية الخاص بك يدعم طلبك، فسنمنحك قرارًا في غضون 24 ساعة من تلقي البيان الداعم من مقدم الوصفات الطبية.

B13. ما المقصود بالأدوية المماثلة (البديلة)؟

الأدوية المماثلة (البديلة) هي الأدوية التي تتكون من نفس المكونات الفعالة في الأدوية ذات العلامة التجارية. عادةً ما تكون تكلفتها أقل من دواء ذي علامة تجارية وتعمل بشكل عام بنفس كفاءة الدواء. عادة لا تحمل أسماء مشهورة. وتكون الأدوية المماثلة (البديلة) معتمدة من منظمة الغذاء والدواء (FDA). هناك أدوية مماثلة (بديلة) متاحة للعديد من الأدوية ذات العلامات التجارية. عادةً ما يمكن استبدال الأدوية المماثلة (البديلة) بالأدوية ذات العلامات التجارية في الصيدلية دون وصفة طبية جديدة؛ وذلك بناءً على قوانين الولاية.

تغطي Blue Shield TotalDual Plan كلاً من الأدوية ذات العلامة التجارية والأدوية المماثلة (البديلة).

B14. ما هي المنتجات البيولوجية الأصلية ومدى ارتباطها بالبدائل الحيوية؟

عندما نشير إلى الأدوية، قد يعني هذا دواءً أو منتجًا بيولوجيًا. المنتجات البيولوجية هي أدوية تكون أكثر تعقيدًا من الأدوية العادية. نظرًا لأن المنتجات البيولوجية أكثر تعقيدًا من الأدوية التقليدية، فبدلاً من أن يكون لها شكل عام، يكون لها بدائل تسمى البدائل الحيوية. بشكل عام، تعمل البدائل الحيوية بنفس كفاءة المنتج البيولوجي الأصلي وقد تكون تكلفتها أقل. هناك بدائل حيوية لبعض المنتجات البيولوجية الأصلية. بعض البدائل الحيوية هي البدائل الحيوية القابلة للتبادل، ووفقًا لقوانين الولاية، قد يتم استبدالها بالمنتج البيولوجي الأصلي في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة، تمامًا مثل الأدوية المماثلة (البديلة) يمكن استبدالها بالأدوية ذات العلامات التجارية.

لمزيد من المعلومات حول أنواع الأدوية، يرجى الرجوع إلى الفصل 5 من كتيب الأعضاء.

B15. هل تغطي Blue Shield TotalDual Plan صرفيات الوصفات الطبية طويلة الأجل؟

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على (711:4413-452) (800)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، سبعة أيام في الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [blueshieldca.com/medformulary2025](https://www.blueshieldca.com/medformulary2025).



بالنسبة لأنواع معينة من الأدوية، يمكنك استخدام موفر خدمة التوصيل إلى المنازل التابع لشبكة الخطأ. وبصفة عامة، فإن الأدوية المقدمة من خلال التوصيل إلى المنازل هي الأدوية التي تتناولها بصورة منتظمة لعلاج مرض مزمن أو حالة طبية طويلة الأجل. يتم تمييز الأدوية غير المتاحة من خلال موفر خدمة التوصيل إلى المنازل التابع للخطأ بالرمز **NDS** في قائمة الأدوية لدينا.

- **خدمات التوصيل إلى المنازل.** نقدم خدمة التوصيل إلى المنازل التي تسمح لك بالحصول على صرفية لمدة تصل إلى **100 يوم للفئة 1: الأدوية المماثلة (البديلة) المفضلة، الفئة 2: الأدوية المماثلة (البديلة)، الفئة 3: أدوية العلامة التجارية المفضلة والفئة 4: الأدوية غير المفضلة.** إن الصرفية المحددة لمدة 100 يوم لها حصة مشاركة في الدفع تمامًا مثل الصرفية المحددة لشهر واحد للفئة 1: الأدوية المماثلة (البديلة) المفضلة، الفئة 2: الأدوية المماثلة (البديلة)، الفئة 3: أدوية العلامة التجارية المفضلة والفئة 4: الأدوية غير المفضلة.
- **برامج صيدليات البيع بالتجزئة.** قد تقدم بعض صيدليات البيع بالتجزئة صرفية لمدة تصل إلى **100 يومًا للفئة 1: الأدوية المماثلة (البديلة) المفضلة، الفئة 2: الأدوية المماثلة (البديلة)، الفئة 3: أدوية العلامة التجارية المفضلة والفئة 4: الأدوية غير المفضلة.** إن الصرفية المحددة لمدة 100 يوم لها حصة مشاركة في الدفع تمامًا مثل الصرفية المحددة لشهر واحد للفئة 1: الأدوية المماثلة (البديلة) المفضلة، الفئة 2: الأدوية المماثلة (البديلة)، الفئة 3: أدوية العلامة التجارية المفضلة والفئة 4: الأدوية غير المفضلة.

B16. هل يمكنني الحصول على الوصفات الطبية من الصيدلية المحلية الخاصة بي؟

قد تتمكن الصيدلية المحلية من توصيل وصفتك الطبية إلى منزلك. يمكنك الاتصال بالصيدلية لمعرفة ما إذا كانت تقدم خدمة التوصيل إلى المنازل.

B17. ما مبلغ المشاركة في الدفع الخاص بي؟

لا يدفع أعضاء Blue Shield TotalDual Plan أي مبالغ مشاركة في الدفع مقابل الأدوية المقررة بوصفة طبية إذا كان العضو يتبع قواعد الخطأ.

الفئات هي مجموعات الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بنا.

- فئة الأدوية 1 هي الأدوية المماثلة (البديلة) المفضلة
- فئة الأدوية 2 هي الأدوية المماثلة (البديلة)
- فئة الأدوية 3 هي الأدوية ذات العلامة التجارية المفضلة
- فئة الأدوية 4 هي الأدوية غير المفضلة
- فئة الأدوية 5 هي أدوية الفئة المتخصصة

حصة المشاركة في الدفع		الوصف	الفئة
صرفية لمدة 100 يومًا	صرفية لمدة 30 يومًا		
\$0	\$0	الأدوية المماثلة (البديلة) المفضلة	الفئة 1
\$0	\$0	الأدوية المماثلة (البديلة)	الفئة 2
\$0	\$0	الأدوية ذات العلامات التجارية المفضلة	الفئة 3

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على (711:TTY) 4413-452 (800)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، سبعة أيام في الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [blueshieldca.com/medformulary2025](https://www.blueshieldca.com/medformulary2025).



\$0	\$0	الأدوية غير المفضلة	الفئة 4
غير متاح	\$0	أدوية الفئة المتخصصة	الفئة 5

إذا كانت لديك أسئلة، فاتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة في تذييل هذا المستند.

C. نظرة عامة على قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية

توفر لك قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية معلومات حول الأدوية التي تغطيها Blue Shield TotalDual Plan. إذا واجهتك مشكلة في العثور على دوائك ضمن القائمة، فانقل إلى فهرس الأدوية الخاضعة للتغطية الذي يبدأ في القسم D. يسرد الفهرس أجدياً جميع الأدوية التي تغطيها Blue Shield TotalDual Plan.

الأدوية الأخرى، مثل بعض الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية (OTC) وبعض الفيتامينات، قد يغطيها Medi-Cal Rx. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov). يمكنك أيضاً الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة هوية المستفيد (BIC) لبرنامج Medi-Cal عند الحصول على الوصفات الطبية من خلال Medi-Cal Rx.

D. الطعون بموجب القسم

- الطعن هو الطريقة الرسمية لتقديم طلب بمراجعة أحد القرارات التي اتخذناها بشأن التغطية وتغيير هذا القرار إذا كنت تظن أننا اقترنا خطأً،
- فعلى سبيل المثال، قد نقرر أن لا نغطي الدواء الذي تريده أو عدم تغطيته بعد الآن من قبل Medicare أو Medi-Cal.
- إذا لم توافق أنت أو مقدم الوصفات الطبية الخاص بك على قرارنا، يمكنك الطعن. إذا كان لديك أي سؤال، فاتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة في تذييل هذا المستند.
- ويمكنك أيضاً الاطلاع على الفصل 9 من كتيب الأعضاء لمعرفة كيفية تقديم طعن على قرار ما.
- الأدوية التي ليست ضمن أدوية القسم D لها قواعد مختلفة لتقديم الطعون.

C1. قائمة الأدوية حسب الحالة الطبية

تنقسم الأدوية الواردة في هذا القسم إلى فئات وفقاً إلى نوع الحالة الطبية التي تستخدم في علاجها. على سبيل المثال، إذا كنت تعاني من مشكلات في القلب، يتعين عليك الاطلاع على فئة أدوية القلب والأوعية الدموية. حيث ستجد فيها الأدوية التي تعالج أمراض القلب.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على (800) 452-4413 (TTY:711)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، سبعة أيام في الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة blueshieldca.com/medformulary2025.



الدليل

الفئة	الاسم	الرمز
1	الأدوية المماثلة (البديلة) المفضلة	LA
2	الأدوية المماثلة (البديلة)	PA
3	الأدوية ذات العلامات التجارية المفضلة	QL
4	الأدوية غير المفضلة	ST
5	أدوية الفئة المتخصصة	NDS
	الوصف	
	قد تتاح هذه الوصفة الطبية فقط في صيدليات بعينها. لمزيد من المعلومات، راجع دليل الصيدليات أو اتصل بخدمة العملاء.	إتاحة محدودة
	تتطلب تغطية هذه الوصفة الطبية الحصول على تصريح مسبق من Blue Shield. اتصل بـ Blue Shield لتقديم المعلومات اللازمة للبيت في موقف الدواء من التغطية. قد تتطلب بعض الأدوية البيت في موقف الدواء من التغطية في القسم B أو القسم D، بناءً على قواعد تغطية برنامج Medicare.	التصريح المسبق
	هذا الدواء له حد للجرعات أو الكمية المقررة بوصفة طبية. يتم تحديد حدود الجرعة اليومية القصوى من قبل هيئة الدواء والغذاء وهي مدرجة في نشرة حزمة الأدوية. تعزز حدود الكمية الأخرى الجرعات الموحدة عندما يكون ذلك ممكناً.	حدود الكمية
	يتم توفير تغطية لهذه الوصفة الطبية عند تجربة علاجات دوائية أخرى من الدرجة الأولى أو مفضلة (العلاج المرحلي).	العلاج المرحلي
	هي الأدوية غير المتوفرة لصرفية طويلة الأجل.	صرفيات الفترات غير الممتدة

يحتوي العمود الأول من الجدول على اسم الدواء. تتم كتابة الأدوية المماثلة (البديلة) بأحرف مائلة صغيرة (مثل *simvastatin*)، بينما تتم كتابة الأدوية ذات العلامة التجارية بأحرف كبيرة (مثل ELIQUIS). توضح لك المعلومات الواردة في عمود "الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود المفروضة على استخدام الدواء" إذا كان لدى Blue Shield TotalDual Plan أي قواعد لتغطية الدواء الخاص بك.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على (711:4413-452 (800)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، سبعة أيام في الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة blueshieldca.com/medformulary2025.



D. فهرس الأدوية الخاضعة للتغطية

في هذا القسم، يمكنك العثور على دواء من خلال البحث عن اسمه أجنبيًا. سيُعلمك هذا برقم الصفحة حيث يمكنك العثور على معلومات تغطية إضافية لدوائك.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على (TTY:711) 452-4413 (800)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، سبعة أيام في الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [blueshieldca.com/medformulary2025](https://www.blueshieldca.com/medformulary2025).



ANALGESICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS		
<i>butalbital-aspirin-caffeine 50-325-40 mg cap</i>	Tier 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE 50-325-40 MG TAB	Tier 2	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 (1 % gel, 1.5 % solution)</i>	Tier 3	
<i>diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr)</i>	Tier 2	
<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 (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 1	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANALGESICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>ibuprofen 100 mg/5ml suspension</i>	Tier 2	
<i>indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>indomethacin er 75 mg cap er</i>	Tier 3	
<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

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANALGESICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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
<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
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
ACETAMINOPHEN-CODEINE (120-12 MG/5ML SOLUTION, 300-30 MG/12.5ML SOLUTION)	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>fentanyl citrate (1200 mcg loz handle, 1600 mcg loz handle, 400 mcg loz handle, 600 mcg loz handle, 800 mcg loz handle)</i>	Tier 5	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>fentanyl citrate 200 mcg loz handle</i>	Tier 4	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANALGESICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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 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
<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

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANALGESICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325 MG/5ML SOLUTION	Tier 3	QL (1000 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

ANESTHETICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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)
<i>premium lidocaine 5 % ointment</i>	Tier 4	QL (50 PER 30 DAYS)

ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
OPIOID DEPENDENCE		
<i>buprenorphine hcl 2 mg sl tab</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl 8 mg sl tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (2-0.5 mg film, 4-1 mg film)</i>	Tier 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (8-2 mg film, 8-2 mg sl tab)</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl 12-3 mg film</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl 2-0.5 mg sl tab</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
OPIOID REVERSAL AGENTS		
<i>naloxone hcl (0.4 mg/ml soln cart, 0.4 mg/ml soln prsyr, 0.4 mg/ml solution, 2 mg/2ml soln prsyr, 4 mg/10ml solution)</i>	Tier 2	
<i>naloxone hcl 4 mg/0.1ml liquid</i>	Tier 2	QL (2 PER 30 DAYS)
<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 & 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)

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTIBACTERIALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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	
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 (600 mg/4ml solution, 9 gm/60ml solution, 900 mg/6ml solution, 9000 mg/60ml 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 NA CL (300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	Tier 4	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTIBACTERIALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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>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	
<i>metronidazole (0.75 % cream, 0.75 % lotion)</i>	Tier 3	
<i>metronidazole (0.75 % gel, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metronidazole (1 % gel, 500 mg/100ml solution)</i>	Tier 4	
<i>nitrofurantoin macrocrystal (100 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	Tier 2	
<i>polymyxin b sulfate 500000 unit recon soln</i>	Tier 4	
<i>rosadan 0.75 % cream</i>	Tier 3	
<i>rosadan 0.75 % gel</i>	Tier 2	
<i>tigecycline 50 mg recon soln</i>	Tier 5	
<i>tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>trimethoprim 100 mg tab</i>	Tier 2	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTIBACTERIALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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, 250 mg recon soln, 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
VANDAZOLE 0.75 % GEL	Tier 3	
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, 500 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>cefadroxil (250 mg/5ml recon susp, 500 mg/5ml recon susp)</i>	Tier 3	
<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>cefotetan disodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	Tier 4	
<i>cefoxitin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	Tier 4	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTIBACTERIALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>cefpodoxime proxetil (100 mg tab, 100 mg/5ml recon susp, 200 mg tab, 50 mg/5ml recon susp)</i>	Tier 4	
<i>cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ceftazidime (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 6 gm recon soln)</i>	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	
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 chew tab, 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 ER 1000-62.5 MG TAB ER 12H	Tier 4	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTIBACTERIALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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 C-R 1200000 UNIT/2ML SUSPENSION	Tier 4	
BICILLIN C-R 900/300 900000-300000 UNIT/2ML SUSPENSION	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>nafacillin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	Tier 4	
<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	
PFIZERPEN (20000000 UNIT RECON SOLN, 5000000 UNIT RECON SOLN)	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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTIBACTERIALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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	
<i>clarithromycin er 500 mg tab er 24h</i>	Tier 4	
DIFICID 200 MG TAB	Tier 5	PA, QL (20 PER 10 OVER TIME)
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	Tier 5	PA, QL (136 PER 10 OVER TIME)
E.E.S. 400 400 MG TAB	Tier 4	
<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, 400 mg tab, 400 mg/5ml recon susp)</i>	Tier 4	
<i>erythromycin lactobionate 500 mg recon soln</i>	Tier 4	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTIBACTERIALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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
SULFONAMIDES		
<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	
TETRACYCLINES		
<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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTIBACTERIALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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>morgidox 100 mg cap</i>	Tier 2	
<i>tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	Tier 4	

ANTICONVULSANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTICONVULSANTS, OTHER		
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
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)</i>	Tier 4	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTICONVULSANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FYCOMPA (10 MG TAB, 12 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION	Tier 4	QL (24 PER 1 DAYS)
FYCOMPA 2 MG TAB	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>lamotrigine (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg chew tab, 25 mg 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>roweepra (1000 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>roweepra xr 500 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>roweepra xr 750 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 4	QL (2 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	
<i>topiramate (100 mg tab, 15 mg cap sprink, 200 mg tab, 25 mg cap sprink, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTICONVULSANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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 3	
GAMMA-AMINOBUTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS		
<i>clobazam 10 mg tab</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<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)
DIAZEPAM 2.5 MG GEL	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)
LIBERVANT (10 MG FILM, 12.5 MG FILM, 15 MG FILM, 5 MG FILM, 7.5 MG FILM)	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
<i>phenobarbital (100 mg tab, 15 mg tab, 16.2 mg tab, 20 mg/5ml elixir, 20 mg/5ml solution, 30 mg tab, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTICONVULSANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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 7.5 MG/0.1ML LIQD THPK	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 20 MG DOSE 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</i>	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigabatrin 500 mg tab</i>	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<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		
APTIOM (200 MG TAB, 400 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
APTIOM (600 MG TAB, 800 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>carbamazepine (100 mg chew tab, 100 mg/5ml suspension, 200 mg tab, 200 mg/10ml suspension)</i>	Tier 2	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTICONVULSANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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	
<i>epitol 200 mg tab</i>	Tier 2	
<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	
<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 X 200 MG TAB THPK, 14 X 50 MG & 14 X 100 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

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTICONVULSANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	
<i>zonisamide (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	

ANTIDEMENTIA AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTIDEMENTIA AGENTS, OTHER		
ERGOLOID MESYLATES 1 MG TAB	Tier 3	
CHOLINESTERASE INHIBITORS		
<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, 8 mg tab)</i>	Tier 2	
GALANTAMINE HYDROBROMIDE 4 MG/ML SOLUTION	Tier 4	
<i>galantamine hydrobromide er (16 mg cap er 24h, 24 mg cap er 24h, 8 mg cap er 24h)</i>	Tier 4	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	
N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONIST		
<i>memantine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>memantine hcl (10 mg/5ml solution, 2 mg/ml solution, 28 x 5 mg & 21 x 10 mg tab)</i>	Tier 3	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTIDEMENTIA AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTIDEPRESSANTS, OTHER		
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)
<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)
LYBALVI (10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB, 5-10 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), 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

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTIDEPRESSANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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	
<i>phenelzine sulfate 15 mg tab</i>	Tier 2	
<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</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 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)

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTIDEPRESSANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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	
<i>paroxetine hcl 10 mg/5ml suspension</i>	Tier 4	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>paroxetine hcl er (12.5 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 37.5 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	
<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 2	
<i>clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTIDEPRESSANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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, 10 mg/ml conc, 100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTIEMETICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>scopolamine 1 mg/3days patch 72hr</i>	Tier 4	
EMETOGENIC THERAPY ADJUNCTS		
<i>aprepitant (125 mg cap, 80 & 125 mg cap, 80 & 125 mg misc, 80 mg cap)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTIFUNGALS		
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTIFUNGALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>caspofungin acetate (50 mg recon soln, 70 mg recon soln)</i>	Tier 4	PA
<i>clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)</i>	Tier 2	
<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 10 mg/ml solution</i>	Tier 4	PA
<i>itraconazole 100 mg cap</i>	Tier 4	
<i>ketconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>micafungin sodium (100 mg recon soln, 50 mg recon soln)</i>	Tier 4	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	Tier 3	
<i>nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)</i>	Tier 2	
<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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTIFUNGALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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)
NURTEC 75 MG TAB DISP	Tier 5	PA, QL (16 PER 30 DAYS)
UBRELVY (100 MG TAB, 50 MG TAB)	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)
MIGERGOT 2-100 MG SUPPOS	Tier 4	QL (20 PER 30 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTIMIGRAINE AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
SEROTONIN (5-HT) RECEPTOR AGONIST		
<i>naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	Tier 3	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>rizatriptan benzoate (10 mg tab, 10 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)</i>	Tier 2	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan (20 mg/act solution, 5 mg/act solution)</i>	Tier 4	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan succinate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln prsy, 6 mg/0.5ml solution)</i>	Tier 4	QL (8 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan succinate refill (4 mg/0.5ml soln cart, 6 mg/0.5ml soln cart)</i>	Tier 4	QL (8 PER 30 DAYS)
<i>zolmitriptan (2.5 mg tab, 2.5 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)</i>	Tier 4	QL (18 PER 30 DAYS)

ANTIMYASTHENIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
PARASYMPATHOMIMETICS		
<i>pyridostigmine bromide 60 mg tab</i>	Tier 2	
<i>pyridostigmine bromide 60 mg/5ml solution</i>	Tier 4	
<i>pyridostigmine bromide er 180 mg tab er</i>	Tier 4	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTIMYCOBACTERIALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTIMYCOBACTERIALS, OTHER		
<i>dapsone (100 mg tab, 25 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>rifabutin 150 mg cap</i>	Tier 4	
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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ALKYLATING AGENTS		
CYCLOPHOSPHAMIDE (25 MG CAP, 25 MG TAB, 50 MG CAP, 50 MG TAB)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
GLEOSTINE (10 MG CAP, 40 MG CAP)	Tier 4	
GLEOSTINE 100 MG CAP	Tier 5	
LEUKERAN 2 MG TAB	Tier 4	
MATULANE 50 MG CAP	Tier 5	LA
<i>thiotepa (100 mg recon soln, 15 mg recon soln)</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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>bicalutamide 50 mg tab</i>	Tier 2	
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
<i>flutamide 125 mg cap</i>	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, 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
ANTIANGIOGENIC AGENTS		
<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
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
REVLIMID (10 MG CAP, 15 MG CAP, 2.5 MG CAP, 20 MG CAP, 25 MG CAP, 5 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
THALOMID (100 MG CAP, 50 MG CAP)	Tier 5	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
ANTIESTROGENS/MODIFIERS		
<i>fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr</i>	Tier 5	
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>mercaptapurine 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
PURIXAN 2000 MG/100ML SUSPENSION	Tier 5	LA, 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 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	
INQOVI 35-100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (5 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
IWILFIN 192 MG TAB	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<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	
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 2	
<i>exemestane 25 mg tab</i>	Tier 4	
<i>letrozole 2.5 mg tab</i>	Tier 2	
ENZYME INHIBITORS		
TRUQAP (160 MG TAB THPK, 200 MG TAB THPK)	Tier 5	LA, QL (64 PER 28 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

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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
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 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

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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
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 (70 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib 20 mg tab</i>	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib 50 mg tab</i>	Tier 5	QL (3 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

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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
IBRANCE (100 MG CAP, 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
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 5	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 (280 MG TAB, 420 MG TAB, 70 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA 140 MG CAP	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	LA, QL (216 PER 30 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
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
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

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
KOSELUGO 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 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
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

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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
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
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

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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
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
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
REZLIDHIA 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 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

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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
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
SPRYCEL (100 MG TAB, 140 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL (70 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL 20 MG TAB	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL 50 MG TAB	Tier 5	QL (3 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

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
TAGRISO (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
TASIGNA (150 MG CAP, 200 MG CAP, 50 MG CAP)	Tier 5	QL (4 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
TIBSOVO 250 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRUQAP (160 MG TAB, 200 MG TAB)	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
UKONIQ 200 MG TAB	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

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 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) 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

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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 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
RETINOIDS		
<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	
TREATMENT ADJUNCTS		
HEMADY 20 MG TAB	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mesna 100 mg/ml solution</i>	Tier 4	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
MESNEX 400 MG TAB	Tier 5	
VONJO 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIPARASITICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTHELMINTHICS		
<i>albendazole 200 mg tab</i>	Tier 4	
<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</i>	Tier 2	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>chloroquine phosphate 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 sulfite 100 mg tab</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfite 200 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfite 300 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfite 400 mg tab</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTIPARASITICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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 4	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)

ANTIPARKINSON AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTICHOLINERGICS		
<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	
ANTIPARKINSON AGENTS, OTHER		
<i>amantadine hcl (100 mg cap, 100 mg tab, 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)
DOPAMINE AGONISTS		
<i>apomorphine hcl 30 mg/3ml soln cart</i>	Tier 5	PA
<i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)</i>	Tier 4	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTIPARKINSON AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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)
DOPAMINE PRECURSORS AND/OR L-AMINO ACID DECARBOXYLASE INHIBITORS		
<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	
<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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTIPSYCHOTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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, 5 mg/ml solution)</i>	Tier 3	
<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)
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 ASIMTUFII (720 MG/2.4ML PRSYR, 960 MG/3.2ML PRSYR)	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
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, 5 mg tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	Tier 4	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 4	QL (4 PER 1 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTIPSYCHOTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ARISTADA (1064 MG/3.9ML PRSYR, 441 MG/1.6ML PRSYR, 662 MG/2.4ML PRSYR, 882 MG/3.2ML PRSYR)	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4ML PRSYR	Tier 5	QL (2.4 PER 42 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<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
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 1 & 2 & 4 & 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 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.5 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 4	QL (0.25 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.5 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTIPSYCHOTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.88 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
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, 80 mg tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lurasidone hcl (20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 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	
<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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTIPSYCHOTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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 srrer, 25 mg srrer)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>risperidone microspheres er (37.5 mg srrer, 50 mg srrer)</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 (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
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

