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

2027 *Listahan ng Mga Sinasaklaw na Gamot* (*Listahan ng Gamot* o Pormularyo)

MANGYARING BASAHIN: NAGLALAMAN ANG DOKUMENTONG ITO NG IMPORMASYON TUNGKOL SA MGA GAMOT NA SINASAKLAW NAMIN SA PLANONG ITO

ID ng Pormularyo 27198, Bersiyon 12

Na-update ang *Listahan ng Gamot* na ito noong 10/23/2026 .

Para sa higit pang pinakabagong impormasyon o iba pang tanong, makipag-ugnayan sa amin sa (800) 452-4413 (TTY: 711), 8 a.m. hanggang 8 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo o bisitahin ang blueshieldca.com/medformulary2027.

H2819_26_149A _C Approved 08182026

A55568EAE-TA (11/26)

Panimula

Ang dokumentong ito ay tinatawag na *Listahan ng Mga Sinasaklaw na Gamot* (na kilala rin bilang *Listahan ng Gamot*). Sinasabi nito sa iyo kung aling mga gamot ang sinasaklaw ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Ipinapaalam rin sa iyo ng *Listahan ng Gamot* kung mayroong anumang espesyal na mga tuntunin o paghihigpit sa alinmang gamot na sinasaklaw ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Ang mga pangunaging termino at kahulugan ng mga ito ay makikita sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Mga Pagtatatuwa iv

B. Mga Madalas Itanong (FAQ) xiv

B1. Anong mga resetang gamot ang nasa *Listahan ng Mga Sinasaklaw na Gamot*? (Tinatawag namin ang *Listahan ng Mga Sinasaklaw na Gamot* na "*Listahan ng Gamot*" bilang pinaikli.) xiv

B2. Nagbabago ba ang *Listahan ng Gamot*? xv

B3. Ano ang mangyayari kapag may pagbabago sa *Listahan ng Gamot*? xvi

B4. Mayroon bang anumang paghihigpit o limitasyon sa saklaw sa gamot o anumang kinakailangang pagkilos na gagawin para makakuha ng ilang partikular na gamot? xvii

B5. Paano ko malalaman kung ang gamot na gusto ko ay may mga limitasyon o kung may mga kinakailangang gawin para makuha ang gamot? xviii

B6. Ano ang mangyayari kung babaguhin ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ang mga panuntunan nila tungkol sa kung paano nila sinasaklaw ang ilang gamot (halimbawa, paunang pahintulot, mga limitasyon sa dami, at/o mga paghihigpit sa step therapy)? xix

B7. Paano ako makakahanap ng gamot sa *Listahan ng Gamot*? xix

B8. Paano kung wala sa *Listahan ng Gamot* ang gamot na gusto kong inumin? xix

B9. Paano kung isa akong bagong miyembro ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan at hindi ko mahanap ang aking gamot sa *Listahan ng Gamot* o may problema ako sa pagkuha ng gamot ko? xx

B10. Puwede ba akong humiling ng pagbubukod saklawin ang gamot ko? xxi

B11. Paano ako hihiling ng pagbubukod? xxii

B12. Gaano katagal bago makakuha ng pagbubukod? xxii

B13. Ano ang mga generic na gamot? xxii

B14. Ano ang mga orihinal na biolohikal na produkto at paano nauugnay ang mga ito sa mga biosimilar? xxiii

B15. Sinasaklaw ba ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ang mga pangmatagalang supply ng mga reseta? xxiii

B16. Puwede ba akong magpahatid sa bahay ng mga reseta mula sa aking lokal na parmasya? xxiv

B17. Ano ang copay ko? xxiv

C. Pangkalahatang-ideya ng *Listahan ng Mga Sinasaklaw na Gamot* xxviii

C1. Listahan ng Mga Gamot ayon sa Medikal na Kondisyon xxix

D. Talatuntunan ng Mga Sinasaklaw na Gamot 141

A.Mga Pagtatatuwa

Isa itong listahan ng mga gamot na puwedeng makuha ng mga miyembro sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

- Puwede mong laging suriin ang updated na *Listahan ng Mga Sinasaklaw na Gamot* ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan online sa blueshieldca.com/medformulary2027 o sa pamamagitan ng pagtawag sa (800) 452-4413 (TTY:711). Libre ang tawag na ito.
- Ang Blue Shield of California ay isang independiyenteng miyembro ng Blue Shield Association.
- Ang Blue Shield of California ay isang planong HMO D-SNP na may kontrata sa Medicare at kontrata sa California State Medicaid Program (Programa ng Medicaid ng Estado ng California). Nakasalalay ang pagpapatala sa Blue Shield of California sa pag-renew ng kontrata.
- Libre mong makukuha ang dokumentong ito sa iba pang format, gaya ng malalaking titik, braille, o audio. Tumawag sa mga numero sa footer ng dokumentong ito. Libre ang tawag na ito.
- The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯 邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。 Ang kompanya ay sumusunod sa mga nalalapat na batas ng estado at mga pederal na batas sa mga karapatang sibil at hindi nandidiskrimina, nagbubukod ng mga tao, o kaiba ang trato sa kanila sa batayan ng lahi, kulay, bansang pinagmulan, pagkakakilanlan ng pangkat-etniko, kondisyong medikal, henetikong impormasyon, lipi, relihiyon, biolohikal na kasarian, katayuan sa pag-aasawa, kasarian, pagkakakilanlan ng kasarian, sekswal na oryentasyon, edad, kapansanan sa pag-iisip, o pisikal na kapansanan.
- *Available nang libre ang dokumentong ito sa English, Spanish, Arabic, Armenian, Simplified Chinese, Traditional Chinese, Farsi, Khmer (Cambodian), Korean, Russian, Tagalog, at Vietnamese.*

Ipinagpatuloy ang seksiyong ito sa susunod na pahina

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

الشعار بالعربية (Arabic)

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

Ipinagpatuloy ang seksiyong ito sa susunod na pahina

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|

Ipinagpatuloy ang seksiyong ito sa susunod na pahina

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.

Ipinagpatuloy ang seksiyong ito sa susunod na pahina

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.

Ipinagpatuloy ang seksiyong ito sa susunod na pahina

ແຈກໄລພາສາລາວ (Laotian)

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

Mien Tagline (Mien)

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

Ipinagpatuloy ang seksiyong ito sa susunod na pahina

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

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

مطلب به زبان فارسی (Persian (Farsi))

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

Ipinagpatuloy ang seksiyong ito sa susunod na pahina

Русский слоган (Russian)

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

Ipinagpatuloy ang seksiyong ito sa susunod na pahina

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.

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

Ipinagpatuloy ang seksiyong ito sa susunod na pahina

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.

- Puwede kang gumawa ng nagpapatuloy na kahilingan para makuha ang dokumentong ito at mga kinakailangang komunikasyon sa hinaharap sa wikang maliban sa Ingles o sa kahaliling format (malaking print, braille, audio, atbp.). Puwede kang makipag-ugnayan sa Serbisyo sa Customer ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan sa (800) 452-4413 (TTY: 711), 8 a.m. hanggang 8 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo para hilingin ito. Pananatilihin ng Serbisyo sa Customer ang gusto mong wika at format sa file hanggang sa panahon na gusto mo nang gumawa ng mga pag-update.
- Para gumawa ng pagbabago sa isang nagpapatuloy na kahilingan para makatanggap ng mga kinakailangang komunikasyon sa isang gustong wika o sa isang kahaliling format, mangyaring makipag-ugnayan sa Serbisyo sa Customer ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan sa (800) 452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo.

B. Mga Madalas Itanong (FAQ)

Maghanap dito ng mga sagot sa iyong mga tanong tungkol sa *Listahan ng Mga Sinasaklaw na Gamot (Listahan ng Gamot)* na ito. Puwede mong basahin ang lahat ng FAQ para matuto nang higit pa o maghanap ng tanong at sagot.

B1. Anong mga resetang gamot ang nasa *Listahan ng Mga Sinasaklaw na Gamot*? (Tinatawag namin ang *Listahan ng Mga Sinasaklaw na Gamot* na "*Listahan ng Gamot*" bilang pinaikli.)

Ang mga gamot sa *Listahan ng Gamot* na nagsisimula sa **Seksiyon C** ay ang mga gamot na sinasaklaw ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Makukuha ang mga gamot sa mga parmasya na nasa loob ng aming network. Nasa aming network ang isang parmasya kung may kasunduan kami sa kanilang makipagtulungan sa amin at magbigay sa iyo ng mga serbisyo. Tinutukoy namin ang mga parmasyang ito bilang "mga parmasya sa network."

Ang iba pang gamot, tulad ng ilang over-the-counter (OTC) na gamot at ilang partikular na bitamina, ay posibleng sinasaklaw ng Medi-Cal Rx. Mangyaring bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa karagdagang impormasyon. Puwede mo ring tawagan ang Sentro ng Serbisyo sa Customer ng Medi-Cal Rx sa 800-977-2273. Pakidala ang Identification Card ng Benepisyaryo (BIC) ng Medi-Cal mo kapag kukuha ng mga reseta sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.

- Sasaklawin ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ang lahat ng medikal na kinakailangang gamot sa *Listahan ng Gamot* kung:
    - sasabihin ng iyong doktor o iba pang tagaresetang kailangan mo ang mga iyon para gumaling o manatiling malusog,
    - sumasang-ayon ang Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan na medikal na kinakailangan ang gamot para sa iyo, **at**
    - pupunan mo ang reseta sa parmasya sa network ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
- Sa ilang kaso, mayroon kang dapat gawin bago ka makakakuha ng gamot. Sumangguni sa tanong B4 para sa karagdagang impormasyon.

Makakakita ka rin ng updated na listahan ng mga gamot na sinasaklaw namin sa aming website sa blueshieldca.com/medformulary2027 o tumawag sa Serbisyo sa Customer sa mga numero sa footer ng dokumentong ito.

B2. Nagbabago ba ang *Listahan ng Gamot*?

Oo, at dapat sundin ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ang mga panuntunan ng Medicare at Medi-Cal kapag gumagawa ng mga pagbabago. Posible kaming magdagdag o mag-alis ng mga gamot sa *Listahan ng Gamot* sa buong taon.

Posible rin naming baguhin ang aming mga panuntunan tungkol sa mga gamot. Halimbawa, magagawa naming:

- Magdesisyong mangailangan o hindi mangailangan ng paunang pahintulot para sa isang gamot. (Ang paunang pahintulot ay pahintulot mula sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan bago ka makakuha ng gamot.)
- Dagdagan o baguhin ang dami ng gamot na puwede mong makuha (tinatawag na mga limitasyon sa dami).
- Magdagdag o magbago ng mga paghihigpit sa step therapy ng isang gamot. (Ang step therapy ay nangangahulugang dapat mong subukan ang isang gamot bago namin saklawin ang isa pang gamot.)

Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga panuntunang ito sa gamot, tingnan ang tanong B4.

Kung umiinom ka ng gamot na sinaklaw sa **simula** ng taon, sa pangkalahatan ay hindi namin aalisin o babaguhin ang saklaw sa gamot na iyon **sa loob ng natitirang bahagi ng taon** maliban na lang kung:

- may bago at mas murang gamot sa merkado na kasing bisa ng isang gamot na nasa *Listahan ng Gamot*, o
- malalaman naming hindi ligtas ang gamot, o
- inalis sa merkado ang isang gamot.

Ang mga tanong B3 at B6 sa ibaba ay may karagdagang impormasyon tungkol sa kung ano ang mangyayari kapag nagbago ang *Listahan ng Gamot*.

- Lagi mong puwedeng suriin ang updated na *Listahan ng Gamot* ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan online sa blueshieldca.com/medformulary2027. Naka-post ang mga update sa *Listahan ng Gamot* sa website buwan-buwan.
- Puwede mo ring tawagan ang Serbisyo sa Customer sa mga numero sa footer ng dokumentong ito para suriin ang kasalukuyang *Listahan ng Gamot*.

B3. Ano ang mangyayari kapag may pagbabago sa *Listahan ng Gamot*?

Ang ilang pagbabago sa *Listahan ng Gamot* ay mangyayari **kaagad**. Halimbawa:

- **Mga pagpapalit ng ilang partikular na bagong bersiyon ng gamot.** Posible naming alisin kaagad ang mga gamot mula sa *Listahan ng Gamot* kung papalitan namin ang mga ito ng ilang partikular na bagong bersiyon ng gamot na iyon, pero mananatiling $0 ang iyong gastos para sa bagong gamot. Kapag nagdagdag kami ng bagong bersiyon ng gamot, posible rin kaming magdesisyong panatilihin ang branded na gamot o orihinal na biolohikal na produkto sa listahan, pero babaguhin namin ang mga panuntunan o limitasyon sa saklaw nito.
    - Posibleng hindi namin ipaalam sa iyo bago namin gawin ang pagbabagong ito, pero magpapadala kami ng impormasyon sa iyo tungkol sa tiyak na pagbabagong ginawa namin kapag nangyari na ito.
    - Puwede lang naming gawin ang mga pagbabagong ito kung ang gamot na idinaragdag namin ay:
        - isang bagong generic na bersiyon ng branded na gamot, o
        - isang partikular at bagong biosimilar na bersiyon ng mga orihinal na biolohikal na produkto sa *Listahan ng Gamot* (halimbawa, pagdaragdag ng maipapamalit na biosimilar sa isang orihinal at biolohikal na produkto nang walang bagong reseta).
        - Posibleng bago sa iyo ang ilan sa mga uri ng gamot na ito. Para sa karagdagang impormasyon, sumangguni sa **Seksiyon B14**.
    - Ikaw o ang iyong provider ay puwedeng humiling ng pagbubukod mula sa mga pagbabagong ito. Padadalhan ka namin ng abisong may mga hakbang na puwede mong gawin para humingi ng pagbubukod. Mangyaring sumangguni sa mga tanong B10-B12 para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga pagbubukod.
- **Pag-alis ng mga hindi ligtas na gamot at iba pang gamot na inalis sa merkado.** Minsan posibleng mapag-alamang hindi ligtas ang isang gamot o inalis ito sa merkado para sa ibang dahilan. Kung mangyayari ito, posible namin itong alisin kaagad sa *Listahan ng Gamot*. Kung iniinom mo ang gamot, padadalhan ka namin ng abiso pagkatapos naming gawin ang pagbabago. Malalaman din ng iyong tagareseta ang tungkol sa pagbabagong ito at puwede siyang makipagtulungan sa iyo para makahanap ng ibang gamot para sa iyong kondisyon.