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTISPASTICITY AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTISPASTICITY AGENTS		
<i>baclofen 10 mg tab</i>	Tier 2	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>baclofen 15 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>baclofen 20 mg tab</i>	Tier 2	QL (4 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 3	
<i>tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 2	

ANTIVIRALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTI-CYTOMEGALOVIRUS (CMV) AGENTS		
LIVTENCITY 200 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
PREVYMIS 240 MG TAB	Tier 5	QL (200 PER 365 OVER TIME)
PREVYMIS 480 MG TAB	Tier 5	QL (100 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)
ANTI-HEPATITIS B (HBV) AGENTS		
<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	
ANTI-HEPATITIS C (HCV) AGENTS		
MAVYRET 100-40 MG TAB	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTIVIRALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
MAVYRET 50-20 MG PACKET	Tier 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>ribavirin (200 mg cap, 200 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ribavirin 6 gm recon soln</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
ANTI-HIV AGENTS, INTEGRASE INHIBITORS (INSTI)		
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)
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NNRTI)		
COMPLERA 200-25-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EDURANT 25 MG TAB	Tier 5	QL (2 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 5	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)

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTIVIRALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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)
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)
<i>abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine 300-150-300 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 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)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitabine-tenofovir df 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</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)

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTIVIRALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>stavudine (15 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
TEMIXYS 300-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i>	Tier 4	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
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	Tier 5	QL (6 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
FUZEON 90 MG RECON SOLN	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
<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)

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTIVIRALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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 5	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)
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)
<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 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)

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTIVIRALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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)
ANTIHERPETIC AGENTS		
<i>acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>acyclovir 200 mg/5ml 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		
PAXLOVID (150/100) 10 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	Tier 3	QL (20 PER 30 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANTIVIRALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
PAXLOVID (300/100) 20 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)

ANXIOLYTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANXIOLYTICS, OTHER		
<i>bupirone hcl (10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>meprobamate (200 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 4	
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>alprazolam er (0.5 mg tab er 24h, 1 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam er 2 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam xr (0.5 mg tab er 24h, 1 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam xr 2 mg tab er 24h</i>	Tier 4	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)
<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 3	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tab</i>	Tier 3	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 7.5 mg tab</i>	Tier 3	QL (12 PER 1 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ANXIOLYTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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 (2 mg tab, 2 mg/ml conc)</i>	Tier 2	QL (5 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 intensol 2 mg/ml conc</i>	Tier 2	QL (5 PER 1 DAYS)

BIPOLAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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	

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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 (100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 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)
KERENDIA (10 MG TAB, 20 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	
<i>miglitol (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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)
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, 2.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
XIGDUO XR (10-500 MG TAB ER 24H, 5-500 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (1 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 KIT, 1 MG/ML RECON SOLN)	Tier 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
INSULINS		
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	
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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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 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)
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (45 PER 30 DAYS)
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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTICOAGULANTS		
<i>dabigatran etexilate mesylate (150 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	Tier 3	QL (74 PER 180 OVER TIME)

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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>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)

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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, 500 MCG/ML SOLN PRSYR, 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
PROMACTA (12.5 MG PACKET, 12.5 MG TAB)	Tier 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
PROMACTA (25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
PROMACTA 25 MG PACKET	Tier 5	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
PROMACTA 75 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
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
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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	
BRILINTA (60 MG TAB, 90 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<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)

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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	
<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 5	PA, QL (252 PER 90 OVER TIME)
<i>droxidopa 200 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (120 PER 30 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	
<i>methyldopa (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>midodrine hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 3	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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	
EPROSARTAN MESYLATE 600 MG TAB	Tier 1	QL (1 PER 1 DAYS)
<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	
<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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>perindopril erbumine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	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	
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	
<i>quinidine sulfate (200 mg tab, 300 mg tab)</i>	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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<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>carvedilol phosphate er (10 mg cap er 24h, 20 mg cap er 24h, 40 mg cap er 24h, 80 mg cap er 24h)</i>	Tier 4	ST
<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	
<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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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 (10 mg cap, 20 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	
NYMALIZE 6 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (1260 PER 21 DAYS)
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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>diltiazem hcl er (120 mg cap er 12h, 120 mg tab er 24h, 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, 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	
<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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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 1	
<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)
ENTRESTO (24-26 MG TAB, 49-51 MG TAB, 97-103 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>isosorb dinitrate-hydralazine 20-37.5 mg tab</i>	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<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	
METHYLDOPA-HYDROCHLOROTHIAZIDE (250-15 MG TAB, 250-25 MG TAB)	Tier 3	
<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	
PROPRANOLOL-HCTZ (40-25 MG TAB, 80-25 MG TAB)	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>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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)</i>	Tier 1	
TRANDELAPRIL-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	
<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 (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>furosemide 10 mg/ml solution</i>	Tier 4	
FUROSEMIDE 8 MG/ML SOLUTION	Tier 2	
<i>torseamide (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>eplerenone (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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	Tier 2	
<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	
<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 3	
<i>colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)</i>	Tier 4	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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	
<i>icosapent ethyl 0.5 gm cap</i>	Tier 4	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>icosapent ethyl 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 3	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, QL (2 PER 28 DAYS)
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	Tier 3	PA, QL (3.5 PER 28 DAYS)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)		
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 2	
<i>minoxidil (10 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	Tier 2	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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 (120 mg tab er 24h, 30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>minitran (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg/hr patch 24hr)</i>	Tier 2	
NITRO-BID 2 % OINTMENT		
<i>nitroglycerin (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg/hr patch 24hr)</i>	Tier 2	
<i>nitroglycerin (0.3 mg sl tab, 0.4 mg sl tab, 0.6 mg sl tab)</i>	Tier 3	
<i>nitroglycerin 0.4 % ointment</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>nitroglycerin 0.4 mg/spray solution</i>	Tier 4	
NITROSTAT (0.3 MG SL TAB, 0.4 MG SL TAB, 0.6 MG SL TAB)	Tier 3	

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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)

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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)
<i>lisdexamfetamine dimesylate (10 mg cap, 10 mg chew tab, 20 mg cap, 20 mg chew tab, 30 mg cap, 30 mg chew tab, 40 mg cap, 40 mg chew tab, 50 mg cap, 50 mg chew tab, 60 mg cap, 60 mg chew tab, 70 mg cap)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
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)

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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 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 5	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)
FIBROMYALGIA AGENTS		
DRIZALMA SPRINKLE (20 MG CAP DR, 30 MG CAP DR)	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE (40 MG CAP DR, 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)

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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, 240 mg cap dr)</i>	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk</i>	Tier 5	PA, LA, 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)
<i>teriflunomide (14 mg tab, 7 mg tab)</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

DENTAL AND ORAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
DENTAL AND ORAL AGENTS		
<i>cevimeline hcl 30 mg cap</i>	Tier 4	
<i>chlorhexidine gluconate 0.12 % solution</i>	Tier 2	
KEPIVANCE 6.25 MG RECON SOLN	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>kourzeq 0.1 % paste</i>	Tier 3	
<i>oralone 0.1 % paste</i>	Tier 3	
<i>paroex 0.12 % solution</i>	Tier 2	
<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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

DERMATOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ACNE AND ROSACEA AGENTS		
<i>accutane (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>adapalene 0.1 % cream</i>	Tier 4	PA
<i>amnesteem (10 mg cap, 20 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 1-5 % gel</i>	Tier 4	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox 1.2-5 % gel</i>	Tier 3	
<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	
TAZORAC 0.05 % CREAM	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	
DERMATITIS AND PRURITUS AGENTS		
<i>ala-cort (1 % cream, 2.5 % cream)</i>	Tier 2	
<i>alclometasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)</i>	Tier 2	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

DERMATOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)</i>	Tier 4	
<i>clobetasol propionate e 0.05 % cream</i>	Tier 4	
<i>desonide (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	Tier 4	
<i>desoximetasone (0.25 % cream, 0.25 % ointment)</i>	Tier 3	
<i>fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)</i>	Tier 3	
<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)</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 3	QL (200 PER 28 DAYS)
<i>hydrocortisone (1 % cream, 1 % ointment, 2.5 % cream, 2.5 % lotion, 2.5 % ointment)</i>	Tier 2	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

DERMATOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>hydrocortisone (perianal) (1 % cream, 2.5 % cream)</i>	Tier 2	
<i>hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment</i>	Tier 4	ST
<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>procto-pak 1 % 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	
<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 (0.1 % cream, 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, 0.005 % solution)</i>	Tier 3	
<i>calcitrene 0.005 % ointment</i>	Tier 3	
CALCITRIOL 3 MCG/GM OINTMENT	Tier 4	QL (800 PER 28 OVER TIME)
<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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

DERMATOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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	
<i>methoxsalen rapid 10 mg cap</i>	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)
<i>podofilox 0.5 % solution</i>	Tier 2	
<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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

DERMATOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>clindamycin phosphate (1 % gel, 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	

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ELECTROLYTE/MINERAL REPLACEMENT		
<i>dextrose (10 % solution, 5 % solution)</i>	Tier 4	
<i>dextrose in lactated ringers 5 % solution</i>	Tier 4	
<i>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, 5-0.45 % solution, 5-0.9 % solution)</i>	Tier 4	
<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	
<i>klor-con 8 meq tab er</i>	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>klor-con sprinkle (10 meq cap er, 8 meq cap er)</i>	Tier 2	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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	
NORMOSOL-M IN D5W SOLUTION	Tier 4	
<i>potassium chloride (10 % solution, 10 meq/100ml solution, 2 meq/ml solution, 20 meq/100ml solution, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/100ml solution, 40 meq/15ml (20%) solution)</i>	Tier 4	
<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	
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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
TPN ELECTROLYTES CONC	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ELECTROLYTE/MINERAL/METAL MODIFIERS		
CHEMET 100 MG CAP	Tier 5	
<i>clovique 250 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>deferasirox (250 mg tab sol, 500 mg tab sol)</i>	Tier 5	
<i>deferasirox 125 mg tab sol</i>	Tier 3	
<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)
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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

GASTROINTESTINAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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 3	QL (2 PER 1 DAYS)
MOVANTIK (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	
NULYTELY LEMON-LIME 420 GM RECON SOLN	Tier 3	
NULYTELY WITH FLAVOR PACKS 420 GM RECON SOLN	Tier 3	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln</i>	Tier 2	
PLENVU 140 GM RECON SOLN	Tier 3	
<i>trilyte 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>atropine sulfate (0.5 mg/5ml soln prsyr, 1 mg/10ml soln prsyr)</i>	Tier 4	
<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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

GASTROINTESTINAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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	
GOLYTELY 236 GM RECON SOLN	Tier 3	
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	
<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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

GASTROINTESTINAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT		
ALDURAZYME 2.9 MG/5ML SOLUTION	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	
CYSTAGON (150 MG CAP, 50 MG CAP)	Tier 4	PA, LA
CYSTARAN 0.44 % SOLUTION	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 28 DAYS)
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

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
PROLASTIN-C (1000 MG RECON SOLN, 1000 MG/20ML SOLUTION)	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<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

GENITOURINARY AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTISPASMODICS, URINARY		
<i>flavoxate hcl 100 mg tab</i>	Tier 3	
GEMTESA 75 MG TAB	Tier 4	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)

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

GENITOURINARY AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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 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

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)		
CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	Tier 4	
CORTROPHIN 80 UNIT/ML GEL	Tier 5	PA, LA
<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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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, 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, 5 mg/5ml solution, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	Tier 3	

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)		
<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

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN)	Tier 5	PA

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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANDROGENS		
<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)
<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)
ESTROGENS		
<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 & 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>amethia lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i>	Tier 3	
<i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aranelle 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>ashlyna 0.15-0.03 & 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>bekyree 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) 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	
<i>briellyn 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>camrese 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>camrese lo 0.1-0.02 & 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-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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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 & 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>delyla 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL	Tier 4	
<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	QL (1 PER 28 DAYS)
<i>emoquette 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 3	QL (1 PER 28 DAYS)
<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 (0.1 mg/gm cream, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>estradiol 10 mcg tab</i>	Tier 3	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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>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	QL (1 PER 28 DAYS)
<i>falmina 0.1-20 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>gianvi 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<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	QL (1 PER 28 DAYS)
<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 & 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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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	
<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 & 0.01 mg tab, 0.15-0.03 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 & 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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lojaimiess 0.1-0.02 & 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>lutera 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	
<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>mono-linyah 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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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	
<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 (0.3 MG TAB, 0.45 MG TAB, 0.625 MG TAB, 0.9 MG TAB, 1.25 MG TAB)	Tier 4	
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 & 0.01 mg tab</i>	Tier 4	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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	
<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	
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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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>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>zarah 3-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<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>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	PA - PART B VS D DETERMINATION
<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

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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	
<i>norlyroc 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)

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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	
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)

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)		
<i>cabergoline 0.5 mg tab</i>	Tier 3	
FIRMAGON (240 MG DOSE) 120 MG/VIAL RECON SOLN	Tier 5	
FIRMAGON 80 MG RECON SOLN	Tier 4	
<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)

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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
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	
TRELSTAR MIXJECT (11.25 MG RECON SUSP, 22.5 MG RECON SUSP, 3.75 MG RECON SUSP)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTITHYROID AGENTS		
<i>methimazole (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>propylthiouracil 50 mg tab</i>	Tier 2	

IMMUNOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANGIOEDEMA AGENTS		
HAEGARDA (2000 UNIT RECON SOLN, 3000 UNIT RECON SOLN)	Tier 5	PA, LA

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsy</i>	Tier 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
<i>sajazir 30 mg/3ml soln prsy</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
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
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

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
OTEZLA (10 & 20 & 30 MG TAB THPK, 4 X 10 & 51 X20 MG TAB THPK)	Tier 5	PA, QL (55 PER 28 OVER TIME)
REZUROCK 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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)
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 SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION)	Tier 5	PA, QL (0.5 PER 28 DAYS)
STELARA 130 MG/26ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (104 PER 365 OVER TIME)
STELARA 90 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (1 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 (300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
XOLAIR 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
XOLAIR 150 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 28 DAYS)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (5 PER 28 DAYS)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, LA, QL (5 PER 28 DAYS)
IMMUNOSTIMULANTS		
ACTIMMUNE 2000000 UNIT/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

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 5	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	
<i>methotrexate sodium (1 gm recon soln, 1000 mg/40ml solution, 250 mg/10ml solution, 50 mg/2ml solution)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium (pf) (1 gm/40ml solution, 250 mg/10ml solution, 50 mg/2ml solution)</i>	Tier 3	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
<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

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
TREXALL (10 MG TAB, 15 MG TAB, 5 MG TAB, 7.5 MG TAB)	Tier 4	
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 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	
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 (SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 3	VAC
HAVRIX 1440 EL U/ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
HAVRIX 720 EL U/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	Tier 3	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
INFANRIX 25-58-10 SUSPENSION	Tier 3	
IPOL INJECTABLE	Tier 3	VAC
IXCHIQ RECON SOLN	Tier 4	
IXIARO SUSPENSION	Tier 4	VAC
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
KINRIX (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 3	
M-M-R II RECON SOLN	Tier 3	VAC
MENACTRA SOLUTION	Tier 3	VAC
MENQUADFI SOLUTION	Tier 3	VAC
MENVEO (RECON SOLN, SOLUTION)	Tier 3	VAC
MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	
PEDIARIX SUSP PRSYR	Tier 3	
PEDVAX HIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	
PENTACEL RECON SUSP	Tier 3	
PREHEVBRIO 10 MCG/ML SUSPENSION	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
PRIORIX RECON SUSP	Tier 3	VAC
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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ROTATEQ SOLUTION	Tier 3	
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	QL (2 PER 365 OVER TIME), VAC
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
TENIVAC 5-2 LFU INJECTABLE	Tier 3	VAC
TICOVAC (1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR, 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR)	Tier 3	
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 SUSPENSION	Tier 3	
VAQTA 50 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
VAXCHORA RECON SUSP	Tier 4	
YF-VAX INJECTABLE	Tier 4	VAC

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
AMINOSALICYLATES		
<i>balsalazide disodium 750 mg cap</i>	Tier 3	
DIPENTUM 250 MG CAP	Tier 5	PA
<i>mesalamine 1.2 gm tab dr</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>mesalamine 1000 mg suppos</i>	Tier 4	
<i>mesalamine 4 gm enema</i>	Tier 2	
<i>mesalamine er 0.375 gm cap er 24h</i>	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
<i>alendronate sodium (10 mg tab, 35 mg tab, 70 mg tab)</i>	Tier 1	
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	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>calcitriol 1 mcg/ml solution</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>ibandronate sodium 3 mg/3ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<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
PROLIA 60 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA
<i>risedronate sodium (150 mg tab, 35 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	
TERIPARATIDE (RECOMBINANT) 620 MCG/2.48ML SOLN PEN	Tier 5	PA
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	Tier 5	PA, QL (1.56 PER 28 DAYS)
XGEVA 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

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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 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	
<i>argyle sterile water solution</i>	Tier 2	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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	
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 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	
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM MISC	Tier 3	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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 (X 1/2" 0.3 ML MISC, X 5/16" 0.3 ML MISC)	Tier 3	
EASY COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 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	
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	
INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lactated ringers solution</i>	Tier 2	
<i>methergine 0.2 mg tab</i>	Tier 4	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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 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	
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	
<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	
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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 6 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	
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 (29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 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)

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

OPHTHALMIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
OPHTHALMIC AGENTS, OTHER		
<i>ak-poly-bac 500-10000 unit/gm ointment</i>	Tier 2	
<i>atropine sulfat 1 % solution</i>	Tier 3	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment</i>	Tier 2	
<i>bacitracin-polymyxin b 500-10000 unit/gm ointment</i>	Tier 2	
<i>brimonidine tartrate-timolol 0.2-0.5 % solution</i>	Tier 3	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal 22.3-6.8 mg/ml solution</i>	Tier 2	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution</i>	Tier 3	
<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 (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)
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % EMULSION	Tier 3	QL (5.5 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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

OPHTHALMIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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	
<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 2	
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	
<i>sulfacetamide sodium (10 % ointment, 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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

OPHTHALMIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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	
<i>loteprednol etabonate (0.2 % suspension, 0.5 % suspension)</i>	Tier 3	
MAXIDEX 0.1 % SUSPENSION	Tier 4	
PREDNISOLONE ACETATE 1 % SUSPENSION	Tier 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	Tier 2	
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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

OPHTHALMIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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)
<i>travoprost (bak free) 0.004 % solution</i>	Tier 3	QL (5 PER 30 DAYS)
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	Tier 4	

OTIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid 2 % solution</i>	Tier 2	
CIPRO HC 0.2-1 % SUSPENSION	Tier 4	
CIPROFLOXACIN HCL 0.2 % SOLUTION	Tier 3	
<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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

OTIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	Tier 2	

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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)
<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
PULMICORT FLEXHALER (180 MCG/ACT AER POW BA, 90 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (2 PER 30 DAYS)
ANTIHISTAMINES		
<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 6.25 mg/5ml solution</i>	Tier 2	PA
ANTILEUKOTRIENES		
<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)

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
BRONCHODILATORS, ANTICHOLINERGIC		
ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN	Tier 4	QL (25.8 PER 30 DAYS)
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 monohydrate 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 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)

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENALINE)	Tier 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
<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	PA, QL (28 PER 180 OVER TIME)
<i>roflumilast 500 mcg tab</i>	Tier 4	PA, 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	

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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)
<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</i>	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bosentan 62.5 mg tab</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 10 mg/ml recon susp</i>	Tier 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
TRACLEER 32 MG TAB SOL	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
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)

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>breynd</i> (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)	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</i> (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)	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</i> 25 mcg/act (0.025%) solution	Tier 2	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate</i> 50 mcg/act suspension	Tier 2	QL (16 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone-salmeterol</i> (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
FLUTICASON-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</i> 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution	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</i> (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)

SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS		
<i>carisoprodol</i> 350 mg tab	Tier 2	PA, QL (4 PER 1 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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)
<i>zolpidem tartrate er 12.5 mg tab er</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate er 6.25 mg tab er</i>	Tier 3	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)
SODIUM OXYBATE 500 MG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA, QL (540 PER 30 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول ما تعنيه الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالذهاب إلى الصفحات <xiv> وقراءة الشرح الموضح في هذا الدليل.

فهرس الأدوية المغطاة

A

abacavir sulfate	52	Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Ventolin)	122
abacavir sulfate-lamivudine	52	albuterol sulfate	122
abacavir-lamivudine-zidovudine	52	albuterol sulfate hfa	122
ABELCET	24	alclometasone dipropionate	79
ABILIFY ASIMTUFII	46	ALCOHOL 70% PADS	112
ABILIFY MAINTENA	46	ALCOHOL PREP	112
abiraterone acetate	29	ALCOHOL PREP PADS	112
ABRYSVO	108	ALCOHOL SWABSTICK	112
acamprosate calcium	5	alcohol wipes	81
acarbose	57	ALDURAZYME	88
accutane	79	ALECENSA	31
acebutolol hcl	67	alendronate sodium	111
ACETAMINOPHEN-CODEINE	3	ALENDRONATE SODIUM	111
acetaminophen-codeine	3	alfuzosin hcl er	89
acetazolamide	69	aliskiren fumarate	69
acetazolamide er	119	allopurinol	26
acetic acid	120	alosetron hcl	86
acetylcysteine	124	alprazolam	56
acitretin	79	alprazolam er	56
ACTHIB	108	alprazolam xr	56
ACTIMMUNE	106	altavera	92
acyclovir	55,82	ALUNBRIG	32
acyclovir sodium	55	alyacen 1/35	92
ADACEL	108	alyacen 7/7/7	92
adapalene	79	alyq	124
adefovir dipivoxil	50	amantadine hcl	44
ADEMPAS	124	ambrisentan	124
ADV AIR HFA	124	amethia	92
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	112	amethia lo	92
afirmelle	92	amikacin sulfate	7
AIMOVIG	26	amiloride hcl	72
ak-poly-bac	117	amiloride-hydrochlorothiazide	69
AKEEGA	30	amiodarone hcl	66
ala-cort	79	amitriptyline hcl	22
albendazole	43	amlodipine besy-benazepril hcl	69
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)	122	amlodipine besylate	68
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)	122	amlodipine besylate-valsartan	70
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)	122	amlodipine-atorvastatin	70
		amlodipine-olmesartan	70
		amlodipine-valsartan-hctz	70
		ammonium lactate	79
		amnestem	79

amoxapine.....	22	ATROVENT HFA.....	122
amoxicillin.....	10	aubra.....	93
amoxicillin-pot clavulanate.....	10	aubra eq.....	93
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER.....	10	AUGTYRO.....	30
amphetamine-dextroamphet er.....	75	AUM ALCOHOL PREP PADS.....	113
amphetamine-dextroamphetamine... ..	75,76	AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE.....	113
AMPHOTERICIN B.....	25	AUM PEN NEEDLE.....	113
ampicillin.....	11	aurovela 1.5/30.....	93
ampicillin sodium.....	11	aurovela 1/20.....	93
ampicillin-sulbactam sodium.....	11	aurovela fe 1.5/30.....	93
anagrelide hcl.....	63	aurovela fe 1/20.....	93
anastrozole.....	31	AUVELITY.....	20
ANORO ELLIPTA.....	124	aviane.....	93
apomorphine hcl.....	44	avidoxy.....	13
apraclonidine hcl.....	119	ayuna.....	93
aprepitant.....	24	AYVAKIT.....	32
apri.....	92	azathioprine.....	106
APTIOM.....	17	AZATHIOPRINE SODIUM.....	106
APTIVUS.....	54	azelastine hcl.....	118,121
AQ INSULIN SYRINGE.....	112	azithromycin.....	12
AQINJECT PEN NEEDLE.....	112	AZITHROMYCIN.....	12
aranelle.....	92	aztreonam.....	7
ARANESP (ALBUMIN FREE).....	63	azurette.....	93
ARCALYST.....	104		
AREXVY.....	108	B	
argyle sterile water.....	112	bac.....	77
ARIKAYCE.....	7	bacitra-neomycin-polymyxin-hc.....	117
aripiprazole.....	46	BACITRACIN.....	118
ARISTADA.....	47	bacitracin-polymyxin b.....	117
ARISTADA INITIO.....	47	baclofen.....	50
armodafinil.....	126	balsalazide disodium.....	110
ARNUIITY ELLIPTA.....	121	BALVERSA.....	32
asenapine maleate.....	47	balziva.....	93
ashlyna.....	93	BAQSIMI ONE PACK.....	60
aspirin-dipyridamole er.....	64	BAQSIMI TWO PACK.....	60
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES.....	113	BARACLUDGE.....	50
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES.....	113	BCG VACCINE.....	108
atazanavir sulfate.....	54	BD INSULIN SYRINGE.....	113
atenolol.....	67	BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM	
atenolol-chlorthalidone.....	70	MISC.....	113
atomoxetine hcl.....	76	BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM	
atorvastatin calcium.....	73	MISC.....	113
atovaquone.....	43	BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM	
atovaquone-proguanil hcl.....	43	MISC.....	113
atropine sulfate.....	86,117		

BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM		BRUKINSA	32
MISC	113	budesonide	111,121
bekyree	93	budesonide er	111
benazepril hcl	65	budesonide-formoterol fumarate	125
benazepril-hydrochlorothiazide	70	bumetanide	72
BENLYSTA	104	buprenorphine	2
BENZNIDAZOLE	43	buprenorphine hcl	6
benzoyl peroxide-erythromycin	79	buprenorphine hcl-naloxone hcl	6
benztropine mesylate	44	bupropion hcl	20
BESIVANCE	13	bupropion hcl er (smoking det)	6
BESREMI	106	bupropion hcl er (sr)	20
betaine	88	bupropion hcl er (xl)	20
betamethasone dipropionate	80	buspironone hcl	56
betamethasone dipropionate aug	80	butalbital-apap-caffeine	77
betamethasone valerate	80	butalbital-aspirin-caffeine	1
BETASERON	78	BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE	1
betaxolol hcl	67,119	butorphanol tartrate	3
bethanechol chloride	90		
bexarotene	42	C	
BEXSERO	108	CABENUVA	53
bicalutamide	29	cabergoline	102
BICILLIN C-R	11	CABOMETYX	32
BICILLIN C-R 900/300	11	calcipotriene	81
BICILLIN L-A	11	calcitonin (salmon)	111
BIKTARVY	51	calcitrene	81
bimatoprost	120	CALCITRIOL	81,111
BIOGUARD GAUZE SPONGES	113	calcitriol	111
bisoprolol fumarate	67	CALQUENCE	32
bisoprolol-hydrochlorothiazide	70	camila	100
blisovi fe 1.5/30	93	camrese	93
blisovi fe 1/20	93	camrese lo	93
BOOSTRIX	108	candesartan cilexetil	65
bosentan	124	candesartan cilexetil-hctz	70
BOSULIF	32	CAPLYTA	47
BRAFTOVI	32	CAPRELSA	33
BREO ELLIPTA	124	captopril	65
breyna	125	CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE	70
BREZTRI AEROSPHERE	125	carbamazepine	17
briellyn	93	carbamazepine er	18
BRILINTA	64	carbidopa	45
brimonidine tartrate	119	carbidopa-levodopa	45
brimonidine tartrate-timolol	117	carbidopa-levodopa er	45
brinzolamide	120	carbidopa-levodopa-entacapone	44
BRIVIACT	14	CARETOUCH ALCOHOL PREP	113
bromocriptine mesylate	44	carglumic acid	88

carisoprodol.....	125	ciprofloxacin.....	13
CARTEOLOL HCL.....	119	ciprofloxacin hcl.....	13
cartia xt.....	68	CIPROFLOXACIN HCL.....	120
carvedilol.....	67	ciprofloxacin in d5w.....	13
carvedilol phosphate er.....	67	ciprofloxacin-dexamethasone.....	120
caspofungin acetate.....	25	citalopram hydrobromide.....	21
cataflam.....	1	claravis.....	79
CAYSTON.....	7	CLARITHROMYCIN.....	12
caziant.....	93	clarithromycin.....	12
CEFACLOR.....	9	clarithromycin er.....	12
cefadroxil.....	9	clindamycin hcl.....	7
cefazolin sodium.....	9	clindamycin palmitate hcl.....	7
cefdinir.....	9	clindamycin phos-benzoyl perox.....	79
CEFEPIME HCL.....	9	clindamycin phosphate.....	7,83
cefixime.....	9	clindamycin phosphate in d5w.....	7
cefotetan disodium.....	9	CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL.....	7
cefoxitin sodium.....	9	clobazam.....	16
cefpodoxime proxetil.....	10	clobetasol prop emollient base.....	80
cefprozil.....	10	clobetasol propionate.....	80
ceftazidime.....	10	clobetasol propionate e.....	80
ceftriaxone sodium.....	10	clomipramine hcl.....	22
cefuroxime axetil.....	10	clonazepam.....	56
cefuroxime sodium.....	10	clonidine.....	64
celecoxib.....	1	clonidine hcl.....	64
cephalexin.....	10	clopidogrel bisulfate.....	64
cetirizine hcl.....	121	clorazepate dipotassium.....	56
cevimeline hcl.....	78	clotrimazole.....	25
chateal.....	93	clotrimazole-betamethasone.....	81
chateal eq.....	93	clovique.....	85
CHEMET.....	85	clozapine.....	49
chlorhexidine gluconate.....	78	COARTEM.....	43
chloroquine phosphate.....	43	CODEINE SULFATE.....	3
chlorpromazine hcl.....	45	codeine sulfate.....	3
chlorthalidone.....	72	colchicine.....	26
cholestyramine.....	73	colchicine-probenecid.....	26
cholestyramine light.....	73	colesevelam hcl.....	73
ciclodan.....	82	colestipol hcl.....	74
ciclopirox.....	82	colistimethate sodium (cba).....	8
ciclopirox olamine.....	82	COMBIVENT RESPIMAT.....	125
cilostazol.....	64	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	33
CILOXAN.....	13	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	33
CIMDUO.....	52	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	33
cimetidine.....	87	COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES.....	113
cinacalcet hcl.....	111	COMPLERA.....	51
CIPRO HC.....	120	compro.....	23

constulose.....	85	decadron.....	90
COPIKTRA.....	33	deferasirox.....	85
CORLANOR.....	70	DELSTRIGO.....	51
CORTIFOAM.....	111	delyla.....	94
CORTISONE ACETATE.....	90	DENGVAXIA.....	108
CORTISPORIN-TC.....	120	DEPO-ESTRADIOL.....	94
CORTROPHIN.....	90	DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	100
COSENTYX.....	104	depo-testosterone.....	92
COSENTYX (300 MG DOSE).....	104	DERMOTIC.....	120
COSENTYX SENSOREADY (300 MG).....	104	DESCOVY.....	52
COSENTYX SENSOREADY PEN.....	104	desipramine hcl.....	23
COSENTYX UNOREADY.....	104	desmopressin ace spray refrig.....	91
COTELLIC.....	33	desmopressin acetate.....	91
CREON.....	88	desmopressin acetate pf.....	91
cromolyn sodium.....	87,118,123	desmopressin acetate spray.....	91
cryselle-28.....	93	desogestrel-ethinyl estradiol.....	94
CVS ALCOHOL PREP PADS.....	113	desonide.....	80
cvs isopropyl alcohol wipes.....	81	desoximetasone.....	80
cyclafem 1/35.....	93	desvenlafaxine succinate er.....	21
cyclafem 7/7/7.....	93	dexamethasone.....	90
cyclobenzaprine hcl.....	126	DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID.....	90
CYCLOPHOSPHAMIDE.....	28	dexamethasone sod phosphate pf.....	90
cyclosporine.....	106	DEXAMETHASONE SODIUM	
cyclosporine modified.....	106	PHOSPHATE.....	90,118
cyproheptadine hcl.....	121	dexmethylphenidate hcl.....	76
cyred.....	93	dextroamphetamine sulfate.....	76
cyred eq.....	93	dextrose.....	83
CYSTAGON.....	88	dextrose in lactated ringers.....	83
CYSTARAN.....	88	dextrose-sodium chloride.....	83
D		DIACOMIT.....	14
dabigatran etexilate mesylate.....	61	diazepam.....	16,57
dalfampridine er.....	78	DIAZEPAM.....	16
danazol.....	92	diazepam intensol.....	57
dantrolene sodium.....	50	diazoxide.....	60
dapsone.....	28	diclofenac potassium.....	1
DAPTACEL.....	108	diclofenac sodium.....	1,118
daptomycin.....	8	diclofenac sodium er.....	1
darunavir.....	54	dicloxacillin sodium.....	11
dasatinib.....	33	dicyclomine hcl.....	86
dasetta 1/35.....	94	DIFICID.....	12
dasetta 7/7/7.....	94	diflunisal.....	1
DAURISMO.....	33	difluprednate.....	119
daysee.....	94	digitek.....	66
deblitane.....	100	digox.....	66
		digoxin.....	66

dihydroergotamine mesylate	26
dilt-xr	68
diltiazem hcl	68
diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule	68
diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule	68
diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule	68
diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule	68
diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule	68
diltiazem hcl er	69
diltiazem hcl er beads	69
dimethyl fumarate	78
dimethyl fumarate starter pack	78
DIPENTUM	110
diphenoxylate-atropine	86
DIPHENOXYLATE-ATROPINE	86
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT	108
dipyridamole	64
disulfiram	5
divalproex sodium	14
divalproex sodium er	14
dofetilide	66
donepezil hcl	19
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg	19
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg	19
dorzolamide hcl	120
dorzolamide hcl-timolol mal	117
dorzolamide hcl-timolol mal pf	117
dotti	94
DOVATO	51
doxazosin mesylate	65
doxepin hcl	23
doxercalciferol	111
doxy 100	13
doxycycline hyclate	13
doxycycline monohydrate	14
DRIZALMA SPRINKLE	77
dronabinol	24
DROPLET MICRON	113

DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE	114
drospirenone-ethinyl estradiol	94
DROXIA	88
droxidopa	64
duloxetine hcl	77
DUPIXENT	104
dutasteride	89
dutasteride-tamsulosin hcl	89

E

E.E.S. 400	12
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	114
EASY COMFORT PEN NEEDLES	114
ec-naproxen	1
econazole nitrate	25
EDURANT	51
EFAVIRENZ	51
efavirenz	51
efavirenz-emtricitab-tenofo df	51
efavirenz-lamivudine-tenofovir	51
ELAPRASE	88
elinest	94
ELIQUIS	61
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	61
eluryng	94
EMBRACE PEN NEEDLES	114
emoquette	94
EMSAM	21
emtricitabine	52
emtricitabine-tenofovir df	52
EMTRIVA	52
emzahn	100
enalapril maleate	65
enalapril-hydrochlorothiazide	70
ENBREL	106
ENBREL MINI	106
ENBREL SURECLICK	106
endocet	3
ENGERIX-B	108
enilloring	94
enoxaparin sodium	62
enpresse-28	94
enskyce	94
entacapone	44
entecavir	50

ENTRESTO	70
enulose	85
ENVARUSUS XR	106
EPIDIOLEX	14
epinephrine	122
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	123
epitol	18
EPIVIR HBV	50
eplerenone	72
EPRONTIA	14
EPROSARTAN MESYLATE	65
ERGOLOID MESYLATES	19
ERIVEDGE	33
ERLEADA	29
erlotinib hcl	33,34
errin	100
ertapenem sodium	12
ERY	83
erythrocin lactobionate	12
erythromycin	83,118
erythromycin base	12
erythromycin ethylsuccinate	12
erythromycin lactobionate	12
escitalopram oxalate	21
esomeprazole magnesium	87
estarylla	94
estradiol	94
estradiol valerate	95
ESTRING	95
eszopiclone	126
ethambutol hcl	28
ethosuximide	16
ethynodiol diac-eth estradiol	95
etodolac	1
etodolac er	1
etonogestrel-ethinyl estradiol	95
etravirine	52
euthyrox	101
everolimus	34,107
EVOTAZ	54
exemestane	31
ezetimibe	74
ezetimibe-simvastatin	74

F

falmina	95
famciclovir	55
famotidine	87
FANAPT	47
FANAPT TITRATION PACK	47
FARXIGA	74
febuxostat	26
felbamate	14
felodipine er	68
femynor	95
fenofibrate	73
fenofibrate micronized	73
fenofibric acid	73
fentanyl	2
fentanyl citrate	3
FETZIMA	21
FETZIMA TITRATION	21
finasteride	90
fingolimod hcl	78
FINTEPLA	15
FIRMAGON	102
FIRMAGON (240 MG DOSE)	102
flavoxate hcl	89
flecainide acetate	66
fluconazole	25
fluconazole in sodium chloride	25
flucytosine	25
fludrocortisone acetate	90
flunisolide	125
fluocinolone acetonide	80
fluocinolone acetonide body	80
fluocinolone acetonide scalp	80
fluocinonide	80
fluocinonide emulsified base	80
fluorometholone	119
fluorouracil	81,82
fluoxetine hcl	21
FLUOXETINE HCL	21
fluphenazine decanoate	45
FLUPHENAZINE HCL	46
FLURBIPROFEN	1
FLURBIPROFEN SODIUM	119
flutamide	29

fluticasone propionate	80,125
fluticasone-salmeterol	125
FLUTICASONE-SALMETEROL	125
fluvastatin sodium	73
fluvastatin sodium er	73
flvoxamine maleate	21,22
FML	119
FML FORTE	119
fondaparinux sodium	62
fosamprenavir calcium	54
fosinopril sodium	65
fosinopril sodium-hctz	70
FOTIVDA	34
FRUZAQLA	30
fulvestrant	30
furosemide	72
FUROSEMIDE	72
FUZEON	53
fyavolv	95
FYCOMPA	15