Ipinagpatuloy ang seksiyong ito sa susunod na pahina

Posible kaming gumawa ng iba pang pagbabagong makakaapekto sa mga gamot na iyong iniinom. Sasabihin namin sa iyo nang maaga ang tungkol sa iba pang pagbabagong ito sa *Listahan ng Gamot*. Posibleng mangyari ang mga pagbabagong ito kung:

- Magbibigay ang Food and Drug Administration (FDA, Pangasiwaan ng Pagkain at Gamot) ng bagong gabay o may mga bagong klinikal na alituntunin tungkol sa isang gamot.
- Mag-aalis kami ng branded na gamot mula sa *Listahan ng Gamot* kapag nagdaragdag ng generic na gamot na hindi bago sa merkado**,** o
- mag-aalis kami ng orihinal na biolohikal na produkto kapag nagdaragdag ng biosimilar, o
- babaguhin namin ang mga panuntunan o limitasyon ng saklaw para sa branded na gamot.

Kapag nangyari ang mga pagbabagong ito, aming:

- sasabihin sa iyo nang hindi bababa sa 30 araw bago kami gumawa ng pagbabago sa *Listahan ng Gamot* **o**
- ipapaalam sa iyo at bibigyan ka namin ng 30 araw na supply ng gamot matapos mong humiling ng muling pagpuno.

Magbibigay ito sa iyo ng panahon para makipag-usap sa iyong doktor o iba pang tagareseta. Matutulungan ka nilang magdesisyon:

- kung may katulad na gamot sa *Listahan ng Gamot* na puwede mong inumin bilang kapalit o
- kung hihiling ng pagbubukod mula sa mga pagbabagong ito. Para matuto pa tungkol sa mga pagbubukod, sumangguni sa mga tanong B10-B12.

B4. Mayroon bang anumang paghihigpit o limitasyon sa saklaw sa gamot o anumang kinakailangang pagkilos na gagawin para makakuha ng ilang partikular na gamot?

Oo, ang ilang gamot ay may mga panuntunan sa saklaw o may mga limitasyon sa dami ng puwede mong makuha. Sa ilang sitwasyon, ikaw o ang iyong doktor o iba pang tagareseta ay may dapat gawin bago mo makuha ang gamot. Halimbawa:

Ipinagpatuloy ang seksiyong ito sa susunod na pahina

- **Paunang pahintulot:** Para sa ilang gamot, ikaw o ang iyong doktor o iba pang tagareseta ay dapat kumuha ng pahintulot mula sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan batay sa mga partikular na pamantaya bago mo punan ang iyong reseta. Iba ang paunang pahintulot sa referral. Posibleng hindi saklawin ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ang gamot kung hindi ka makakakuha ng paunang pahintulot.
- **Mga limitasyon sa dami:** Minsan, nililimitahan ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ang dami ng gamot na makukuha mo.
- **Step therapy:** Minsan ay inaatasan ka ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan na magsagawa ng step therapy. Nangangahulugan itong kailangan mong sumubok ng mga gamot sa isang partikular na pagkakasunod-sunod para sa iyong medikal na kondisyon. Posibleng kailanganin mong subukan ang isang gamot bago namin saklawin ang isa pang gamot. Kung sa palagay ng iyong doktor ay hindi tumatalab sa iyo ang unang gamot, sasaklawin namin ang pangalawang gamot.

Puwede mong malaman kung mayroong anumang karagdagang kinakailangan o limitasyon ang iyong gamot sa pamamagitan ng pagtingin sa mga talahanayan sa **Seksiyon C.** Puwede ka ring makakuha ng karagdagang impormasyon sa pamamagitan ng pagbisita sa aming website sa blueshieldca.com/medformulary2027. Nag-post kami sa online ng mga dokumentong nagpapaliwanag sa aming mga paghihigpit sa paunang pahintulot at step therapy. Puwede mo ring hilingin sa aming padalhan ka ng kopya.

Puwede kang humiling ng pagbubukod mula sa mga limitasyong ito. Magbibigay ito sa iyo ng panahon para makipag-usap sa iyong doktor o iba pang tagareseta. Matutulungan ka nilang magdesisyon kung may katulad na gamot sa *Listahan ng Gamot* na puwede mong inumin bilang kapalit o kung hihiling ng pagbubukod. Sumangguni sa mga tanong B10-B12 para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga pagbubukod.

B5. Paano ko malalaman kung ang gamot na gusto ko ay may mga limitasyon o kung may mga kinakailangang gawin para makuha ang gamot?

Ang talahanayan sa seksiyong may pamagat na “Listahan ng Mga Gamot ayon sa Medikal na Kondisyon” ay may kolum na may label na “Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit.”

B6. Ano ang mangyayari kung babaguhin ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ang mga panuntunan nila tungkol sa kung paano nila sinasaklaw ang ilang gamot (halimbawa, paunang pahintulot, mga limitasyon sa dami, at/o mga paghihigpit sa step therapy)?

Sa ilang sitwasyon, sasabihin namin sa iyo nang maaga kung magdaragdag kami o babaguhin namin ang paunang pahintulot, mga limitasyon sa dami, at/o mga paghihigpit sa step therapy sa isang gamot. Sumangguni sa tanong B3 para sa karagdagang impormasyon tungkol sa paunang abisong ito at mga sitwasyon kung saan posibleng hindi namin masabi sa iyo nang maaga kapag nagbago ang aming mga panuntunan tungkol sa mga gamot na nasa *Listahan ng Gamot*.

B7. Paano ako makakahanap ng gamot sa *Listahan ng Gamot*?

May dalawang paraan para maghanap ng gamot:

- puwede kang maghanap ayon sa alpabeto, **o**
- puwede kang maghanap ayon sa medikal na kondisyon.

Para maghanap **ayon sa alpabeto**, hanapin ang iyong gamot sa seksiyon ng Talatuntunan ng Mga Sinasaklaw na Gamot. Mahahanap mo ito sa talatuntunang nagsisimula sa pahina 141. Nagbibigay ang talatuntunan ng alpabetikal na listahan ng lahat ng gamot na kasama sa dokumentong ito. Nakalista ang mga branded na gamot at generic na gamot sa Talatuntunan. Tingnan ang Talatuntunan at hanapin ang iyong gamot. Sa tabi ng iyong gamot, makikita mo ang numero ng pahina kung saan mo makikita ang impormasyon ng saklaw.

Para maghanap **ayon sa medikal na kondisyon**, hanapin ang seksiyong may label na "Listahan ng Mga Gamot ayon sa Medikal na Kondisyon". Nakagrupo ang mga gamot sa seksiyong ito sa mga kategorya depende sa uri ng mga medikal na kondisyong pinaggagamitan sa mga ito sa paggamot. Halimbawa, kung mayroon kang kondisyon sa puso, dapat kang maghanap sa kategoryang Mga Gamot para sa Puso at Sistema ng Pagdaloy ng Dugo (Cardiovascular Agents). Doon mo makikita ang mga gamot na gumagamot sa mga kondisyon sa puso.

B8. Paano kung wala sa *Listahan ng Gamot* ang gamot na gusto kong inumin?

Kung hindi mo mahahanap ang iyong gamot sa *Listahan ng Gamot*, tawagan ang Serbisyo sa Customer sa mga numero sa footer ng dokumentong ito at magtanong tungkol dito. Kung malalaman mong hindi sasaklawin ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ang gamot, puwede mong gawin ang isa sa mga bagay na ito:

Ipinagpatuloy ang seksiyong ito sa susunod na pahina

- Humingi sa Serbisyo sa Customer ng listahan ng mga gamot na kagaya ng gusto mong inumin. Pagkatapos, ipakita ang listahan sa iyong doktor o iba pang tagareseta. Puwede siyang magreseta ng gamot na nasa *Listahan ng Gamot* na kagaya ng gusto mong inumin. **O**
- Hilingin sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan na gumawa ng pagbubukod para saklawin ang iyong gamot. Sumangguni sa mga tanong B10-B12 para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga pagbubukod.

B9. Paano kung isa akong bagong miyembro ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan at hindi ko mahanap ang aking gamot sa *Listahan ng Gamot* o may problema ako sa pagkuha ng gamot ko?

Makakatulong kami. Puwede kaming sumaklaw ng pansamantalang 30 araw na supply ng iyong gamot sa loob ng unang 90 araw na miyembro ka ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Magbibigay ito sa iyo ng panahon para makipag-usap sa iyong doktor o iba pang tagareseta. Matutulungan ka nilang magdesisyon kung may katulad na gamot sa *Listahan ng Gamot* na puwede mong inumin bilang kapalit o kung hihiling ng pagbubukod.

Kung isinulat ang iyong reseta para sa mas kaunting bilang ng araw, papahintulutan namin ang maramihang pagpuno para magbigay ng hanggang sa pinakamatagal na 30 araw ng gamot.

Magsasaklaw kami ng 30 araw na supply ng iyong gamot kung:

- umiinom ka ng gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot*, **o**
- hindi ka pinapayagan ng mga panuntunan ng aming planong kunin ang dami na iniuutos ng iyong tagareseta, **o**
- nangangailangan ang gamot ng paunang pahintulot ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, **o**
- umiinom ka ng gamot na bahagi ng paghihigpit sa step therapy.

Kung umiinom ka ng gamot na hindi itinuturing ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan na isang Bahagi D na gamot, at wala ang gamot sa *Listahan ng Gamot*, at mayroon kang problema sa pagkuha sa gamot, puwede itong saklawin sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx. Kung mangangailangan ang isang gamot na hindi kasama sa Bahagi D ng pagbubukod, at mayroon kang emergency, pahihintulutan ng Medi-Cal Rx ang hindi bababa sa 72 oras na supply ng gamot. Mangyaring bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa karagdagang impormasyon. Puwede mo ring tawagan ang Sentro ng Serbisyo sa Customer ng Medi-Cal Rx sa 800-977-2273. Pakidala ang iyong BIC ng Medi-Cal kapag kukuha ng mga reseta sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.

Ipinagpatuloy ang seksiyong ito sa susunod na pahina

Kung ikaw ay nasa isang nursing home o iba pang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga at kailangan mo ng gamot na wala sa *Listahan ng Gamot* o kung hindi mo madaling makukuha ang gamot na kailangan mo, makakatulong kami. Kung ikaw ay nasa plano nang mahigit 90 araw, nakatira sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, at kailangan kaagad ng supply:

- Magsasaklaw kami ng 31 araw na supply ng gamot na kailangan mo (maliban na lang kung mayroon kang reseta para sa mas kaunting bilang ng mga araw), kahit na ikaw ay bagong miyembro ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan o hindi.
- Dagdag ito sa pansamantalang supply sa unang 90 araw na miyembro ka ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

Patakaran sa Paglipat

Sa mga sirkumstansiyang kung saan lilipat ang benepisyaryo sa isa pang pagtatakda ng paggamot, titiyakin ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ang mabilisang proseso para sa pag-apruba ng mga wala sa pormularyo at Bahagi D na gamot. Ilalapat din ang prosesong ito sa mga nasa pormularyo at Bahagi D na gamot na nangangailangan ng paunang pahintulot o step-therapy. Ang mga halimbawa ng mga pagbabago sa antas ng pangangalaga ay ang mga benepisyaryong na-discharge mula sa ospital at pinauwi sa bahay; mga benepisyaryong tatapusin ang kanilang Medicare Bahagi A na pananatili sa pasilidad ng skilled nursing at kailangang bumalik sa kanilang pormularyo ng Bahagi D na plano; mga benepisyaryong tatapusin ang kanilang pananatili sa pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga at babalik sa komunidad; at, mga benepisyaryong na-discharge mula sa mga sikiyatrikong ospital na may mga gamutang lubos na personalisado.

B10. Puwede ba akong humiling ng pagbubukod saklawin ang gamot ko?

Oo. Puwede mong hilingin sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan na gumawa ng pagbubukod para sumaklaw ng gamot na wala sa *Listahan ng Gamot*.

Puwede mo ring hilingin sa aming baguhin ang mga panuntunan sa iyong gamot.

- Halimbawa, posibleng limitahan ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ang dami ng gamot na sasaklawin namin. Kung may limitasyon ang iyong gamot, puwede mong hilingin sa aming baguhin ang limitasyon at dagdagan ang sinasaklaw.
- Iba pang halimbawa: Puwede mong hilingin sa aming alisin ang mga paghihigpit sa step therapy o mga kinakailangan sa paunang pahintulot.

B11. Paano ako hihiling ng pagbubukod?

Para humiling ng pagbubukod, tawagan ang Serbisyo sa Customer. Makikipagtulungan sa iyo at sa iyong tagareseta ang isang kinatawan ng Serbisyo sa Customer upang tulungan kang humiling ng pagbubukod. Puwede mo ring basahin ang **Kabanata 9 Seksiyon G2** ng *Handbook ng Miyembro* para matuto pa tungkol sa mga pagbubukod.

B12. Gaano katagal bago makakuha ng pagbubukod?

Pagkatapos naming makakuha ng pahayag mula sa iyong tagaresetang sumusuporta sa iyong kahilingan para sa pagbubukod, bibigyan ka namin ng desisyon sa loob ng 72 oras. Puwedeng ipadala ng iyong tagareseta ang pahayag na ito sa elektronikong paraan (online o fax) o sa pamamagitan ng mail. Puwede rin nilang tawagan ang Departamento ng Parmasya ng Blue Shield sa (800) 535-9481 at ibigay sa amin ang pahayag nang pasalita at pagkatapos ay magpadala sa amin ng nakasulat na pahayag, kung kinakailangan.

Kung sa palagay mo o ng iyong tagareseta ay posibleng manganib ang iyong kalusugan kung kailangan mong maghintay nang 72 oras para sa isang desisyon, puwede kang humingi ng pinabilis na pagbubukod. Isa itong mas mabilis na desisyon. Kung sinusuportahan ng iyong tagareseta ang iyong kahilingan, bibigyan ka namin ng desisyon sa loob ng 24 na oras matapos makuha ang sumusuportang pahayag ng iyong tagareseta.