G

gabapentin	16
galantamine hydrobromide	19
GALANTAMINE HYDROBROMIDE	19
galantamine hydrobromide er	19
GAMUNEX-C	104
GARDASIL 9	108
gauze pads 2	114
GAVILYTE-C	87
gavilyte-g	87
gavilyte-n with flavor pack	85
GAVRETO	34
gefitinib	34
gemfibrozil	73
GEMTESA	89
generlac	85
gengraf	107
GENTAK	118
gentamicin sulfate	7,118
GENVOYA	51
gianvi	95
GILOTRIF	34
glatiramer acetate	78
glatopa	78

GLEOSTINE	28
glimepiride	57
glipizide	57
glipizide er	58
glipizide xl	58
glipizide-metformin hcl	58
GLUCAGEN HYPOKIT	60
GLUCAGON EMERGENCY	60
glyburide	58
GLYBURIDE MICRONIZED	58
glyburide-metformin	58
glycopyrrolate	86
GLYXAMBI	58
GOLYTELY	87
granisetron hcl	24
griseofulvin microsize	25
griseofulvin ultramicrosize	25
guanfacine hcl	64
guanfacine hcl er	76

H

HADLIMA	107
HADLIMA PUSH TOUCH	107
HAEGARDA	103
hailey 1.5/30	95
hailey fe 1.5/30	95
hailey fe 1/20	95
halobetasol propionate	80
haloette	95
haloperidol	46
haloperidol decanoate	46
haloperidol lactate	46
HAVRIX	108
heather	100
HEMADY	42
heparin sodium (porcine)	62
heparin sodium (porcine) pf	62
HEPLISAV-B	108
HIBERIX	108
HIZENTRA	104
HUMALOG	60
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	60
HUMALOG KWIKPEN	60
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	60
HUMALOG MIX 75/25	60

HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	60	INLYTA	35
HUMULIN 70/30	60	INQOVI	30
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	60	INREBIC	35
HUMULIN N	60	INSULIN LISPRO	61
HUMULIN N KWIKPEN	60	INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL)	61
HUMULIN R	60	INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	61
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	61	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO	61
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	61	INSULIN PEN NEEDLES	114
hydralazine hcl	74	INSULIN PEN NEEDLES	114
hydrochlorothiazide	72	INSULIN SYRINGE 0.3 ML	114
hydrocodone-acetaminophen	4	INSULIN SYRINGE 0.5 ML	114
hydrocortisone	80,111	INSULIN SYRINGE 1 ML	114
hydrocortisone (perianal)	81	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	114
hydrocortisone butyrate	81	INSUPEN PEN NEEDLES	114
hydrocortisone-acetic acid	120	INTELENCE	52
hydromorphone hcl	4	INTRALIPID	114
hydroxychloroquine sulfate	43	introvale	95
hydroxyurea	30	INVEGA HAFYERA	47
hydroxyzine hcl	121	INVEGA SUSTENNA	47
hydroxyzine pamoate	121	INVEGA TRINZA	48
		IPOL	109
		ipratropium bromide	122
ibandronate sodium	111,112	ipratropium-albuterol	125
IBRANCE	34	irbesartan	65
ibu	1	irbesartan-hydrochlorothiazide	71
ibuprofen	1,2	ISENTRESS	51
icatibant acetate	104	ISENTRESS HD	51
iclevia	95	isibloom	95
ICLUSIG	34	isoniazid	28
icosapent ethyl	74	isopropyl alcohol	82
IDHIFA	34	isopropyl alcohol wipes	82
ILEVRO	119	isosorb dinitrate-hydralazine	71
imatinib mesylate	34	isosorbide dinitrate	75
IMBRUVICA	34,35	isosorbide mononitrate	75
imipenem-cilastatin	12	isosorbide mononitrate er	75
imipramine hcl	23	isotretinoin	79
imiquimod	82	isradipine	68
IMOVAX RABIES	109	itraconazole	25
incassia	100	ivabradine hcl	71
INCRELEX	91	ivermectin	43
INCRUSE ELLIPTA	122	IWILFIN	31
indapamide	73	IXCHIQ	109
indomethacin	2	IXIARO	109
indomethacin er	2		
INFANRIX	109		

J

jaimiess	95
JAKAFI	35
jantoven	62
JANUMET	58
JANUMET XR	58
JANUVIA	58
JARDIANCE	74
jasmiel	95
JAYPIRCA	35
jencycla	100
JENTADUETO	58
JENTADUETO XR	58
jinteli	95
jolessa	95
joyeaux	95
juleber	95
JULUCA	51
junel 1.5/30	95
junel 1/20	95
junel fe 1.5/30	95
junel fe 1/20	95
JYNNEOS	109

K

kalliga	95
KALYDECO	123
kariva	96
kcl in dextrose-nacl	83
KCL-LACTATED RINGERS-D5W	83
kelnor 1/35	96
kelnor 1/50	96
KEPIVANCE	78
KERENDIA	58
ketoconazole	25
ketorolac tromethamine	119
KINRIX	109
kionex	85
KISQALI (200 MG DOSE)	35
KISQALI (400 MG DOSE)	35
KISQALI (600 MG DOSE)	35
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)	35
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	35
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	35

klor-con	83
klor-con 10	83
klor-con m10	83
klor-con m15	83
klor-con m20	83
klor-con sprinkle	83
KOSELUGO	35,36
kourzeq	78
KRAZATI	36
kurvelo	96

L

l-glutamine	88
labetalol hcl	67
lacosamide	18
lactated ringers	84,114
lactulose	85
lactulose encephalopathy	85
lamivudine	50,52
lamivudine-zidovudine	53
lamotrigine	15
lansoprazole	87
LANTUS	61
LANTUS SOLOSTAR	61
lapatinib ditosylate	36
larin 1.5/30	96
larin 1/20	96
larin fe 1.5/30	96
larin fe 1/20	96
larissia	96
latanoprost	120
leena	96
leflunomide	107
lenalidomide	29
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	36
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	36
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	36
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	36
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	36
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	36
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	36
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	36
lessina	96
letrozole	31
leucovorin calcium	31

LEUKERAN.....	28	loestrin fe 1.5/30.....	96
leuprolide acetate.....	102	loestrin fe 1/20.....	97
levabuterol hcl.....	123	lojaimiess.....	97
LEVALBUTEROL TARTRATE.....	123	LOKELMA.....	85
levetiracetam.....	15	LONSURF.....	31
levetiracetam er.....	15	loperamide hcl.....	86
levo-t.....	101	lopinavir-ritonavir.....	54
LEVOBUNOLOL HCL.....	119	lorazepam.....	57
levocarnitine.....	88	lorazepam intensol.....	57
levocetirizine dihydrochloride.....	121	LORBRENA.....	36
levofloxacin.....	13	loryna.....	97
LEVOFLOXACIN.....	118	losartan potassium.....	65
levofloxacin in d5w.....	13	losartan potassium-hctz.....	71
levonest.....	96	loteprednol etabonate.....	119
levonorg-eth estrad triphasic.....	96	lovastatin.....	73
levonorgest-eth estrad 91-day.....	96	low-ogestrel.....	97
levonorgest-eth estradiol-iron.....	96	loxapine succinate.....	46
levonorgestrel-ethinyl estrad.....	96	lubiprostone.....	86
levora 0.15/30 (28).....	96	LUMAKRAS.....	36,37
levothyroxine sodium.....	101	LUMIGAN.....	120
levoxyl.....	102	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	102
LEXIVA.....	54	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	102
LIBERVANT.....	16	LUPRON DEPOT (4-MONTH).....	102
lidocaine.....	5	LUPRON DEPOT (6-MONTH).....	102
lidocaine hcl.....	5	lurasidone hcl.....	48
lidocaine viscous hcl.....	5	lutera.....	97
lidocaine-prilocaine.....	5	LYBALVI.....	20
lidocan.....	5	lyleq.....	100
LILETTA (52 MG).....	100	lyllana.....	97
lillow.....	96	LYNPARZA.....	37
lincomycin hcl.....	8	LYSODREN.....	31
linezolid.....	8	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	37
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE.....	8	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	37
LINZESS.....	86	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	37
liothyronine sodium.....	102	lyza.....	100
lisdexamfetamine dimesylate.....	76		
lisinopril.....	65	M	
lisinopril-hydrochlorothiazide.....	71	M-M-R II.....	109
lithium.....	57	magnesium sulfate.....	84
lithium carbonate.....	57	malathion.....	82
lithium carbonate er.....	57	maraviroc.....	53
LIVTENCITY.....	50	marlissa.....	97
lo-zumandimine.....	96	MARPLAN.....	21
loestrin 1.5/30 (21).....	96	MATULANE.....	28
loestrin 1/20 (21).....	96	matzim la.....	69

MAVYRET	50,51	methylprednisolone sodium succ	91
MAXIDEX	119	metoclopramide hcl	23
meclizine hcl	23	metolazone	73
medpura alcohol pads	82	metoprolol succinate er	67
medroxyprogesterone acetate	100	metoprolol tartrate	67
mefloquine hcl	44	metoprolol-hydrochlorothiazide	71
megestrol acetate	100	metronidazole	8
MEKINIST	37	metyrosine	71
MEKTOVI	37	micafungin sodium	25
meloxicam	2	MICONAZOLE 3	25
memantine hcl	19	microgestin 1.5/30	97
memantine hcl er	20	microgestin 1/20	97
MENACTRA	109	microgestin fe 1.5/30	97
MENEST	97	microgestin fe 1/20	97
MENQUADFI	109	midodrine hcl	64
MENVEO	109	mifepristone	102
meprobamate	56	MIGERGOT	26
mercaptapurine	30	miglitol	58
meropenem	12	mili	97
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE	12	minitran	75
mesalamine	110	minocycline hcl	14
mesalamine er	110	minoxidil	74
mesna	42	mirtazapine	20
MESNEX	43	misoprostol	87
metformin hcl	58	modafinil	126
metformin hcl er	58	moexipril hcl	65
methadone hcl	2	MOLINDONE HCL	46
methazolamide	120	mometasone furoate	81
methenamine hippurate	8	mondoxyne nl	14
methergine	114	mono-lyyah	97
methimazole	103	montelukast sodium	121
methocarbamol	126	morgidox	14
methotrexate sodium	107	morphine sulfate	4
methotrexate sodium (pf)	107	morphine sulfate (concentrate)	4
methoxsalen rapid	82	morphine sulfate er	3
methscopolamine bromide	86	MOUNJARO	59
methsuximide	16	MOVANTIK	86
methyl dopa	64	moxifloxacin hcl	13,118
METHYLDOPA-		MOXIFLOXACIN HCL	13
HYDROCHLOROTHIAZIDE	71	MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY)	118
methylergonovine maleate	115	MOXIFLOXACIN HCL IN NACL	13
methylphenidate hcl	76,77	MRESVIA	109
methylphenidate hcl er	77	MULTAQ	66
methylprednisolone	90	mupirocin	83
methylprednisolone acetate	91	mycophenolate mofetil	107

mycophenolate mofetil hcl.....	107	nifedipine.....	68
mycophenolate sodium.....	107	nifedipine er.....	68
mycophenolic acid.....	107	nifedipine er osmotic release.....	68
myorisan.....	79	nikki.....	97
MYRBETRIQ.....	89	nilutamide.....	29
N		nimodipine.....	68
na sulfate-k sulfate-mg sulf.....	86	NINLARO.....	37
nabumetone.....	2	nitazoxanide.....	44
nadolol.....	67	nitisinone.....	88
nafcillin sodium.....	11	NITRO-BID.....	75
nafrinse.....	84	nitrofurantoin macrocrystal.....	8
NAGLAZYME.....	88	nitrofurantoin monohyd macro.....	8
naloxone hcl.....	6	nitroglycerin.....	75
naltrexone hcl.....	6	NITROSTAT.....	75
naproxen.....	2	NIZATIDINE.....	87
naproxen dr.....	2	nora-be.....	101
naproxen sodium.....	2	norelgestromin-eth estradiol.....	97
naratriptan hcl.....	27	norethin ace-eth estrad-fe.....	97
NATACYN.....	118	norethin-eth estradiol-fe.....	97
nateglinide.....	59	norethindrone.....	101
NAYZILAM.....	5	norethindrone acet-ethinyl est.....	97
nebivolol hcl.....	67	norethindrone acetate.....	101
necon 0.5/35 (28).....	97	norethindrone-eth estradiol.....	97
NEFAZODONE HCL.....	22	norgestim-eth estrad triphasic.....	98
neo-polycin.....	117	norgestimate-eth estradiol.....	98
neo-polycin hc.....	117	norlyda.....	101
neomycin sulfate.....	7	norlyroc.....	101
neomycin-bacitracin zn-polymyx.....	117	NORMOSOL-M IN D5W.....	84
neomycin-polymyxin-dexameth.....	117	nortrel 0.5/35 (28).....	98
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN.....	117	nortrel 1/35 (21).....	98
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC.....	117	nortrel 1/35 (28).....	98
neomycin-polymyxin-hc.....	120	nortrel 7/7/7.....	98
NERLYNX.....	37	nortriptyline hcl.....	23
nevirapine.....	52	NORVIR.....	54
NEVIRAPINE.....	52	NovoFine 32G X 6 MM MISC.....	115
NEVIRAPINE ER.....	52	NovoTwist 32G X 5 MM MISC.....	115
nevirapine er.....	52	NUBEQA.....	29
NEXPLANON.....	101	NULYTELY LEMON-LIME.....	86
NIACIN (ANTIHYPERTENSIVE).....	74	NULYTELY WITH FLAVOR PACKS.....	86
niacin er (antihyperlipidemic).....	74	NUPLAZID.....	48
NIACOR.....	74	NURTEC.....	26
nicardipine hcl.....	68	NUTRILIPID.....	115
NICOTROL.....	6	nylia 1/35.....	98
NICOTROL NS.....	6	nylia 7/7/7.....	98
		NYMALIZE.....	68

nymyo	98
nystatin	25
nystatin-triamcinolone	82
O	
ocella	98
octreotide acetate	103
OCTREOTIDE ACETATE	103
ODEFSEY	52
ODOMZO	37
OFEV	124
ofloxacin	118,121
OGSIVEO	37,38
OJEMDA	38
OJJAARA	31
olanzapine	48
olmesartan medoxomil	65
olmesartan medoxomil-hctz	71
olmesartan-amlodipine-hctz	71
omega-3-acid ethyl esters	74
omeprazole	87,88
OMNITROPE	87,92
ondansetron	24
ONDANSETRON HCL	24
ondansetron hcl	24
ONUREG	30
OPSUMIT	124
OPVEE	115
oralone	78
ORGOVYX	103
ORSERDU	29
orsythia	98
oseltamivir phosphate	55
OSPHENA	101
OTEZLA	82,105
oxaprozin	2
oxcarbazepine	18
oxybutynin chloride	89
oxybutynin chloride er	89
oxycodone hcl	4
oxycodone-acetaminophen	4,5
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN	5
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	59
OZEMPIC (1 MG/DOSE)	59
OZEMPIC (2 MG/DOSE)	59

P	
pacerone	66
paliperidone er	48
PANRETIN	42
pantoprazole sodium	88
paricalcitol	112
paroex	78
paroxetine hcl	22
paroxetine hcl er	22
PAXLOVID (150/100)	55
PAXLOVID (300/100)	56
pazopanib hcl	38
PEDIARIX	109
PEDVAX HIB	109
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl	86
peg-3350/electrolytes	87
PEGASYS	106
PEMAZYRE	38
PEN NEEDLES	115
PENBRAYA	115
penicillamine	90
penicillin g potassium	11
PENICILLIN G SODIUM	11
penicillin v potassium	11
PENTACEL	109
pentamidine isethionate	44
pentoxifylline er	71
perindopril erbumine	66
periogard	78
permethrin	82
perphenazine	23
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE	20
PERSERIS	48
PFIZERPEN	11
phenelzine sulfate	21
phenobarbital	16
phenytek	18
phenytoin	18
phenytoin infatabs	18
phenytoin sodium extended	18
philith	98
PIFELTRO	52
pilocarpine hcl	78,120
PIMOZIDE	46

pimtrex	98	prevalite	74
pindolol	67	previfem	98
pioglitazone hcl	59	PREVYMIS	50
pioglitazone hcl-glimepiride	59	PREZCOBIX	54
pioglitazone hcl-metformin hcl	59	PREZISTA	54
piperacillin sod-tazobactam so	11	PRIFTIN	28
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	38	primaquine phosphate	44
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	38	primidone	16
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	38	PRIORIX	109
pirfenidone	124	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE	115
PIRFENIDONE	124	probenecid	26
pirmella 1/35	98	prochlorperazine	23
pirmella 7/7/7	98	prochlorperazine maleate	23
piroxicam	2	procto-med hc	81
PLENVU	86	procto-pak	81
podofilox	82	proctosol hc	81
polycin	117	proctozone-hc	81
polymyxin b sulfate	8	progesterone	101
polymyxin b-trimethoprim	118	PROGRAF	107
POMALYST	29	PROLASTIN-C	89
portia-28	98	PROLIA	112
posaconazole	25	PROMACTA	63
potassium chloride	84	promethazine hcl	23,121
potassium chloride crys er	84	propafenone hcl	66
potassium chloride er	84	propranolol hcl	67
potassium chloride in dextrose	84	PROPRANOLOL HCL	67
potassium chloride in nacl	84	propranolol hcl er	67
potassium citrate er	84	PROPRANOLOL-HCTZ	71
pramipexole dihydrochloride	45	propylthiouracil	103
prasugrel hcl	64	PROQUAD	109
pravastatin sodium	73	protriptyline hcl	23
praziquantel	43	PULMICORT FLEXHALER	121
prazosin hcl	65	PULMOZYME	123
prednisolone	91	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	115
PREDNISOLONE ACETATE	119	PURIXAN	30
prednisolone sodium phosphate	91	pyrazinamide	28
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE	119	pyridostigmine bromide	27
prednisone	91	pyridostigmine bromide er	27
PREDNISONE INTENSOL	91	pyrimethamine	44
pregabalin	77		
PREHEVBRIO	109	Q	
PREMARIN	98	qc alcohol	82
PREMASOL	84	QINLOCK	31
premium lidocaine	5	QUADRACEL	109
prenatal vitamins	84	quetiapine fumarate	48

quetiapine fumarate er	48
quinapril hcl	66
quinapril-hydrochlorothiazide	71
quinidine sulfate	66
quinine sulfate	44

R

ra isopropyl alcohol wipes	82
RABAVERT	109
rabeprazole sodium	88
raloxifene hcl	101
ramelteon	126
ramipril	66
ranolazine er	71
rasagiline mesylate	45
reclipsen	98
RECOMBIVAX HB	109
relafen	2
RELENZA DISKHALER	55
repaglinide	59
REPATHA	74
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	74
REPATHA SURECLICK	74
RESTASIS	117
RESTASIS MULTIDOSE	117
RETACRIT	63
RETEVMO	38
REVLIMID	29
REXULTI	49
REYATAZ	54
REZLIDHIA	38
REZUROCK	105
RHOPRESSA	120
ribavirin	51
rifabutin	28
rifampin	28
riluzole	77
RIMANTADINE HCL	55
ringers	84
ringers irrigation	115
RINVOQ	105
RINVOQ LQ	105
risedronate sodium	112
risperidone	49
risperidone microspheres er	49

ritonavir	55
rivastigmine	19
rivastigmine tartrate	19
rizatriptan benzoate	27
ROCKLATAN	117
roflumilast	123
ropinirole hcl	45
ropinirole hcl er	45
rosadan	8
rosuvastatin calcium	73
ROTARIX	109
ROTATEQ	110
roweepra	15
roweepra xr	15
ROZLYTREK	38
RUBRACA	38
rufinamide	18
RUKOBIA	53
RYBELSUS	59
RYDAPT	39

S

sajazir	104
SANDIMMUNE	107
SANTYL	82
sapropterin dihydrochloride	89
SCSEMBLIX	39
scopolamine	24
SECUADO	49
SECURESAFE INSULIN SYRINGE	115
selegiline hcl	45
selenium sulfide	81
SELZENTRY	53
SEREVENT DISKUS	123
sertraline hcl	22
setlakin	98
sharobel	101
SHINGRIX	110
SIGNIFOR	103
sildenafil citrate	124
SILIGENTLE FOAM DRESSING	115
silodosin	90
silver sulfadiazine	82
SIMBRINZA	120
simliya	98

simpesse	98	sulindac	2
simvastatin	73	sumatriptan	27
sirolimus	107	sumatriptan succinate	27
SIRTURO	28	sumatriptan succinate refill	27
SKYRIZI	105	sunitinib malate	39
SKYRIZI (150 MG DOSE)	105	SUNLENCA	54
SKYRIZI PEN	105	SURE COMFORT PEN NEEDLES	115
SMOFLIPID	115	syeda	99
sodium chloride	84	SYMPAZAN	17
sodium chloride (pf)	84	SYMTUZA	55
sodium fluoride	84	SYNAREL	103
SODIUM OXYBATE	126	SYNJARDY	59
sodium phenylbutyrate	89	SYNJARDY XR	59
sodium polystyrene sulfonate	85	SYNRIBO	39
solifenacin succinate	89	SYNTHROID	102
SOLTAMOX	30		
SOMAVERT	103	T	
sorafenib tosylate	39	TABLOID	30
sorine	66	TABRECTA	39
sotalol hcl	66	tacrolimus	81,108
sotalol hcl (af)	66	tadalafil	90
SPIRIVA RESPIMAT	122	tadalafil (pah)	124
spironolactone	72	TAFINLAR	39
spironolactone-hctz	71	TAGRISSE	40
sprintec 28	99	TALZENNA	40
SPRITAM	15	tamoxifen citrate	30
SPRYCEL	39	tamsulosin hcl	90
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF)	85	tarina fe 1/20	99
sronyx	99	tarina fe 1/20 eq	99
ssd	82	TASIGNA	40
stavudine	53	tasimelteon	126
STELARA	105	tazarotene	79
sterile water for irrigation	115	TAZICEF	10
STIOLTO RESPIMAT	125	TAZORAC	79
STIVARGA	39	taztia xt	69
STREPTOMYCIN SULFATE	7	TAZVERIK	40
STRIBILD	51	TDVAX	110
subvenite	15	TECHLITE PLUS PEN NEEDLES	115
sucalfate	87	TEFLARO	10
sulfacetamide sodium	118	telmisartan	65
sulfacetamide sodium (acne)	79	telmisartan-amlodipine	71
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE	117	telmisartan-hctz	72
sulfadiazine	13	temazepam	126
sulfamethoxazole-trimethoprim	13	TEMIXYS	53
sulfasalazine	111	TENIVAC	110

tenofovir disoproxil fumarate	53	tramadol-acetaminophen	5
TEPMETKO	40	trandolapril	66
terazosin hcl	65	TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER	72
terbinafine hcl	25	tranexamic acid	64
terconazole	25	tranylcypromine sulfate	21
teriflunomide	78	travoprost (bak free)	120
TERIPARATIDE (RECOMBINANT)	112	trazodone hcl	22
testosterone	92	TRECATOR	28
testosterone cypionate	92	TRELEGY ELLIPTA	125
TESTOSTERONE ENANTHATE	92	TRELSTAR MIXJECT	103
tetrabenazine	77	TRESIBA	61
tetracycline hcl	14	TRESIBA FLEXTOUCH	61
THALOMID	30	tretinoin	42,79
theophylline er	123	TREXALL	108
thioridazine hcl	46	tri femynor	99
thiotepa	28	tri-estarylla	99
thiothixene	46	tri-lynyah	99
tiadylt er	69	tri-mili	99
tiagabine hcl	17	tri-nymyo	99
TIBSOVO	40	tri-previfem	99
TICOVAC	110	tri-sprintec	99
tigecycline	8	tri-vylibra	99
timolol maleate	67,119	triamcinolone acetonide	78,81
tinidazole	8	triamterene-hctz	72
tiotropium bromide monohydrate	122	triazolam	126
tis-u-sol	115	triderm	81
TIVICAY	51	trientine hcl	85
TIVICAY PD	51	TRIENTINE HCL	85
tizanidine hcl	50	trifluoperazine hcl	46
tobramycin	118,123	TRIFLURIDINE	118
tobramycin sulfate	7	trihexyphenidyl hcl	44
tobramycin-dexamethasone	118	TRIKAFTA	123
TOLAK	82	trilyte	86
tolterodine tartrate	89	trimethoprim	8
tolterodine tartrate er	89	trimipramine maleate	23
topiramate	15	TRINTELLIX	22
toremifene citrate	30	TRIUMEQ	53
toremide	72	TRIUMEQ PD	53
TOUJEO MAX SOLOSTAR	61	trivora (28)	99
TOUJEO SOLOSTAR	61	TRIZIVIR	53
TPN ELECTROLYTES	85	trospium chloride	89
TRACLEER	124	TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE	116
TRADJENTA	59	TRUE COMFORT PEN NEEDLES	116
tramadol hcl	5	TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES	116
tramadol hcl er	3	TRULICITY	59