B13. Ano ang mga generic na gamot?

Ang mga generic na gamot ay gawa sa mga pareho at aktibong sangkap na nasa mga branded na gamot. Karaniwang mas mababa ang halaga ng mga ito kaysa sa branded na gamot at sa pangkalahatan ay magkasing bisa ang mga ito. Karaniwang walang kilalang pangalan ang mga ito. Inaprubahan ng Food and Drug Administration (FDA) ang mga generic na gamot. May mga generic na gamot na magagamit para sa maraming branded na gamot. Karaniwang puwedeng ipamalit ang mga generic na gamot sa mga branded na gamot sa parmasya nang walang bagong reseta—depende sa mga batas ng estado.

Parehong sinasaklaw ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ang mga branded na gamot at generic na gamot.

B14. Ano ang mga orihinal na biolohikal na produkto at paano nauugnay ang mga ito sa mga biosimilar?

Kapag tinutukoy namin ang mga gamot, posible itong mangahulugang gamot o isang biolohikal na produkto. Ang mga biolohikal na produkto ay mga gamot na mas kumplikado kaysa sa mga tipikal na gamot. Dahil mas kumplikado ang mga biolohikal na produkto kaysa sa mga tipikal na gamot, sa halip na magkaroon ng generic na anyo, mayroong mga anyo ang mga itong tinatawag na mga biosimilar. Sa pangkalahatan, kasing bisa ng mga biosimilar ang orihinal at biolohikal na produkto at posibleng mas mura ang mga ito. May mga biosimilar na alternatibo para sa ilang orihinal at biolohikal na produkto. Ang ilang biosimilar ay mga puwedeng pagpaliting biosimilar at, depende sa mga batas ng estado, ay puwedeng ipamalit para sa orihinal at biolohikal na produkto sa parmasya nang hindi nangangailangan ng bagong reseta, tulad ng puwedeng ipamalit ang generic na gamot sa mga branded na gamot.

Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga uri ng gamot, sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro*.

B15. Sinasaklaw ba ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ang mga pangmatagalang supply ng mga reseta?

Para sa ilang uri ng mga gamot, puwede mong gamitin ang provider ng paghahatid sa bahay sa network ng plano. Sa pangkalahatan, ang mga gamot na ibinibigay sa pamamagitan ng paghahatid sa bahay ay mga gamot na regular mong iniinom, para sa isang malubha o pangmatagalang medikal na kondisyon. Ang mga gamot na hindi makukuha sa pamamagitan ng provider ng paghahatid sa bahay ng plano ay minamarkahan ng simbolong NDS sa aming Listahan ng Gamot.

- **Mga Serbisyo ng Paghahatid sa Bahay.** Nag-aalok kami ng serbisyo ng paghahatid sa bahay na nagbibigay-daan sa iyong makakuha ng **hanggang sa 100 araw na supply para sa Antas 1: Mga Gustong Generic na Gamot, Antas 2: Mga Generic na Gamot, Antas 3: Mga Gustong Branded na Gamot at Antas 4: Mga Hindi Gustong Gamot**. Isang 100 araw na supply para sa Antas 1: Mga Gustong Generic na Gamot at Antas 2: Ang mga Generic na Gamot ay may katulad na copay sa isang buwang supply para sa Antas 1 at 2. Isang 100 araw na supply para sa Antas 3: Mga Gustong Branded na Gamot at Antas 4: Ang mga Hindi Gustong Gamot ay may katulad na copay sa isang buwang supply para sa Antas 3 at 4.

Ipinagpatuloy ang seksiyong ito sa susunod na pahina

- **Mga Programa ng Tingiang Parmasya.** Posible ring mag-alok ang ilang tingiang parmasya ng **hanggang sa isang 100 araw na supply para sa Antas 1: Mga Gustong Generic na Gamot, Antas 2: Mga Generic na Gamot, Antas 3: Mga Gustong Branded na Gamot at Antas 4: Mga Hindi Gustong Gamot**. Isang 100 araw na supply para sa Antas 1: Mga Gustong Generic na Gamot at Antas 2: Ang mga Generic na Gamot ay may katulad na copay sa isang buwang supply para sa Antas 1 at 2. Isang 100 araw na supply para sa Antas 3: Mga Gustong Branded na Gamot at Antas 4: Ang mga Hindi Gustong Gamot ay may katulad na copay sa isang buwang supply para sa Antas 3 at 4.

B16. Puwede ba akong magpahatid sa bahay ng mga reseta mula sa aking lokal na parmasya?

Posibleng maihatid ng iyong lokal na parmasya ang reseta mo sa iyong bahay. Puwede mong tawagan ang iyong parmasya para alamin kung nag-aalok sila ng paghahatid sa bahay.

B17. Ano ang copay ko?

Mayroong mga copay para sa reseta ang mga miyembro ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan kung susundin ng miyembro ang mga panuntunan ng plano.

Ang mga antas ay mga grupo ng mga gamot sa aming *Listahan ng Gamot*.

- Ang mga gamot na nasa Antas 1 ay ang Mga Gustong Generic na Gamot
- Ang mga gamot na nasa Antas 2 ay ang Mga Generic na Gamot
- Ang mga gamot na nasa Antas 3 ay ang Mga Gustong Branded na Gamot
- Ang mga gamot na nasa Antas 4 ay ang Mga Hindi Gustong Gamot
- Ang mga gamot na nasa Antas 5 ay ang Mga Gamot sa Espesyalidad na Antas

Kung mayroon kang mga tanong, tawagan ang Serbisyo sa Customer sa mga numero sa footer ng dokumentong ito.

Antas	Paglalarawan	Copayment	
		30 araw na supply	100 araw na supply
Antas 1	Mga Gustong Generic na Gamot	$0	$0
Antas 2	Mga Generic na Gamot	$0	$0
Antas 3	Mga Gustong Branded na Gamot	Kung nakatatanggap ka ng Extra Help (Dagdag na Tulong), ito ang iyong babayaran: Para sa mga sakop na generic na gamot (kabilang ang mga brand na gamot na itinuturing na generic), alinman sa:	Kung nakatatanggap ka ng Extra Help (Dagdag na Tulong), ito ang iyong babayaran: Para sa mga sakop na generic na gamot (kabilang ang mga brand na gamot na itinuturing na generic), alinman sa:

		$0.00, $1.65, o $5.80 Para sa lahat ng iba pang sakop na gamot, alinman sa: $0, $5.00, o $14.40 Kung nakatatanggap ka ng Extra Help, magbabayad ka ng $0.00 hanggang $14.40 para sa 1 buwang supply ng bawat sakop na produktong insulin sa tier na ito. Kung hindi ka kwalipikado para sa Extra Help, hindi ka magbabayad nang hihigit sa alinman ang mas mababa sa $35.00 bawat 1 buwang supply, $70 bawat 2 buwang supply, o $105 bawat 3 buwang supply ng bawat sakop na produktong insulin sa tier na ito, o 17% coinsurance para sa bawat sakop na produktong hindi insulin sa tier na ito. Ang mga copay para sa mga gamot ay maaaring mag-iba batay sa antas ng Extra Help na natatanggap mo. Mangyaring makipag-ugnayan sa plan para sa karagdagang detalye.	$0.00, $1.65, o $5.80 Para sa lahat ng iba pang sakop na gamot, alinman sa: $0, $5.00, o $14.40 Kung nakatatanggap ka ng Extra Help, magbabayad ka ng $0.00 hanggang $14.40 para sa 1 buwang supply ng bawat sakop na produktong insulin sa tier na ito. Kung hindi ka kwalipikado para sa Extra Help, hindi ka magbabayad nang hihigit sa alinman ang mas mababa sa $35.00 bawat 1 buwang supply, $70 bawat 2 buwang supply, o $105 bawat 3 buwang supply ng bawat sakop na produktong insulin sa tier na ito, o 17% coinsurance para sa bawat sakop na produktong hindi insulin sa tier na ito. Ang mga copay para sa mga gamot ay maaaring magbago batay sa antas ng Extra Help na natatanggap mo. Mangyaring makipag-ugnayan sa plan para sa karagdagang mga detalye.
Antas 4	Mga Hindi Gustong Gamot	Kung nakatatanggap ka ng Extra Help (Dagdag na Tulong), ito ang iyong babayaran: Para sa mga sakop na generic na gamot (kabilang ang mga brand na gamot na itinuturing na generic), alinman sa: $0.00, $1.65, o $5.80	Kung nakatatanggap ka ng Extra Help (Dagdag na Tulong), ito ang iyong babayaran: Para sa mga sakop na generic na gamot (kabilang ang mga brand na gamot na itinuturing na generic), alinman sa: $0.00, $1.65, o $5.80

		Para sa lahat ng iba pang sakop na gamot, alinman sa: $0, $5.00, o $14.40 Kung nakatatanggap ka ng Extra Help, magbabayad ka ng $0.00 hanggang $14.40 para sa 1 buwang supply ng bawat sakop na produktong insulin sa tier na ito. Kung hindi ka kwalipikado para sa Extra Help, hindi ka magbabayad nang hihigit sa alinman ang mas mababa sa $35.00 bawat 1 buwang supply, $70 bawat 2 buwang supply, o $105 bawat 3 buwang supply ng bawat sakop na produktong insulin sa tier na ito, o 17% coinsurance para sa bawat sakop na produktong hindi insulin sa tier na ito. Ang mga copay para sa mga gamot ay maaaring magbago batay sa antas ng Extra Help na natatanggap mo. Mangyaring makipag-ugnayan sa plan para sa karagdagang mga detalye.	Para sa lahat ng iba pang sakop na gamot, alinman sa: $0, $5.00, o $14.40 Kung nakatatanggap ka ng Extra Help, magbabayad ka ng $0.00 hanggang $14.40 para sa 1 buwang supply ng bawat sakop na produktong insulin sa tier na ito. Kung hindi ka kwalipikado para sa Extra Help, hindi ka magbabayad nang hihigit sa alinman ang mas mababa sa $35.00 bawat 1 buwang supply, $70 bawat 2 buwang supply, o $105 bawat 3 buwang supply ng bawat sakop na produktong insulin sa tier na ito, o 17% coinsurance para sa bawat sakop na produktong hindi insulin sa tier na ito. Ang mga copay para sa mga gamot ay maaaring magbago batay sa antas ng Extra Help na natatanggap mo. Mangyaring makipag-ugnayan sa plan para sa karagdagang mga detalye.
Antas 5	Mga Gamot sa Espesyalidad na Antas	Kung nakatatanggap ka ng Extra Help (Dagdag na Tulong), ito ang iyong babayaran: Para sa mga sakop na generic na gamot (kabilang ang mga brand na gamot na itinuturing na generic), alinman sa: $0.00, $1.65, o $5.80	Hindi available

		Para sa lahat ng iba pang sakop na gamot, alinman sa: $0.00, $5.00, o $14.40 Kung hindi ka kwalipikado para sa Extra Help, hindi ka magbabayad nang hihigit sa 25% coinsurance para sa bawat sakop na produkto sa tier na ito. Ang mga copay para sa mga gamot ay maaaring magbago batay sa antas ng Extra Help na natatanggap mo. Mangyaring makipag-ugnayan sa plan para sa karagdagang mga detalye.	

C. Pangkalahatang-ideya ng *Listahan ng Mga Sinasaklaw na Gamot*

Binibigyan ka ng *Listahan ng Mga Sinasaklaw na Gamot* ng impormasyon tungkol sa mga gamot na sinasaklaw ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Kung nahihirapan kang hanapin ang iyong gamot sa listahan, pumunta sa Talatuntunan ng Mga Sinasaklaw na Gamot na nagsisimula sa **Seksiyon D**. Ayon sa alpabetong inililista ng talatuntunan ang lahat ng gamot na sinasaklaw ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

Ang iba pang gamot, tulad ng ilang over-the-counter (OTC) na gamot at ilang partikular na bitamina, ay posibleng sinasaklaw ng Medi-Cal Rx. Mangyaring bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa karagdagang impormasyon. Puwede mo ring tawagan ang Sentro ng Serbisyo sa Customer ng Medi-Cal Rx sa 800-977-2273. Pakidala ang Identification Card ng Benepisyaryo (BIC) ng Medi-Cal mo kapag kukuha ng mga reseta sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.

Mga Apela Sa Ilalim ng Bahagi D

- Ang isang apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa aming suriing muli ang isang desisyong ginawa namin tungkol sa iyong saklaw at para baguhin ito kung sa palagay mo ay nagkamali kami.
- Halimbawa, posible kaming magdesisyong ang isang gamot na gusto mo ay hindi sinasaklaw o hindi na sinasaklaw ng Medicare o Medi-Cal.
- Kung ikaw o ang iyong doktor ay hindi sumasang-ayon sa aming desisyon, puwede kang umapela. Kung magkakaroon ka man ng tanong, tawagan ang Serbisyo sa Customer sa mga numero sa footer ng dokumentong ito.
- Puwede mo ring basahin ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* para alamin kung paano mag-apela ng desisyon.
- Ang mga gamot na hindi Bahagi D na gamot ay may ibang panuntunan para sa mga apela.

C1. Listahan ng Mga Gamot ayon sa Medikal na Kondisyon

Nakagrupo ang mga gamot sa seksiyong ito sa mga kategorya depende sa uri ng mga medikal na kondisyong pinaggagamitan sa mga ito sa paggamot. Halimbawa, kung ikaw ay may isang kondisyon sa puso, dapat kang maghanap sa kategoryang, Cardiovascular Agents. Doon mo makikita ang mga gamot na gumagamot sa mga kondisyon sa puso.

PANANDA

ANTAS	PANGALAN
1	Mga Gustong Generic na Gamot
2	Mga Generic na Gamot
3	Mga Gustong Branded na Gamot
4	Mga Hindi Gustong Gamot
5	Mga Gamot sa Espesyalidad na Antas

SIMBOLO	PANGALAN	PAGLALARAWAN
LA	Limitadong Access (Limited Access)	Posibleng available lang ang resetang ito sa ilang parmasya. Para sa karagdagang impormasyon, tingnan ang iyong Direktoryo ng Parmasya o tawagan ang aming Serbisyo sa Customer.
PA	Paunang Pahintulot (Prior Authorization)	Nangangailangan ang saklaw para sa resetang ito ng paunang pahintulot mula sa Blue Shield. Tawagan ang Blue Shield para ibigay ang kinakailangang impormasyon para matukoy ang saklaw. Posibleng mangailangan ang ilang gamot ng pagpapasiya ng saklaw ng Bahagi B o Bahagi D, batay sa mga panuntunan sa saklaw ng Medicare.
QL	Limitasyon sa Dami (Quantity Limit)	Ang gamot na ito ay may limitasyon sa dami ng dosis o dami ng reseta. Ang mga pinakamataas at pang-araw-araw na limitasyon sa dosis ay tinukoy ng FDA at nakalista sa insert ng pakete ng gamot. Hinihikayat ng iba pang limitasyon sa dami ang pinagsama-samang dosis kapag posible.
ST	Step Therapy	Ibinibigay ang saklaw para sa resetang ito kapag nasubukan na ang iba pang pauna o gustong gamutan (step therapy).

Ipinagpatuloy ang seksiyong ito sa susunod na pahina

SIMBOLO	PANGALAN	PAGLALARAWAN
NDS	Hindi-Pinalawig na Araw na Supply (Non-Extended Day Supply)	HINDI available ang mga gamot para sa pangmatagalang supply.

Nakalista sa unang kolum ng talahanayan ang pangalan ng gamot. Ang mga generic na gamot ay nakalista sa maliliit na titik at italics (halimbawa, *simvastatin*), ang mga branded na gamot ay nakasulat sa malalaking titik (halimbawa, ELIQUIS), Ipinapaalam sa iyo ng impormasyon sa colum ng "Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit" kung mayroong anumang panuntunan ang Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan para sa pagsaklaw sa iyong gamot.

D. Talatuntunan ng Mga Sinasaklaw na Gamot

Sa seksiyong ito, makakahanap ka ng gamot sa pamamagitan ng paghahanap ng pangalan nito ayon sa alpabeto. Ipapaalam nito sa iyo ang numero ng pahina kung saan ka makakahanap ng karagdagang impormasyon sa saklaw para sa iyong gamot.

ANALGESICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS		
butalbital-aspirin-caffeine 50-325-40 mg cap	Tier 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
celecoxib (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
celecoxib 400 mg cap	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
diclofenac potassium 50 mg tab	Tier 2	
diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr)	Tier 2	
diclofenac sodium 1.5 % solution	Tier 3	
diclofenac sodium 3 % gel	Tier 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
diclofenac sodium 75 mg tab dr	Tier 1	
diclofenac sodium er 100 mg tab er 24h	Tier 2	
diflunisal 500 mg tab	Tier 3	
ec-naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)	Tier 2	
etodolac (200 mg cap, 300 mg cap)	Tier 3	
etodolac (400 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	
etodolac er (400 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h, 600 mg tab er 24h)	Tier 3	
FLURBIPROFEN (100 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 2	
ibu (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)	Tier 1	
ibuprofen (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension)	Tier 2	
ibuprofen (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)	Tier 1	
indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANALGESICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
meloxicam (15 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 1	
nabumetone (500 mg tab, 750 mg tab)	Tier 2	
naproxen (250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab)	Tier 1	
naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)	Tier 2	
naproxen dr 500 mg tab dr	Tier 2	
naproxen sodium (275 mg tab, 550 mg tab)	Tier 3	
oxaprozin 600 mg tab	Tier 4	
piroxicam (10 mg cap, 20 mg cap)	Tier 3	
sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)	Tier 2	
OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING		
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)	Tier 4	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME), NDS
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)	Tier 3	PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 10 mg tab	Tier 4	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 10 mg/5ml solution	Tier 4	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 10 mg/ml solution	Tier 4	PA, NDS
methadone hcl 5 mg tab	Tier 4	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 5 mg/5ml solution	Tier 4	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate er (100 mg tab er, 200 mg tab er, 60 mg tab er)	Tier 4	QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate er 15 mg tab er	Tier 4	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANALGESICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
morphine sulfate er 30 mg tab er	Tier 4	QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
tramadol hcl er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h)	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 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
acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS), NDS
acetaminophen-codeine 300-60 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS), NDS
butorphanol tartrate 10 mg/ml solution	Tier 3	QL (15 PER 28 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	Tier 4	QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS
codeine sulfate 30 mg tab	Tier 4	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 60 MG TAB	Tier 4	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
endocet 10-325 mg tab	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
endocet 7.5-325 mg tab	Tier 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
hydrocodone-acetaminophen (10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab)	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS), NDS
hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml solution, 5-217 mg/10ml solution, 7.5-325 mg/15ml solution)	Tier 4	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS
hydrocodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)	Tier 2	QL (240 PER 30 DAYS), NDS
hydromorphone hcl 2 mg tab	Tier 3	QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANALGESICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
hydromorphone hcl 4 mg tab	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
hydromorphone hcl 8 mg tab	Tier 3	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate (15 mg tab, 30 mg tab)	Tier 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate (concentrate) (100 mg/5ml solution, 20 mg/ml solution)	Tier 3	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate 10 mg/5ml solution	Tier 3	QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate 20 mg/5ml solution	Tier 3	QL (315 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl (15 mg tab, 30 mg tab)	Tier 3	QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl 10 mg tab	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl 100 mg/5ml conc	Tier 4	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl 20 mg tab	Tier 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl 5 mg tab	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl 5 mg/5ml solution	Tier 3	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab	Tier 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
tramadol hcl 50 mg tab	Tier 2	QL (240 PER 30 DAYS), NDS
tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab	Tier 2	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANESTHETICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
LOCAL ANESTHETICS		
lidocaine 5 % ointment	Tier 4	QL (50 PER 30 DAYS)
lidocaine 5 % patch	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
lidocaine hcl 4 % solution	Tier 2	
lidocaine viscous hcl 2 % solution	Tier 2	
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
lidocan 5 % patch	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION	Tier 4	QL (10 PER 30 DAYS)
PREMIUM LIDOCAINE 5 % OINTMENT	Tier 4	QL (50 PER 30 DAYS)

ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ALCOHOL DETERRENTS/ANTI-CRAVING		
acamprosate calcium 333 mg tab dr	Tier 4	
disulfiram (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	
OPIOID DEPENDENCE		
buprenorphine hcl (2 mg sl tab, 8 mg sl tab)	Tier 2	
buprenorphine hcl-naloxone hcl (12-3 mg film, 2-0.5 mg film, 2-0.5 mg sl tab, 4-1 mg film, 8-2 mg film, 8-2 mg sl tab)	Tier 2	
OPIOID REVERSAL AGENTS		
KLOXXADO 8 MG/0.1ML LIQUID	Tier 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
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)	Tier 2	
naltrexone hcl 50 mg tab	Tier 2	
SMOKING CESSATION AGENTS		
bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab er 12h	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	Tier 4	
varenicline tartrate (0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42 tab thpk	Tier 4	QL (53 PER 30 OVER TIME)
varenicline tartrate(continue) 1 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)

ANTIBACTERIALS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
AMINOGLYCOSIDES		
amikacin sulfate 500 mg/2ml solution	Tier 4	
ARIKAYCE 590 MG/8.4ML SUSPENSION	Tier 5	PA, LA, QL (235.2 PER 28 DAYS)
gentamicin sulfate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)	Tier 2	
gentamicin sulfate 40 mg/ml solution	Tier 4	
neomycin sulfate 500 mg tab	Tier 2	
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	Tier 4	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTIBACTERIALS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
tobramycin sulfate (1.2 gm recon soln, 1.2 gm/30ml solution, 10 mg/ml solution, 2 gm/50ml solution, 80 mg/2ml solution)	Tier 4	
ANTIBACTERIALS, OTHER		
aztreonam (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)	Tier 4	
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	Tier 5	PA, LA, QL (84 PER 28 DAYS)
clindamycin hcl (150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap)	Tier 2	
clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln	Tier 4	
clindamycin phosphate (300 mg/2ml solution, 600 mg/4ml solution, 900 mg/6ml solution)	Tier 4	
clindamycin phosphate 2 % cream	Tier 2	
clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml solution, 600 mg/50ml solution, 900 mg/50ml solution)	Tier 4	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL (300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	Tier 4	
colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln	Tier 4	
daptomycin (350 mg recon soln, 500 mg recon soln)	Tier 4	
fosfomycin tromethamine 3 gm packet	Tier 4	QL (4 PACKETS PER 28 OVER TIME)
lincomycin hcl 300 mg/ml solution	Tier 4	
linezolid 100 mg/5ml recon susp	Tier 5	PA
linezolid 600 mg tab	Tier 4	PA
linezolid 600 mg/300ml solution	Tier 4	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTIBACTERIALS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION	Tier 5	
methenamine hippurate 1 gm tab	Tier 4	
metronidazole (0.75 % gel, 250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	
metronidazole (0.75 % lotion, 1 % gel, 500 mg/100ml solution)	Tier 4	
metronidazole 0.75 % cream	Tier 3	
nitrofurantoin macrocrystal (100 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	
nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap	Tier 2	
tigecycline 50 mg recon soln	Tier 4	
tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 4	
trimethoprim 100 mg tab	Tier 2	
vancomycin hcl (1 gm recon soln, 1.25 gm recon soln, 1.5 gm recon soln, 1.75 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 125 mg cap, 2 gm recon soln, 250 mg cap, 500 mg recon soln, 750 mg recon soln)	Tier 4	
vancomycin hcl 5 gm recon soln	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
XIFAXAN 200 MG TAB	Tier 3	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
XIFAXAN 550 MG TAB	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
BETA-LACTAM, CEPHALOSPORINS		
CEFACLOR (250 MG CAP, 250 MG/5ML RECON SUSP, 500 MG CAP)	Tier 2	
cefadroxil (1 gm tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg/5ml recon susp)	Tier 3	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTIBACTERIALS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
cefadroxil 500 mg cap	Tier 2	
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)	Tier 4	
cefdinir (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp)	Tier 3	
cefdinir 300 mg cap	Tier 2	
cefepime hcl (1 gm recon soln, 1 gm/50ml solution, 2 gm recon soln, 2 gm/100ml solution)	Tier 4	
cefixime (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 400 mg cap)	Tier 4	
cefoxitin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)	Tier 4	
CEFPODOXIME PROXETIL (100 MG TAB, 100 MG/5ML RECON SUSP, 200 MG TAB, 50 MG/5ML RECON SUSP)	Tier 4	
cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)	Tier 2	
ceftaroline fosamil (400 mg recon soln, 600 mg recon soln)	Tier 5	
CEFTAZIDIME (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	Tier 4	
ceftriaxone sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)	Tier 4	
cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	
cefuroxime sodium (1.5 gm recon soln, 750 mg recon soln)	Tier 4	
cephalexin (125 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap)	Tier 2	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTIBACTERIALS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
TAZICEF (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	Tier 4	
BETA-LACTAM, PENICILLINS		
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)	Tier 2	
amoxicillin trihydrate 250 mg/5ml recon susp	Tier 2	
amoxicillin-pot clavulanate (200-28.5 mg/5ml recon susp, 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml recon susp, 400-57 mg/5ml recon susp, 500-125 mg tab, 600-42.9 mg/5ml recon susp, 875-125 mg tab)	Tier 2	
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE 400-57 MG CHEW TAB	Tier 3	
amoxicillin-pot clavulanate er 1000-62.5 mg tab er 12h	Tier 4	
ampicillin 500 mg cap	Tier 2	
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)	Tier 4	
ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm recon soln, 15 (10-5) gm recon soln, 3 (2-1) gm recon soln)	Tier 4	
BICILLIN L-A (1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR, 600000 UNIT/ML SUSP PRSYR)	Tier 4	
dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)	Tier 2	
nafcillin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)	Tier 4	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTIBACTERIALS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
penicillin g potassium (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)	Tier 4	
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	Tier 4	
penicillin v potassium (125 mg/5ml recon soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon soln, 500 mg tab)	Tier 2	
pfizerpen (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)	Tier 4	
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)	Tier 4	
CARBAPENEMS		
ertapenem sodium 1 gm recon soln	Tier 3	
imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, 500 mg recon soln)	Tier 4	
meropenem (1 gm recon soln, 500 mg recon soln)	Tier 4	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)	Tier 4	
MACROLIDES		
azithromycin (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 500 mg tab, 600 mg tab)	Tier 2	
azithromycin 500 mg recon soln	Tier 4	
CLARITHROMYCIN (125 MG/5ML RECON SUSP, 250 MG/5ML RECON SUSP)	Tier 4	
clarithromycin (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTIBACTERIALS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
clarithromycin er 500 mg tab er 24h	Tier 4	
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	Tier 5	PA, QL (136 PER 10 OVER TIME)
e.e.s. 400 400 mg tab	Tier 4	
erythrocin lactobionate 500 mg recon soln	Tier 4	
erythromycin base (250 mg cp dr part, 250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 4	
erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5ml recon susp	Tier 4	
erythromycin lactobionate 500 mg recon soln	Tier 4	
fidaxomicin 200 mg tab	Tier 5	PA, QL (20 PER 10 OVER TIME)
QUINOLONES		
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	Tier 3	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	Tier 4	
ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)	Tier 2	
ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution	Tier 4	
levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)	Tier 2	
levofloxacin 25 mg/ml solution	Tier 4	
levofloxacin in d5w (500 mg/100ml solution, 750 mg/150ml solution)	Tier 4	
moxifloxacin hcl 400 mg tab	Tier 3	
MOXIFLOXACIN HCL 400 MG/250ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL 400 MG/250ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTIBACTERIALS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
SULFONAMIDES		
sulfadiazine 500 mg tab	Tier 3	
sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 400-80 mg tab, 800-160 mg tab, 800-160 mg/20ml suspension)	Tier 2	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution	Tier 4	
sulfatrim pediatric 200-40 mg/5ml suspension	Tier 2	
TETRACYCLINES		
avidoxy 100 mg tab	Tier 3	
doxy 100 100 mg recon soln	Tier 4	
doxycycline hyclate (100 mg cap, 100 mg tab, 20 mg tab, 50 mg cap)	Tier 2	
doxycycline hyclate 100 mg recon soln	Tier 4	
doxycycline monohydrate (100 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	
doxycycline monohydrate (100 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 3	
minocycline hcl (100 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	Tier 2	
mondoxyne nl 100 mg cap	Tier 2	
tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)	Tier 4	

ANTICONVULSANTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ANTICONVULSANTS, OTHER		
brivaracetam (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 5	ST, QL (60 PER 30 DAYS)

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTICONVULSANTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
brivaracetam 10 mg/ml solution	Tier 5	ST, QL (600 PER 30 DAYS)
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET)	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET)	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)	Tier 2	
divalproex sodium er (250 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h)	Tier 2	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)	Tier 4	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
lamotrigine (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)	Tier 1	
lamotrigine (25 mg chew tab, 5 mg chew tab)	Tier 2	
levetiracetam (100 mg/ml solution, 1000 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab)	Tier 2	
levetiracetam er 500 mg tab er 24h	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
levetiracetam er 750 mg tab er 24h	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
perampanel (10 mg tab, 12 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
perampanel 0.5 mg/ml suspension	Tier 4	QL (720 PER 30 DAYS)
perampanel 2 mg tab	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
roweepra 500 mg tab	Tier 2	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTICONVULSANTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 1000 MG TAB	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 750 MG TAB	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
subvenite (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)	Tier 2	
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (1500 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
topiramate (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
topiramate (15 mg cap sprink, 25 mg cap sprink, 50 mg cap sprink)	Tier 2	
topiramate 25 mg/ml solution	Tier 4	QL (480 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
valproate sodium (100 mg/ml solution, 500 mg/5ml solution)	Tier 4	
valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)	Tier 2	
XCOPRI (100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALCIUM CHANNEL MODIFYING AGENTS		
ethosuximide (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)	Tier 2	
methsuximide 300 mg cap	Tier 4	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTICONVULSANTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
GAMMA-AMINOBUTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS		
clobazam 10 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
clobazam 2.5 mg/ml suspension	Tier 4	QL (480 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
clobazam 20 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
diazepam 10 mg gel	Tier 4	QL (20 PER 30 DAYS)
diazepam 2.5 mg gel	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)
diazepam 20 mg gel	Tier 4	QL (40 PER 30 DAYS)
gabapentin (250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution)	Tier 3	QL (2160 PER 30 DAYS)
gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
gabapentin 100 mg cap	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
gabapentin 300 mg cap	Tier 2	QL (240 PER 30 DAYS)
gabapentin 400 mg cap	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
phenobarbital (100 mg tab, 15 mg tab, 16.2 mg tab, 20 mg/5ml elixir, 30 mg tab, 30 mg/7.5ml elixir, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 60 mg/15ml elixir, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab)	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
primidone (125 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
SYMPAZAN (10 MG FILM, 20 MG FILM)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SYMPAZAN 5 MG FILM	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
tiagabine hcl (12 mg tab, 16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	Tier 4	
VALTOCO 10 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQUID	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTICONVULSANTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
VALTOCO 15 MG DOSE 2 X 7.5 MG/0.1ML LIQD THPK	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 20 MG DOSE 2 X 10 MG/0.1ML LIQD THPK	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1ML LIQUID	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
vigadrone 500 mg packet	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
vigadrone 500 mg tab	Tier 5	QL (180 PER 30 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
vigpoder 500 mg packet	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	LA, QL (1080 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SODIUM CHANNEL AGENTS		
carbamazepine (100 mg chew tab, 100 mg/5ml suspension, 200 mg chew tab, 200 mg tab, 200 mg/10ml suspension)	Tier 2	
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)	Tier 3	
DILANTIN (100 MG CAP, 30 MG CAP)	Tier 4	
epitol 200 mg tab	Tier 2	
eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTICONVULSANTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
lacosamide (10 mg/ml solution, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)	Tier 4	QL (1200 PER 30 DAYS)
lacosamide (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
lacosamide 200 mg/20ml solution	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab)	Tier 2	
oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension	Tier 4	
phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)	Tier 2	
phenytoin (100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension, 50 mg chew tab)	Tier 2	
phenytoin infatabs 50 mg chew tab	Tier 2	
phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)	Tier 2	
rufinamide 200 mg tab	Tier 4	QL (480 PER 30 DAYS)
rufinamide 40 mg/ml suspension	Tier 5	QL (2400 PER 30 DAYS)
rufinamide 400 mg tab	Tier 4	QL (240 PER 30 DAYS)
XCOPRI (14 X 150 MG & 14 X200 MG TAB THPK, 14 X 50 MG & 14 X100 MG TAB THPK)	Tier 5	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 MG TAB THPK	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (60 PER 30 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

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTICONVULSANTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	
zonisamide (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	

ANTIDEMENTIA AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ANTIDEMENTIA AGENTS, OTHER		
ERGOLOID MESYLATES 1 MG TAB	Tier 3	
LEQEMBI IQLIK (500 MG DOSE) 2 X 250 MG/1.25ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA, QL (10 ML PER 28 DAYS)
LEQEMBI IQLIK 360 MG/1.8ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA, QL (7.2 ML PER 28 DAYS)
CHOLINESTERASE INHIBITORS		
donepezil hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
donepezil hcl 23 mg tab	Tier 4	ST
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg	Tier 2	
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg	Tier 2	
galantamine hydrobromide (12 mg tab, 4 mg tab, 4 mg/ml solution, 8 mg tab)	Tier 4	
galantamine hydrobromide er (16 mg cap er 24h, 24 mg cap er 24h, 8 mg cap er 24h)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
rivastigmine (13.3 mg/24hr patch 24hr, 4.6 mg/24hr patch 24hr, 9.5 mg/24hr patch 24hr)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)	Tier 3	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTIDEMENTIA AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONIST		
memantine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
memantine hcl (10 mg/5ml solution, 2 mg/ml solution)	Tier 3	
memantine hcl er (14 mg cap er 24h, 21 mg cap er 24h, 28 mg cap er 24h, 7 mg cap er 24h)	Tier 4	

ANTIDEPRESSANTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ANTIDEPRESSANTS, OTHER		
AUVELITY 45-105 MG TAB ER	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUVELITY TITRATION PACK 30-105 MG & 45-105 MG TBER THPK	Tier 4	QL (102 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bupropion hcl 100 mg tab	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
bupropion hcl 75 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12h	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 150 mg tab er 12h	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 200 mg tab er 12h	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24h	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (xl) 300 mg tab er 24h	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
EXXUA (18.2 MG TAB ER 24H, 36.3 MG TAB ER 24H, 54.5 MG TAB ER 24H, 72.6 MG TAB ER 24H)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTIDEPRESSANTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
EXXUA TITRATION PACK 18.2 MG TAB ER 24H	Tier 5	QL (64 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYBALVI (10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB, 5-10 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
mirtazapine (15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab, 45 mg tab disp, 7.5 mg tab)	Tier 2	
mirtazapine (15 mg tab, 30 mg tab)	Tier 1	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE (2-10 MG TAB, 2-25 MG TAB, 4-10 MG TAB, 4-25 MG TAB, 4-50 MG TAB)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP)	Tier 5	QL (28 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE 30 MG CAP	Tier 5	QL (14 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS		
EMSAM (12 MG/24HR PATCH 24HR, 6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR)	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
MARPLAN 10 MG TAB	Tier 4	
PHENELZINE SULFATE 15 MG TAB	Tier 2	
tranylcypromine sulfate 10 mg tab	Tier 4	
SSRIS/SNRIS (SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITOR/SEROTONIN AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR)		
citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	Tier 1	
citalopram hydrobromide (10 mg/5ml solution, 20 mg/10ml solution)	Tier 3	
desvenlafaxine succinate er (25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTIDEPRESSANTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
desvenlafaxine succinate er 100 mg tab er 24h	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
escitalopram oxalate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
escitalopram oxalate (10 mg/10ml solution, 5 mg/5ml solution)	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 (30 PER 30 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
fluoxetine hcl (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	Tier 1	
fluoxetine hcl 20 mg/5ml solution	Tier 2	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	Tier 4	QL (4 PER 28 DAYS)
fluvoxamine maleate 100 mg tab	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
fluvoxamine maleate 25 mg tab	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
fluvoxamine maleate 50 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
NEFAZODONE HCL (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 3	
paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)	Tier 1	
PAROXETINE HCL 10 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	QL (900 PER 30 DAYS)
paroxetine hcl er (12.5 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 37.5 mg tab er 24h)	Tier 4	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (1200 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sertraline hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
sertraline hcl 20 mg/ml conc	Tier 3	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTIDEPRESSANTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
trazodone hcl (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
trazodone hcl 300 mg tab	Tier 3	
TRINTELLIX (10 MG TAB, 20 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
venlafaxine hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 2	
venlafaxine hcl er (150 mg cap er 24h, 37.5 mg cap er 24h)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
venlafaxine hcl er 75 mg cap er 24h	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
TRICYCLICS		
amitriptyline hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
amoxapine (100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 3	
clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
desipramine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 4	
doxepin hcl (10 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	Tier 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
doxepin hcl 10 mg/ml conc	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
nortriptyline hcl (10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	Tier 2	
nortriptyline hcl 10 mg/5ml solution	Tier 4	
protriptyline hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTIDEPRESSANTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
trimipramine maleate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIEMETICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ANTIEMETICS, OTHER		
compro 25 mg suppos	Tier 4	
meclizine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab)	Tier 2	
metoclopramide hcl (10 mg tab, 10 mg/10ml solution, 5 mg tab, 5 mg/5ml solution)	Tier 2	
metoclopramide hcl 5 mg/ml solution	Tier 4	
perphenazine (16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	Tier 2	
prochlorperazine 25 mg suppos	Tier 4	
prochlorperazine maleate (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
promethazine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	PA
scopolamine 1 mg/3days patch 72hr	Tier 4	
EMETOGENIC THERAPY ADJUNCTS		
aprepitant (125 mg cap, 80 & 125 mg cap thpk, 80 mg cap)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
aprepitant 40 mg cap	Tier 4	PA, QL (1 PER 30 DAYS)
dronabinol (10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)	Tier 4	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
granisetron hcl 1 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTIEMETICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ondansetron 4 mg tab disp	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron 8 mg tab disp	Tier 2	QL (90 PER 30 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
ondansetron hcl 4 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 4 mg/5ml solution	Tier 4	QL (900 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 8 mg tab	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIFUNGALS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ANTIFUNGALS		
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
amphotericin b liposome 50 mg recon susp	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)	Tier 2	
CRESEMBA 186 MG CAP	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
CRESEMBA 74.5 MG CAP	Tier 5	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
econazole nitrate 1 % cream	Tier 4	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTIFUNGALS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
fluconazole (10 mg/ml recon susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)	Tier 2	
fluconazole in sodium chloride (200-0.9 mg/100ml-% solution, 400-0.9 mg/200ml-% solution)	Tier 4	
flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)	Tier 5	
griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)	Tier 4	
griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)	Tier 4	
itraconazole 100 mg cap	Tier 4	
ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)	Tier 2	
klayesta 100000 unit/gm powder	Tier 4	
micafungin sodium (100 mg recon soln, 50 mg recon soln)	Tier 4	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	Tier 3	
nyamyc 100000 unit/gm powder	Tier 4	
nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)	Tier 2	
nystatin 100000 unit/gm powder	Tier 4	
nystop 100000 unit/gm powder	Tier 4	
posaconazole 100 mg tab dr	Tier 4	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
terbinafine hcl 250 mg tab	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
terconazole (0.4 % cream, 0.8 % cream)	Tier 3	
terconazole 80 mg suppos	Tier 4	
voriconazole (200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)	Tier 4	PA
voriconazole 200 mg recon soln	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTIGOUT AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ANTIGOUT AGENTS		
allopurinol (100 mg tab, 300 mg tab)	Tier 1	
colchicine 0.6 mg tab	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab	Tier 2	
febuxostat (40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
probenecid 500 mg tab	Tier 2	

ANTIMIGRAINE AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE (CGRP) RECEPTOR ANTAGONISTS		
AIMOVIG (140 MG/ML SOLN A-INJ, 70 MG/ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
EMGALITY (120 MG/ML SOLN A-INJ, 120 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 3	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
EMGALITY (300 MG DOSE) 100 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA, QL (3 PER 30 DAYS)
NURTEC 75 MG TAB DISP	Tier 5	PA, QL (16 PER 30 OVER TIME)
ERGOT ALKALOIDS		
dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution	Tier 4	PA, QL (8 PER 30 DAYS)
ERGOTAMINE-CAFFEINE 1-100 MG TAB	Tier 3	QL (40 PER 28 DAYS)
SEROTONIN (5-HT) RECEPTOR AGONIST		
naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)	Tier 3	QL (18 PER 30 OVER TIME)
rizatriptan benzoate (10 mg tab, 10 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)	Tier 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTIMIGRAINE AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
sumatriptan (20 mg/act solution, 5 mg/act solution)	Tier 4	QL (18 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan succinate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution)	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL (4 MG/0.5ML SOLN CART, 6 MG/0.5ML SOLN CART)	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)

ANTIMYASTHENIC AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
PARASYMPATHOMIMETICS		
pyridostigmine bromide 60 mg tab	Tier 2	
pyridostigmine bromide er 180 mg tab er	Tier 4	

ANTIMYCOBACTERIALS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ANTIMYCOBACTERIALS, OTHER		
dapsone (100 mg tab, 25 mg tab)	Tier 3	
rifabutin 150 mg cap	Tier 4	
ANTITUBERCULARS		
ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)	Tier 2	
isoniazid (100 mg tab, 300 mg tab, 50 mg/5ml syrup)	Tier 2	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTIMYCOBACTERIALS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
PRETOMANID 200 MG TAB	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
pyrazinamide 500 mg tab	Tier 2	
rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)	Tier 2	
rifampin 600 mg recon soln	Tier 4	
rifapentine 150 mg tab	Tier 4	
SIRTURO (100 MG TAB, 20 MG TAB)	Tier 5	PA
TRECATOR 250 MG TAB	Tier 4	

ANTINEOPLASTICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ALKYLATING AGENTS		
CYCLOPHOSPHAMIDE (25 MG CAP, 25 MG TAB, 50 MG CAP, 50 MG TAB)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
LEUKERAN 2 MG TAB	Tier 4	
lomustine (10 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
lomustine 100 mg cap	Tier 5	
MATULANE 50 MG CAP	Tier 5	LA
ANTIANDROGENS		
abiraterone acetate 250 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
abiraterone acetate 500 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
abirtega 250 mg tab	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bicalutamide 50 mg tab	Tier 2	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTINEOPLASTICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ERLEADA 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERLEADA 60 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EULEXIN 125 MG CAP	Tier 3	
nilutamide 150 mg tab	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
NUBEQA 300 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 345 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 86 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 80 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIANGIOGENIC AGENTS		
lenalidomide (10 mg cap, 15 mg cap, 2.5 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
pomalidomide (1 mg cap, 2 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
POMALYST (1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 100 MG CAP	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTINEOPLASTICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
THALOMID 50 MG CAP	Tier 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIESTROGENS/MODIFIERS		
fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr	Tier 5	
INLURIYO 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
toremifene citrate 60 mg tab	Tier 4	
VEPPANU (100 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIMETABOLITES		
mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
mercaptopurine 50 mg tab	Tier 2	
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	QL (14 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABLOID 40 MG TAB	Tier 3	
ANTINEOPLASTICS, OTHER		
AKEEGA (100-500 MG TAB, 50-500 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 160 MG CAP	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 40 MG CAP	Tier 5	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI PEN 500 MCG/0.5ML SOLN PEN	Tier 5	LA, QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTINEOPLASTICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
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
hydroxyurea 500 mg cap	Tier 2	
INQOVI 35-100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (5 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IWILFIN 192 MG TAB	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LEDERLE LEUCOVORIN 5 MG TAB	Tier 2	
leucovorin calcium (10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
leucovorin calcium (100 mg recon soln, 350 mg recon soln)	Tier 4	
LONSURF 15-6.14 MG TAB	Tier 5	LA, QL (100 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LONSURF 20-8.19 MG TAB	Tier 5	LA, QL (80 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYSODREN 500 MG TAB	Tier 5	
MODEYSO 125 MG CAP	Tier 5	LA, QL (20 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
QINLOCK 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
WELIREG 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTINEOPLASTICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ZENBEXUS (0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	Tier 5	QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZOLINZA 100 MG CAP	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AROMATASE INHIBITORS, 3RD GENERATION		
anastrozole 1 mg tab	Tier 1	
exemestane 25 mg tab	Tier 4	
letrozole 2.5 mg tab	Tier 2	
ENZYME INHIBITORS		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 0.8 & 200 MG THER PACK	Tier 5	LA, QL (66 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 80 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MOLECULAR TARGET INHIBITORS		
ALECENSA 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG (180 MG TAB, 90 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 30 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTINEOPLASTICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
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 (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 3 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 4 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG CAP	Tier 5	QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 50 MG CAP	Tier 5	QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 500 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bosutinib (400 mg tab, 500 mg tab)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bosutinib 100 mg tab	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRAFTOVI 75 MG CAP	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 160 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTINEOPLASTICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
BRUKINSA 80 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALQUENCE 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 300 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAVHANZA (60 MG TAB DISP, 80 MG TAB DISP)	Tier 5	LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 MG KIT	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 MG & 80 MG KIT	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 MG KIT	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 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
dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
dasatinib (20 mg tab, 50 mg tab)	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTINEOPLASTICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERIVEDGE 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
erlotinib hcl 25 mg tab	Tier 3	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (10 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (2 mg tab sol, 3 mg tab sol, 5 mg tab sol)	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 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 (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
gefitinib 250 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 1 MG CAP	Tier 5	LA, QL (126 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTINEOPLASTICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
GOMEKLI 1 MG TAB SOL	Tier 5	LA, QL (168 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 2 MG CAP	Tier 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
HERNEXEOS 60 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
HYRNUO 10 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE (100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB, 75 MG CAP, 75 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBTROZI 200 MG CAP	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IDHIFA (100 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
imatinib mesylate 100 mg tab	Tier 3	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
imatinib mesylate 400 mg tab	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (140 MG CAP, 140 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (280 MG TAB, 420 MG TAB, 70 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTINEOPLASTICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	LA, QL (216 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 1 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INREBIC 100 MG CAP	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 3 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 9 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 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 (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H, 33 MG TAB ER 24H, 44 MG TAB ER 24H, 55 MG TAB ER 24H)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JIDEYTRO 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JIDEYTRO 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTINEOPLASTICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
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
KOMZIFTI 200 MG CAP	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 10 MG CAP	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 5 MG CAP SPRINK	Tier 5	QL (600 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 7.5 MG CAP SPRINK	Tier 5	QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KRAZATI 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
lapatinib ditosylate 250 mg tab	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 10 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTINEOPLASTICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LIFYORLI (125 MG DOSE) 1 X 25 MG & 1 X 100 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (18 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LIFYORLI (150 MG DOSE) 2 X 25 MG & 1 X 100 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (27 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 120 MG TAB	Tier 5	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 240 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 320 MG TAB	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTINEOPLASTICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
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 (1200 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 2 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKTOVI 15 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NERLYNX 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
nilotinib hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)	Tier 5	QL (120 PER 30 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 (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 150 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTINEOPLASTICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
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
pazopanib hcl 200 mg tab	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PAZOPANIB HCL 400 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 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 (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & 50 MG TAB THPK	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 MG TAB THPK	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO (120 MG TAB, 160 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG TAB	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 110 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 160 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTINEOPLASTICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
REZLIDHIA 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROMVIMZA (14 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 100 MG CAP	Tier 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 200 MG CAP	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 50 MG PACKET	Tier 5	QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RYDAPT 25 MG CAP	Tier 5	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 20 MG TAB	Tier 5	QL (600 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 40 MG TAB	Tier 5	QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sorafenib tosylate 200 mg tab	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
STIVARGA 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTINEOPLASTICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
sunitinib malate 12.5 mg cap	Tier 5	QL (210 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate 25 mg cap	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	Tier 5	LA, QL (900 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAGRISSO (40 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 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 (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA 0.25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAZVERIK 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TEPMETKO 225 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TIBSOVO 250 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRUQAP (160 MG TAB, 160 MG TAB THPK, 200 MG TAB, 200 MG TAB THPK)	Tier 5	LA, QL (64 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TUKYSA (150 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTINEOPLASTICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
TURALIO 125 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 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 (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 10 MG TAB	Tier 3	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 50 MG TAB	Tier 4	LA, QL (30 PER 30 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 (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 10 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTINEOPLASTICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
VORANIGO 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI (200 MG CAP, 250 MG CAP, 50 MG CAP SPRINK)	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 20 MG CAP SPRINK	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XOSPATA 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 10 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (16 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 80 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTINEOPLASTICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
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 (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZELBORAF 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYDELIG (100 MG TAB, 150 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYKADIA 150 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETINOIDS		
bexarotene 1 % gel	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bexarotene 75 mg cap	Tier 3	QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PANRETIN 0.1 % GEL	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
tretinoin 10 mg cap	Tier 5	
TREATMENT ADJUNCTS		
mesna 400 mg tab	Tier 4	
VONJO 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTIPARASITICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ANTHELMINTHICS		
albendazole 200 mg tab	Tier 4	
ivermectin 3 mg tab	Tier 2	
praziquantel 600 mg tab	Tier 3	
ANTIPROTOZOALS		
atovaquone 750 mg/5ml suspension	Tier 4	PA
atovaquone-proguanil hcl (250-100 mg tab, 62.5-25 mg tab)	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)
chloroquine phosphate (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	QL (25 PER 30 DAYS)
COARTEM 20-120 MG TAB	Tier 4	QL (24 PER 2 OVER TIME)
hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
IMPAVIDO 50 MG CAP	Tier 5	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
mefloquine hcl 250 mg tab	Tier 2	
nitazoxanide 500 mg tab	Tier 5	PA, QL (6 PER 3 OVER TIME)
pentamidine isethionate 300 mg recon soln	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
pentamidine isethionate 300 mg recon soln	Tier 3	
primaquine phosphate 26.3 (15 base) mg tab	Tier 2	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTIPARASITICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
pyrimethamine 25 mg tab	Tier 5	PA
quinine sulfate 324 mg cap	Tier 3	PA, QL (180 PER 30 DAYS)

ANTIPARKINSON AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ANTICHOLINERGICS		
benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 2	
benztropine mesylate 1 mg/ml solution	Tier 4	
trihexyphenidyl hcl (0.4 mg/ml solution, 2 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
ANTIPARKINSON AGENTS, OTHER		
amantadine hcl (100 mg cap, 100 mg tab, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)	Tier 2	
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)	Tier 4	
entacapone 200 mg tab	Tier 4	QL (240 PER 30 DAYS)
DOPAMINE AGONISTS		
bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)	Tier 4	
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)	Tier 2	
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)	Tier 2	
ropinirole hcl er (2 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h, 6 mg tab er 24h)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTIPARKINSON AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ropinirole hcl er 12 mg tab er 24h	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
ropinirole hcl er 8 mg tab er 24h	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
DOPAMINE PRECURSORS AND/OR L-AMINO ACID DECARBOXYLASE INHIBITORS		
carbidopa 25 mg tab	Tier 4	
carbidopa-levodopa (10-100 mg tab disp, 25-100 mg tab disp, 25-250 mg tab disp)	Tier 4	
carbidopa-levodopa (10-100 mg tab, 25-100 mg tab, 25-250 mg tab)	Tier 2	
carbidopa-levodopa er (25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er)	Tier 2	
MONOAMINE OXIDASE B (MAO-B) INHIBITORS		
rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)	Tier 2	

ANTIPSYCHOTICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
1ST GENERATION/TYPICAL		
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)	Tier 4	
fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution	Tier 4	
fluphenazine hcl (1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 2.5 mg/5ml elixir, 2.5 mg/ml solution, 5 mg tab, 5 mg/ml conc)	Tier 4	
haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTIPSYCHOTICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
haloperidol decanoate (100 mg/ml solution, 50 mg/ml solution)	Tier 3	
haloperidol lactate 2 mg/ml conc	Tier 3	
haloperidol lactate 5 mg/ml solution	Tier 2	
loxapine succinate (10 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	
MOLINDONE HCL 10 MG TAB	Tier 4	QL (240 PER 30 DAYS)
MOLINDONE HCL 25 MG TAB	Tier 4	QL (270 PER 30 DAYS)
MOLINDONE HCL 5 MG TAB	Tier 4	QL (360 PER 30 DAYS)
pimozide (1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 3	
thioridazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
thiothixene (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	Tier 3	
trifluoperazine hcl (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
2ND GENERATION/ATYPICAL		
ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
aripiprazole (10 mg tab disp, 15 mg tab disp)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
aripiprazole 1 mg/ml solution	Tier 4	QL (750 PER 30 DAYS)
aripiprazole 2 mg tab	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
aripiprazole 5 mg tab	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
asenapine maleate (10 mg sl tab, 2.5 mg sl tab, 5 mg sl tab)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI (1 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTIPSYCHOTICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
BYSANTI TITRATION PACK A 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB THPK	Tier 5	QL (16 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TAB THPK	Tier 5	QL (24 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK C 1 & 2 & 6 MG TAB THPK	Tier 5	QL (16 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERZOFRI 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 156 MG/ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 351 MG/2.25ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (4.5 ML PER 365 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT (10 MG TAB, 12 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK A 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTIPSYCHOTICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
FANAPT TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TAB	Tier 4	QL (12 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK C 1 & 2 & 6 MG TAB	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (3.5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.88 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
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

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTIPSYCHOTICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
lurasidone hcl (120 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
lurasidone hcl 80 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
olanzapine (10 mg recon soln, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 20 mg tab disp, 5 mg tab disp)	Tier 4	
olanzapine (10 mg tab, 15 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 2	
OPIPZA (10 MG FILM, 5 MG FILM)	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OPIPZA 2 MG FILM	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
paliperidone er (1.5 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 9 mg tab er 24h)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
paliperidone er 6 mg tab er 24h	Tier 4	QL (60 PER 30 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
quetiapine fumarate (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
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)	Tier 4	
REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTIPSYCHOTICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
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)	Tier 4	
risperidone (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab)	Tier 2	
risperidone 1 mg/ml solution	Tier 3	
risperidone microspheres er (12.5 mg srer, 25 mg srer)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
risperidone microspheres er (37.5 mg srer, 50 mg srer)	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 (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR (0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
WELTRUZA (318 MG SRER, 425 MG SRER, 531 MG SRER)	Tier 5	QL (1 VIAL PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)	Tier 3	
ziprasidone mesylate 20 mg recon soln	Tier 4	
ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ANTIPSYCHOTICS, OTHER		
COBENFY (100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP, 50-20 MG CAP)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COBENFY STARTER PACK 50-20 & 100-20 MG CAP THPK	Tier 5	QL (112 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTIPSYCHOTICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
TREATMENT-RESISTANT		
clozapine (100 mg tab disp, 12.5 mg tab disp, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp, 25 mg tab disp)	Tier 4	
clozapine (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (540 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTISPASTICITY AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ANTISPASTICITY AGENTS		
baclofen (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
baclofen 15 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
baclofen 5 mg tab	Tier 2	QL (480 PER 30 DAYS)
dantrolene sodium (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 4	
tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)	Tier 2	

ANTIVIRALS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ANTI-CYTOMEGALOVIRUS (CMV) AGENTS		
LIVTENCITY 200 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
PREVYMIS (120 MG PACKET, 20 MG PACKET)	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
PREVYMIS (240 MG TAB, 480 MG TAB)	Tier 5	QL (200 PER 365 OVER TIME)