TRUMENBA	110
TRUQAP	31,40
TUKYSA	40
tulana	101
TURALIO	40
turqoz	99
TWINRIX	110
TYBOST	54
TYMLOS	112
TYPHIM VI	110

U

UBRELVY	26
UKONIQ	40
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE	116
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE	116
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE	116
unithroid	102
ursodiol	87

V

valacyclovir hcl	55
VALCHLOR	82
valganciclovir hcl	50
valproate sodium	15
valproic acid	15
valsartan	65
valsartan-hydrochlorothiazide	72
VALTOCO 10 MG DOSE	17
VALTOCO 15 MG DOSE	17
VALTOCO 20 MG DOSE	17
VALTOCO 5 MG DOSE	17
vanadom	126
vancomycin hcl	9
VANDAZOLE	9
VANFLYTA	40
VAQTA	110
varenicline tartrate	6
varenicline tartrate (starter)	6
varenicline tartrate(continue)	6
VARIVAX	110
VAXCHORA	110
VELIVET	99
VENCLEXTA	40,41
VENCLEXTA STARTING PACK	41

venlafaxine hcl	22
venlafaxine hcl er	22
VEOZAH	77
verapamil hcl	69
VERAPAMIL HCL ER	69
verapamil hcl er	69
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE	116
VERIFINE INSULIN SYRINGE	116
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	116
VERQUVO	72
VERSACLOZ	49
VERZENIO	41
vestura	99
vienva	99
vigabatrin	17
vigadrone	17
VIGAFYDE	17
vigpoder	17
vilazodone hcl	22
viorele	99
VIRACEPT	55
VIREAD	53
VITRAKVI	41
VIZIMPRO	41
volnea	99
VONJO	43
voriconazole	26
VOWST	116
VRAYLAR	49
vyfemla	99
vylibra	99
VYZULTA	120

W

warfarin sodium	62
WELIREG	31
wera	100
wixela inhub	125
wymzya fe	100

X

XALKORI	41
XARELTO	62
XARELTO STARTER PACK	63
XATMEP	108

XCOPRI	16,18	zolpidem tartrate	126
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)	18	zolpidem tartrate er	126
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)	18	ZONISADE	19
XDEMVY	118	zonisamide	19
XELJANZ	105	zovia 1/35 (28)	100
XELJANZ XR	105	zovia 1/35e (28)	100
XERMELO	86	ZTALMY	17
XGEVA	112	zumandimine	100
XIFAXAN	9	ZURZUVAE	20,21
XIGDUO XR	59,60	ZYDELIG	42
XIIDRA	118	ZYKADIA	42
XOFLUZA (40 MG DOSE)	55	ZYLET	118
XOFLUZA (80 MG DOSE)	55	ZYPREXA RELPREVV	49
XOLAIR	105,106		
XOSPATA	41		
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)	41		
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)	41		
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)	41		
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)	42		
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)	42		
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)	42		
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)	42		
XTANDI	29		
xulane	100		

Y

YF-VAX	110
yuvafem	100

Z

zafemy	100
zafirlukast	122
zaleplon	126
zarah	100
ZARXIO	63
ZEJULA	42
ZELBORAF	42
zenatane	79
zidovudine	53
ziprasidone hcl	49
ziprasidone mesylate	49
ZIRGAN	118
zoledronic acid	112
ZOLINZA	31
zolmitriptan	27

قائمة الأدوية حسب الحالة الطبية

ANALGESICS	1
ANESTHETICS	5
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS	5
ANTIBACTERIALS	7
ANTICONVULSANTS	14
ANTIDEMENTIA AGENTS	19
ANTIDEPRESSANTS	20
ANTIEMETICS	23
ANTIFUNGALS	24
ANTIGOUT AGENTS	26
ANTIMIGRAINE AGENTS	26
ANTIMYASTHENIC AGENTS	27
ANTIMYCOBACTERIALS	28
ANTINEOPLASTICS	28
ANTIPARASITICS	43
ANTIPARKINSON AGENTS	44
ANTIPSYCHOTICS	45
ANTISPASTICITY AGENTS	50
ANTIVIRALS	50
ANXIOLYTICS	56
BIPOLAR AGENTS	57
BLOOD GLUCOSE REGULATORS	57
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS	61
CARDIOVASCULAR AGENTS	64
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS	75
DENTAL AND ORAL AGENTS	78
DERMATOLOGICAL AGENTS	79
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS	83
GASTROINTESTINAL AGENTS	85
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT	88
GENITOURINARY AGENTS	89
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)	90
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)	91
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)	92
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)	101
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)	102
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)	103
IMMUNOLOGICAL AGENTS	103

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS	110
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS	111
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS	112
OPHTHALMIC AGENTS	117
OTIC AGENTS	120
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS	121
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS	125
SLEEP DISORDER AGENTS	126

إشعار عدم التمييز

التمييز أمر مخالف للقانون. تلتزم Blue Shield of California باتباع قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية وقوانين الحقوق المدنية المعمول بها على مستوى الولاية، كما أنها لا تميز بين الأشخاص على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو النسب، أو الدين، أو الجنس، أو الحالة الاجتماعية، أو الحمل، أو الحالات ذات الصلة، أو السمات الجنسية، أو القوالب النمطية الجنسية أو النوع الجنساني، أو الهوية الجنسية، أو الميول الجنسية، أو السن، أو الإعاقة. لا تستبعد Blue Shield of California الأشخاص على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو النسب أو الدين أو الجنس أو الحالة الاجتماعية أو الحمل أو الحالات ذات الصلة أو السمات الجنسية أو القوالب النمطية الجنسية أو النوع الجنساني أو الهوية الجنسية أو الميول الجنسية أو السن أو الإعاقة، ولا تعاملهم معاملة مختلفة.

تقدم Blue Shield of California ما يلي:

- المساعدات والخدمات مجاناً للأفراد ذوي الإعاقة التي تحول دون التواصل معنا بفعالية، مثل:
 - ✓ مترجمي لغة إشارة مؤهلين
 - ✓ معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى (الملفات المطبوعة بحجم كبيرة، والملفات الصوتية، والتنسيقات الإلكترونية سهلة الوصول، والتنسيقات والمعلومات الأخرى)
- خدمات لغوية للأشخاص المتحدثين بغير اللغة الإنجليزية، مثل:
 - ✓ مترجمي الترجمة الشفهية
 - ✓ معلومات مكتوبة بلغات مختلفة

إذا احتجت إلى هذه الخدمات، اتصل بخدمة العملاء لدى Blue Shield of California باستخدام الرقم الموجود على ظهر بطاقة معرف العضوية الخاصة بك

إذا رأيت أن Blue Shield of California لم تلتزم بتقديم هذه الخدمات أو تميز بين الأشخاص بطريقة أخرى على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو النسب، أو الدين، أو الجنس، أو الحالة الاجتماعية، أو الحمل، أو الحالات ذات الصلة، أو السمات الجنسية، أو القوالب النمطية الجنسية أو النوع الجنساني، أو الهوية الجنسية، أو الميول الجنسية، أو السن، أو الإعاقة، يمكنك تقديم شكوى لـ:

Blue Shield of California Civil Rights Coordinator

P.O. Box 5588, El Dorado Hills, CA 95762-0011

الهاتف: (844) 831-4133 (TTY: 711)

الفاكس: (844) 696-6070

البريد الإلكتروني: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

يمكنك تقديم شكواك شخصياً أو من خلال البريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني. إذا احتجت إلى تقديم شكوى، فمنسق الحقوق المدنية متاح لمساعدتك.

يمكنك أيضاً تقديم شكوى بشأن الحقوق المدنية لدى U.S. Department of Health and Human Services (وزارة الصحة والخدمات البشرية في الولايات المتحدة)، في مكتب الحقوق المدنية، إلكترونياً من خلال بوابة شكوى مكتب الحقوق المدنية، المتاحة على <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>، أو بالبريد أو بالهاتف على:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

الهاتف: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

تتوافر نماذج الشكاوي على الرابط <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-Language Insert Multi-Language Interpreter Services

English We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-452-4413. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-452-4413. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-452-4413。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-452-4413。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-452-4413. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-452-4413. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-452-4413 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-452-4413. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-452-4413 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-452-4413. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-452-4413. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية على مترجم فوري،

Hindi हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-452-4413 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian E disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-452-4413. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-452-4413. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-452-4413. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-452-4413. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-452-4413 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Hmong Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus pab dawb los teb tej lus nug uas koj muaj hais txog ntawm peb li kev noj qab haus huv los sis lub phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws pab cuam txhais lus, tsuas yog hu rau peb ntawm 1-800-452-4413. Muaj cov paub lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog pab dawb.

Ukrainian Ми надаємо безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які запитання щодо нашого плану лікування чи надання лікарських засобів. Щоб скористатися послугами перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-452-4413. Вам може допомогти хтось, хто розмовляє Українською. Це безкоштовна послуга.

Navajo Dít ats'ííís baa áháyá éí doodago azeé' bee aa áháyá bína'ídííkidgo éí ná ata' hodoolnihíí hóló. Ata' halne'é biniiyégo, kojí' 1-800-776-4466 béésh bee hodíílnih. Diné k'ehjí yált'i níká adoolwoł. Dít t'áá jíík'eh bee aná'áwo.

Punjabi ਪੰਜਾਬੀ ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਨਾਂ ਡਰੱਗ ਪਲਾਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਆਰੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇੱਕ ਦੁਆਰੀਆ ਲੈਣ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-800-452-4413 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Khmer យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានាដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬគម្រោងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ម្នាក់សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-800-452-4413។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Mien Yie mbuo mbenc duqv maaih tengx wang-henh nzie faan waac mienh liouh dau waac bun muangx dongh nzunc baav meih maaih waac naaic taux yie mbuo gorngv taux yie nyei heng-wangc jauv-louc a'fai ndie-daan. Liouh lorx zipv longc faan waac nor, douc waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv 1-800-452-4413. Maaih mienh gorngv benx Mienh waac haih tengx nzie duqv meih. Naaiv se benx wang-henh nzie weih jauv-louc oc.

Lao ພວກເຮົາມີນາຍພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມຕ່າງໆທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-452-4413. ມີຜູ້ຮູ້ພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານ. ນີ້ແມ່ນບໍລິການໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

Armenian Մեզ վրա կարող եք հարցնել և օգնություն ստանալ ձեր առողջապահության կամ դեղերի քննարկի հետ կապված Ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ լեզուներով համար քարտուսիչ զանգահարեք մեզ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հարեքեն իմացող թարգմանիչը: Ծանայր լեզուներ և օգնություն:

Farsi ما خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم تا به هر گونه سوالی که در مورد طرح سلامت یا داروی ما دارید پاسخ دهیم. برای داشتن مترجم شفاهی، کفایت با ما به شماره 1-800-452-4413 تماس بگیرید. کسی که فارسی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این یک خدمت رایگان است.

Thai ภาษาไทย เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามของคุณเกี่ยวกับสุขภาพหรือแผนด้านยาของคุณ หากต้องการบริการล่าม โปรดโทรหาเราที่ 1-800-452-4413 มีคนที่สามารถพูดภาษาไทยได้เพื่อช่วยเหลือคุณ บริการนี้เป็นบริการฟรี



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: Զանգահարեք **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 ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕພິມໃຫຍ່ 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.

ພາສາມຼຳຊາກສາໄຊ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ

1-800-452-4413 (TTY:711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់
ជនពិការ ដូចជា ឯកសារសរសេរជាអក្សរធុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក
ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។
ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-800-452-4413** (TTY:711)។
សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

مطلب به زبان فارسی (Persian (Farsi))

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

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 ТТУ: **1-800-452-4413**). 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 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

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.

A56419DSN_0724 H2819_24_452B_C Approved 08052024

تم تحديث كتيب الوصفات هذا بتاريخ 10/01/2024 . لمزيد من أحدث المعلومات أو لطرح أسئلة أخرى، اتصل بنا على (711: TTY) 452-4413 (800)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، سبعة أيام في الأسبوع أو تفضل بزيارة [.blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025)

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على (711: TTY) 452-4413 (800)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، سبعة أيام في الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [.blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025)



10/01/2024