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTIVIRALS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
valganciclovir hcl 450 mg tab	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln	Tier 4	QL (540 PER 30 DAYS)
ANTI-HEPATITIS B (HBV) AGENTS		
adefovir dipivoxil 10 mg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (630 PER 30 DAYS)
entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
lamivudine 100 mg tab	Tier 3	
ANTI-HEPATITIS C (HCV) AGENTS		
MAVYRET 100-40 MG TAB	Tier 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
MAVYRET 50-20 MG PACKET	Tier 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
RIBAVIRIN (200 MG CAP, 200 MG TAB)	Tier 2	
ribavirin 6 gm recon soln	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, INTEGRASE INHIBITORS (INSTI)		
BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
BIXLENVO 75-50 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	Tier 5	QL (180 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	Tier 3	QL (180 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
ISENTRESS HD 600 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTIVIRALS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
raltegravir potassium 400 mg tab	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
raltegravir potassium 600 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
TIVICAY 50 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NNRTI)		
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
EDURANT PED 2.5 MG TAB SOL	Tier 5	QL (180 PER 30 DAYS)
efavirenz 600 mg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
efavirenz-lamivudine-tenofovir (400-300-300 mg tab, 600-300-300 mg tab)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
emtricitab-rilpivir-tenofov df 200-25-300 mg tab	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
etravirine 100 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
etravirine 200 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	Tier 4	QL (360 PER 30 DAYS)
nevirapine 200 mg tab	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	QL (1200 PER 30 DAYS)
nevirapine er 400 mg tab er 24h	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
PIFELTRO 100 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
rilpivirine hcl 25 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, NUCLEOSIDE AND NUCLEOTIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NRTI)		
abacavir sulfate 20 mg/ml solution	Tier 4	QL (900 PER 30 DAYS)
abacavir sulfate 300 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTIVIRALS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
CIMDUO 300-300 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
emtricitabine 200 mg cap	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (720 PER 30 DAYS)
lamivudine (10 mg/ml solution, 300 mg/30ml solution)	Tier 3	QL (900 PER 30 DAYS)
lamivudine 150 mg tab	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
lamivudine 300 mg tab	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
VIREAD (200 MG TAB, 250 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
VIREAD 150 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
VIREAD 40 MG/GM POWDER	Tier 4	QL (240 PER 30 DAYS)
zidovudine 100 mg cap	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
zidovudine 300 mg tab	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
zidovudine 50 mg/5ml syrup	Tier 2	QL (1800 PER 30 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, OTHER		
BIXLENVO SUNLENCA STARTER PACK 75-50 & 4 X 300 MG TAB THPK	Tier 5	QL (68 PER 365 OVER TIME)
CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP	Tier 5	QL (4 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTIVIRALS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	Tier 5	QL (6 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
IDVYNSO 100-0.25 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
maraviroc 150 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
maraviroc 300 mg tab	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (1800 PER 30 DAYS)
SUNLENCA 300 MG TAB	Tier 5	LA, QL (24 PER 168 OVER TIME)
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	Tier 5	QL (4 PER 180 OVER TIME)
SUNLENCA 463.5 MG/1.5ML SOLUTION	Tier 5	QL (3 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	Tier 5	QL (5 PER 180 OVER TIME)
TYBOST 150 MG TAB	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, PROTEASE INHIBITORS (PI)		
APTIVUS 250 MG CAP	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
atazanavir sulfate 300 mg cap	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
darunavir 600 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
darunavir 800 mg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
fosamprenavir calcium 700 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
KALETRA 400-100 MG/5ML SOLUTION	Tier 4	QL (390 PER 30 DAYS)
lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab	Tier 4	QL (300 PER 30 DAYS)
lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTIVIRALS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
NORVIR 100 MG PACKET	Tier 4	QL (360 PER 30 DAYS)
PREZCOBIX (675-150 MG TAB, 800-150 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
PREZCOBIX PED 600-90 MG TAB SOL	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (360 PER 30 DAYS)
PREZISTA 150 MG TAB	Tier 3	QL (240 PER 30 DAYS)
PREZISTA 75 MG TAB	Tier 3	QL (300 PER 30 DAYS)
REYATAZ 50 MG PACKET	Tier 5	QL (240 PER 30 DAYS)
ritonavir 100 mg tab	Tier 3	QL (360 PER 30 DAYS)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TAB	Tier 5	QL (270 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
ANTI-INFLUENZA AGENTS		
oseltamivir phosphate 30 mg cap	Tier 3	QL (120 PER 180 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 45 mg cap	Tier 3	QL (42 PER 180 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp	Tier 3	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 75 mg cap	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)

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANTIVIRALS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ANTIHERPETIC AGENTS		
acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)	Tier 2	
acyclovir (200 mg/5ml suspension, 800 mg/20ml suspension)	Tier 4	
acyclovir sodium 50 mg/ml solution	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	
valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)	Tier 2	
ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS		
LAGEVRIO 200 MG CAP	Tier 5	QL (40 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (150/100) 10 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	Tier 2	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100 & 150/100) 6 X 150 MG & 5 X 100MG TAB THPK	Tier 2	QL (11 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100) 20 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	Tier 2	QL (30 PER 30 OVER TIME)

ANXIOLYTICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ANXIOLYTICS, OTHER		
buspirone hcl (10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 2	
BENZODIAZEPINES		
alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
alprazolam 2 mg tab	Tier 2	QL (150 PER 30 DAYS)

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ANXIOLYTICS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp)	Tier 3	QL (1200 PER 30 DAYS)
clonazepam 0.5 mg tab	Tier 2	QL (1200 PER 30 DAYS)
clonazepam 1 mg tab	Tier 2	QL (600 PER 30 DAYS)
clonazepam 1 mg tab disp	Tier 3	QL (600 PER 30 DAYS)
clonazepam 2 mg tab	Tier 2	QL (300 PER 30 DAYS)
clonazepam 2 mg tab disp	Tier 3	QL (300 PER 30 DAYS)
clorazepate dipotassium 15 mg tab	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
clorazepate dipotassium 3.75 mg tab	Tier 4	QL (720 PER 30 DAYS)
clorazepate dipotassium 7.5 mg tab	Tier 4	QL (360 PER 30 DAYS)
diazepam (5 mg tab, 5 mg/ml conc)	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
diazepam 10 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
diazepam 2 mg tab	Tier 2	QL (900 PER 30 DAYS)
diazepam 5 mg/5ml solution	Tier 2	QL (1800 PER 30 DAYS)
diazepam intensol 5 mg/ml conc	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
lorazepam 0.5 mg tab	Tier 2	QL (600 PER 30 DAYS)
lorazepam 1 mg tab	Tier 2	QL (300 PER 30 DAYS)
lorazepam 2 mg tab	Tier 2	QL (150 PER 30 DAYS)
lorazepam 2 mg/ml conc	Tier 3	QL (150 PER 30 DAYS)
lorazepam intensol 2 mg/ml conc	Tier 3	QL (150 PER 30 DAYS)

BIPOLAR AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
MOOD STABILIZERS		
lithium 8 meq/5ml solution	Tier 2	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

BIPOLAR AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
lithium carbonate (150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg cap)	Tier 2	
lithium carbonate er (300 mg tab er, 450 mg tab er)	Tier 2	

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ANTIDIABETIC AGENTS		
acarbose (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
dapagliflozin base-metformin er (10-1000 mg tab er 24h, 10-500 mg tab er 24h, 5-500 mg tab er 24h)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
dapagliflozin base-metformin er 5-1000 mg tab er 24h	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	Tier 1	
glipizide (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
glipizide er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	Tier 1	
glipizide xl (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	Tier 1	
glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)	Tier 1	
glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)	Tier 1	
glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)	Tier 1	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
JENTADUETO (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 2.5-850 MG TAB)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB, 40 MG TAB)	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
metformin hcl (1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab)	Tier 1	
metformin hcl er (500 mg tab er 24h, 750 mg tab er 24h)	Tier 1	
MOUNJARO (10 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 12.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 15 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 2.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 7.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
nateglinide (120 mg tab, 60 mg tab)	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 (1.5 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)	Tier 1	
pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)	Tier 1	QL (30 PER 30 DAYS)
pioglitazone hcl-metformin hcl (15-500 mg tab, 15-850 mg tab)	Tier 1	
repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 1	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
RYBELSUS (14 MG TAB, 3 MG TAB, 7 MG TAB)	Tier 3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
sitaglip phos-metformin hcl er (100-1000 mg tab er 24h, 50-500 mg tab er 24h)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
sitaglip phos-metformin hcl er 50-1000 mg tab er 24h	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
sitagliptin phos-metformin hcl (50-1000 mg tab, 50-500 mg tab)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
sitagliptin phosphate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
SYNJARDY (12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB, 5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB)	Tier 3	QL (60 PER 30 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 (60 PER 30 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRADJENTA 5 MG TAB	Tier 3	QL (30 PER 30 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 2.5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (60 PER 30 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)
diazoxide 50 mg/ml suspension	Tier 5	
glucagon emergency (1 mg recon soln, 1 mg/ml recon soln)	Tier 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
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	
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	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
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)
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
NOVOLIN R FLEXPEN RELION 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (18 PER 28 DAYS)
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (18 PER 28 DAYS)
TRESIBA 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (27 PER 30 DAYS)

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ANTICOAGULANTS		
dabigatran etexilate mesylate (110 mg cap, 150 mg cap, 75 mg cap)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS (0.15 MG CAP SPRINK, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS (1.5 MG PACK) 3 X 0.5 MG TAB SOL	Tier 3	QL (360 PER 30 DAYS)
ELIQUIS (2 MG PACK) 4 X 0.5 MG TAB SOL	Tier 3	QL (480 PER 30 DAYS)
ELIQUIS 0.5 MG TAB SOL	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	Tier 3	QL (74 PER 180 OVER TIME)

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsyr, 150 mg/ml soln prsyr, 300 mg/3ml solution)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium (120 mg/0.8ml soln prsyr, 80 mg/0.8ml soln prsyr)	Tier 4	QL (48 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsyr	Tier 4	QL (18 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsyr	Tier 4	QL (24 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsyr	Tier 4	QL (36 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution	Tier 5	QL (24 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution	Tier 4	QL (15 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution	Tier 5	QL (12 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution	Tier 4	QL (18 PER 30 DAYS)
heparin sodium (porcine) (1000 unit/ml solution, 10000 unit/ml solution, 20000 unit/ml solution, 5000 unit/ml solution)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
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)	Tier 1	
rivaroxaban 1 mg/ml recon susp	Tier 3	QL (600 PER 30 DAYS)
rivaroxaban 2.5 mg tab	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
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)	Tier 1	
XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	Tier 3	QL (51 PER 180 OVER TIME)
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS, OTHER		
anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)	Tier 3	
ARANESP (ALBUMIN FREE) (10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, 25 MCG/ML SOLUTION, 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR, 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MCG/ML SOLUTION, 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 60 MCG/ML SOLUTION)	Tier 4	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) (100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 100 MCG/ML SOLUTION, 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 200 MCG/ML SOLUTION)	Tier 5	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA
eltrombopag olamine (12.5 mg packet, 12.5 mg tab)	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
eltrombopag olamine (25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
eltrombopag olamine 25 mg packet	Tier 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
eltrombopag olamine 75 mg tab	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
FULPHILA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA
LEUKINE 250 MCG RECON SOLN	Tier 5	PA
NIVESTYM (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION)	Tier 5	PA

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
RETACRIT (10000 UNIT/ML SOLUTION, 2000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION)	Tier 4	PA
UDENYCA (6 MG/0.6ML SOLN A-INJ, 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
HEMOSTASIS AGENTS		
tranexamic acid 650 mg tab	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
PLATELET MODIFYING AGENTS		
aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap er 12h	Tier 4	
cilostazol (100 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
clopidogrel bisulfate 75 mg tab	Tier 1	QL (30 PER 30 DAYS)
dipyridamole (25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 3	
prasugrel hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ticagrelor (60 mg tab, 90 mg tab)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)

CARDIOVASCULAR AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS		
clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)	Tier 3	
clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)	Tier 1	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

CARDIOVASCULAR AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
droxidopa 100 mg cap	Tier 4	PA, QL (540 PER 30 DAYS)
droxidopa 200 mg cap	Tier 4	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
droxidopa 300 mg cap	Tier 4	PA, QL (84 PER 90 OVER TIME)
guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 2	
METHYLDOPA (250 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 2	
midodrine hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 3	
ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	Tier 2	
prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	Tier 2	
terazosin hcl (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	Tier 1	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
candesartan cilexetil (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	Tier 1	
irbesartan (150 mg tab, 300 mg tab, 75 mg tab)	Tier 1	
losartan potassium (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
olmesartan medoxomil (20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 1	
valsartan (160 mg tab, 320 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 1	
ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME (ACE) INHIBITORS		
benazepril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

CARDIOVASCULAR AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
captopril (100 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
enalapril maleate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	Tier 1	
lisinopril (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
moexipril hcl (15 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 1	
PERINDOPRIL ERBUMINE (2 MG TAB, 4 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 1	
quinapril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
ramipril (1.25 mg cap, 10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)	Tier 1	
trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	Tier 1	
ANTIARRHYTHMICS		
amiodarone hcl (100 mg tab, 400 mg tab)	Tier 4	
amiodarone hcl 200 mg tab	Tier 2	
digox 125 mcg tab	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)	Tier 4	
flecainide acetate (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)	Tier 2	
MULTAQ 400 MG TAB	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
pacerone (100 mg tab, 400 mg tab)	Tier 4	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

CARDIOVASCULAR AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
pacerone 200 mg tab	Tier 2	
propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)	Tier 2	
QUINIDINE SULFATE (200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 2	
sotalol hcl (120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab)	Tier 2	
sotalol hcl (af) (120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab)	Tier 2	
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)	Tier 2	
atenolol (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
bisoprolol fumarate (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
carvedilol (12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab)	Tier 1	
labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)	Tier 2	
metoprolol succinate er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)	Tier 1	
metoprolol tartrate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 2	
nebivolol hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 3	
pindolol (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)	Tier 2	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

CARDIOVASCULAR AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
PROPRANOLOL HCL (20 MG/5ML SOLUTION, 40 MG/5ML SOLUTION)	Tier 3	
propranolol hcl er (120 mg cap er 24h, 160 mg cap er 24h, 60 mg cap er 24h, 80 mg cap er 24h)	Tier 2	
timolol maleate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, DIHYDROPYRIDINES		
amlodipine besylate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
felodipine er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	Tier 2	
isradipine (2.5 mg cap, 5 mg cap)	Tier 3	
nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)	Tier 2	
nifedipine er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)	Tier 2	
nifedipine er osmotic release (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)	Tier 2	
nimodipine 30 mg cap	Tier 4	
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, NONDIHYDROPYRIDINES		
cartia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h)	Tier 2	
dilt-xr (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h)	Tier 2	
diltiazem hcl (120 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)	Tier 2	
diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	
diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	
diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

CARDIOVASCULAR AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	
diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	
diltiazem hcl er (120 mg cap er 12h, 120 mg cap er 24h, 120 mg tab er 24h, 180 mg cap er 24h, 180 mg tab er 24h, 240 mg cap er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h, 60 mg cap er 12h, 90 mg cap er 12h)	Tier 2	
diltiazem hcl er beads 420 mg cap er 24h	Tier 2	
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)	Tier 2	
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)	Tier 2	
verapamil hcl (120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	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	
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)	Tier 2	
CARDIOVASCULAR AGENTS, OTHER		
acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)	Tier 2	
aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)	Tier 4	
amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab	Tier 2	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

CARDIOVASCULAR AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
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)	Tier 1	
amlodipine besylate-valsartan (10-160 mg tab, 10-320 mg tab, 5-160 mg tab, 5-320 mg tab)	Tier 1	
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)	Tier 3	
amlodipine-olmesartan (10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab)	Tier 1	
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)	Tier 1	
atenolol-chlorthalidone (100-25 mg tab, 50-25 mg tab)	Tier 1	
benazepril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab, 5-6.25 mg tab)	Tier 1	
bisoprolol-hydrochlorothiazide (10-6.25 mg tab, 2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab)	Tier 2	
candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)	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 (600 PER 30 DAYS)
enalapril-hydrochlorothiazide (10-25 mg tab, 5-12.5 mg tab)	Tier 1	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

CARDIOVASCULAR AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)	Tier 1	
irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)	Tier 1	
ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	Tier 1	
losartan potassium-hctz (100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab)	Tier 1	
metoprolol-hydrochlorothiazide (100-25 mg tab, 100-50 mg tab, 50-25 mg tab)	Tier 2	
metyrosine 250 mg cap	Tier 5	
olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)	Tier 1	
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)	Tier 1	
pentoxifylline er 400 mg tab er	Tier 2	
quinapril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	Tier 1	
ranolazine er (1000 mg tab er 12h, 500 mg tab er 12h)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
sacubitril-valsartan (49-51 mg tab, 97-103 mg tab)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
sacubitril-valsartan 24-26 mg tab	Tier 3	QL (180 PER 30 DAYS)
spironolactone-hctz 25-25 mg tab	Tier 2	
telmisartan-amlodipine (40-10 mg tab, 40-5 mg tab, 80-10 mg tab, 80-5 mg tab)	Tier 1	
telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)	Tier 1	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

CARDIOVASCULAR AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER (1-240 MG TAB ER, 2-180 MG TAB ER, 2-240 MG TAB ER, 4-240 MG TAB ER)	Tier 1	
triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)	Tier 1	
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)	Tier 1	
VERQUVO (10 MG TAB, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
WEGOVY (0.25 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 0.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS), NDS
WEGOVY (1.5 MG TAB, 25 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
WEGOVY (1.7 MG/0.75ML SOLN A-INJ, 2.4 MG/0.75ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS), NDS
DIURETICS, LOOP		
bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 2	
bumetanide 0.25 mg/ml solution	Tier 4	
FUROSEMIDE (10 MG/ML SOLUTION, 20 MG TAB, 40 MG TAB, 8 MG/ML SOLUTION, 80 MG TAB)	Tier 1	
furosemide 10 mg/ml solution	Tier 4	
torsemide (10 mg tab, 100 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
DIURETICS, POTASSIUM-SPARING		
amiloride hcl 5 mg tab	Tier 2	
eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 3	
spironolactone (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

CARDIOVASCULAR AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
DIURETICS, THIAZIDE		
chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)	Tier 1	
metolazone (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
DYSLIPIDEMICS, FIBRIC ACID DERIVATIVES		
fenofibrate (134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab, 200 mg cap, 48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap)	Tier 2	
fenofibrate micronized (130 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap, 43 mg cap, 67 mg cap)	Tier 2	
fenofibric acid (135 mg cap dr, 45 mg cap dr)	Tier 3	
gemfibrozil 600 mg tab	Tier 2	
DYSLIPIDEMICS, HMG COA REDUCTASE INHIBITORS		
atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 1	
fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)	Tier 1	
fluvastatin sodium er 80 mg tab er 24h	Tier 2	
lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	Tier 1	
pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 1	
rosuvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
simvastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab)	Tier 1	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

CARDIOVASCULAR AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
DYSLIPIDEMICS, OTHER		
cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	Tier 3	
cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	Tier 2	
colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)	Tier 4	
colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)	Tier 3	
colestipol hcl 1 gm tab	Tier 2	
ezetimibe 10 mg tab	Tier 2	
ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)	Tier 2	
icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 500 MG TAB	Tier 4	
niacin er (antihyperlipidemic) (1000 mg tab er, 750 mg tab er)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab er	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
NIACOR 500 MG TAB	Tier 4	
omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	Tier 3	
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	Tier 3	PA
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 3	PA

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

CARDIOVASCULAR AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)		
dapagliflozin (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
FARXIGA (10 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 3	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL		
hydralazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
minoxidil (10 mg tab, 2.5 mg tab)	Tier 2	
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS		
isosorbide dinitrate (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
isosorbide mononitrate er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h)	Tier 1	
isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24h	Tier 2	
nitro-bid 2 % ointment	Tier 3	
nitroglycerin (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.3 mg sl tab, 0.4 mg sl tab, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg sl tab, 0.6 mg/hr patch 24hr)	Tier 2	
nitroglycerin 0.4 % ointment	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
nitroglycerin 2 % ointment	Tier 3	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, AMPHETAMINES		
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)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine (10 mg tab, 15 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab	Tier 2	QL (150 PER 30 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 15 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 20 mg tab	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 30 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, NON-AMPHETAMINES		
atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
atomoxetine hcl (100 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
atomoxetine hcl 40 mg cap	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
dexmethylphenidate hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
guanfacine hcl er (1 mg tab er 24h, 2 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab)	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
methylphenidate hcl 10 mg chew tab	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 10 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 20 mg tab	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 5 mg tab	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl er 10 mg tab er	Tier 3	QL (180 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl er 20 mg tab er	Tier 3	QL (90 PER 30 DAYS)
CENTRAL NERVOUS SYSTEM, OTHER		
AUSTEDO (12 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
AUSTEDO 6 MG TAB	Tier 5	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR (12 MG TAB ER 24H, 18 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H, 36 MG TAB ER 24H, 42 MG TAB ER 24H, 48 MG TAB ER 24H, 6 MG TAB ER 24H)	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR 24 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 12 & 18 & 24 & 30 MG TBER THPK	Tier 5	PA, QL (28 PER 30 DAYS)
bac (butalbital-acetamin-caff) 50-325-40 mg tab	Tier 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg tab	Tier 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
riluzole 50 mg tab	Tier 3	
tetrabenazine 12.5 mg tab	Tier 4	PA, LA, QL (240 PER 30 DAYS)
tetrabenazine 25 mg tab	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
VEOZAH 45 MG TAB	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
FIBROMYALGIA AGENTS		
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAP DR	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP DR	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 40 MG CAP DR	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 60 MG CAP DR	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
duloxetine hcl 20 mg cp dr part	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
duloxetine hcl 30 mg cp dr part	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
duloxetine hcl 40 mg cp dr part	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
duloxetine hcl 60 mg cp dr part	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
pregabalin (100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	Tier 3	QL (90 PER 30 DAYS)
pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
pregabalin 20 mg/ml solution	Tier 3	QL (900 PER 30 DAYS)
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS		
BETASERON 0.3 MG KIT	Tier 5	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
dalfampridine er 10 mg tab er 12h	Tier 3	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
dimethyl fumarate (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
fingolimod hcl 0.5 mg cap	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr	Tier 4	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
glatopa 20 mg/ml soln prsyr	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatopa 40 mg/ml soln prsyr	Tier 4	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
teriflunomide (14 mg tab, 7 mg tab)	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

DENTAL AND ORAL AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
DENTAL AND ORAL AGENTS		
cevimeline hcl 30 mg cap	Tier 4	
chlorhexidine gluconate 0.12 % solution	Tier 2	
kourzeq 0.1 % paste	Tier 3	
oralone 0.1 % paste	Tier 3	
periogard 0.12 % solution	Tier 2	
pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 3	
triamcinolone acetonide 0.1 % paste	Tier 3	

DERMATOLOGICAL AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ACNE AND ROSACEA AGENTS		
accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)	Tier 4	
amnesteem (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel	Tier 4	
claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
clindamycin phos-benzoyl perox 1.2-5 % gel	Tier 3	
isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion	Tier 3	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

DERMATOLOGICAL AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
tazarotene (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.1 % cream, 0.1 % gel)	Tier 4	
tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.1 % cream)	Tier 4	PA
tretinoin 0.025 % cream	Tier 3	PA
zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
DERMATITIS AND PRURITUS AGENTS		
ala-cort 1 % cream	Tier 2	
alclometasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)	Tier 3	
ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)	Tier 2	
betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)	Tier 2	
betamethasone dipropionate aug (0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)	Tier 3	
betamethasone dipropionate aug 0.05 % cream	Tier 2	
betamethasone valerate (0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment)	Tier 2	
clobetasol prop emollient base 0.05 % cream	Tier 4	
clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % foam, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)	Tier 4	
clobetasol propionate 0.05 % liquid	Tier 4	QL (250 PER 30 DAYS)
desonide (0.05 % cream, 0.05 % ointment)	Tier 4	
desoximetasone 0.25 % cream	Tier 4	
EUCRISA 2 % OINTMENT	Tier 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

DERMATOLOGICAL AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)	Tier 3	
fluocinolone acetonide 0.01 % solution	Tier 4	
fluocinolone acetonide body 0.01 % oil	Tier 4	
fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil	Tier 4	
fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution, 0.1 % cream)	Tier 3	
fluocinonide emulsified base 0.05 % cream	Tier 3	
fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)	Tier 2	
halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)	Tier 4	QL (200 PER 28 DAYS)
hydrocortisone (1 % cream, 1 % ointment, 2.5 % cream, 2.5 % lotion, 2.5 % ointment)	Tier 2	
hydrocortisone (perianal) (1 % cream, 2.5 % cream)	Tier 2	
hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment	Tier 4	
mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution)	Tier 2	
procto-med hc 2.5 % cream	Tier 2	
proctosol hc 2.5 % cream	Tier 2	
proctozone-hc 2.5 % cream	Tier 2	
selenium sulfide 2.5 % lotion	Tier 2	
tacrolimus (0.03 % ointment, 0.1 % ointment)	Tier 4	QL (100 PER 30 DAYS)

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

DERMATOLOGICAL AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
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)	Tier 2	
triderm 0.5 % cream	Tier 2	
DERMATOLOGICAL AGENTS, OTHER		
alcohol wipes 70 % misc	Tier 2	
calcipotriene (0.005 % cream, 0.005 % ointment)	Tier 4	
calcipotriene 0.005 % solution	Tier 3	
calcitrene 0.005 % ointment	Tier 3	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream	Tier 2	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion	Tier 4	
cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc	Tier 2	
fluorouracil (2 % solution, 5 % solution)	Tier 2	
fluorouracil 5 % cream	Tier 3	
imiquimod 5 % cream	Tier 2	QL (24 PER 30 DAYS)
isopropyl alcohol 70 % misc	Tier 2	
isopropyl alcohol wipes 70 % misc	Tier 2	
medpura alcohol pads 70 % misc	Tier 2	
METHOXSALEN RAPID 10 MG CAP	Tier 5	
nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)	Tier 4	
OTEZLA (20 MG TAB, 30 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
OTEZLA XR 75 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
podofilox 0.5 % solution	Tier 2	
qc alcohol 70 % misc	Tier 2	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

DERMATOLOGICAL AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc	Tier 2	
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
silver sulfadiazine 1 % cream	Tier 2	
ssd 1 % cream	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		
malathion 0.5 % lotion	Tier 4	
permethrin 5 % cream	Tier 2	
TOPICAL ANTI-INFECTIVES		
acyclovir 5 % ointment	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ciclodan 8 % solution	Tier 2	
ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo)	Tier 4	
ciclopirox 8 % solution	Tier 2	
ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)	Tier 2	
clindamycin phos (once-daily) 1 % gel	Tier 2	
clindamycin phos (twice-daily) 1 % gel	Tier 2	
clindamycin phosphate (1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab)	Tier 2	
ERY 2 % PAD	Tier 3	
erythromycin 2 % gel	Tier 4	
erythromycin 2 % solution	Tier 2	
mupirocin 2 % ointment	Tier 2	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ELECTROLYTE/MINERAL REPLACEMENT		
dextrose 10 % solution	Tier 4	
dextrose 5 % solution	Tier 3	
dextrose in lactated ringers 5 % solution	Tier 4	
DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION	Tier 3	
dextrose-sodium chloride (10-0.2 % solution, 10-0.45 % solution, 2.5-0.45 % solution, 5-0.2 % solution, 5-0.225 % solution, 5-0.3 % solution, 5-0.33 % solution)	Tier 4	
dextrose-sodium chloride (5-0.45 % solution, 5-0.9 % solution)	Tier 3	
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)	Tier 4	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	Tier 4	
klor-con 10 10 meq tab er	Tier 2	
klor-con 8 meq tab er	Tier 2	
klor-con m10 10 meq tab er	Tier 2	
klor-con m15 15 meq tab er	Tier 2	
klor-con m20 20 meq tab er	Tier 2	
lactated ringers solution	Tier 4	
magnesium sulfate 50 % solution	Tier 4	
PNV 27-CA/FE/FA 60-1 MG TAB	Tier 3	
potassium chloride (10 % solution, 10 meq/100ml solution, 2 meq/ml solution, 20 meq/100ml solution, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/15ml (20%) solution)	Tier 4	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
potassium chloride crys er (10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er)	Tier 2	
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)	Tier 2	
potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution	Tier 4	
potassium chloride in nacl (20-0.9 meq/l-% solution, 40-0.9 meq/l-% solution)	Tier 4	
potassium citrate er (10 meq (1080 mg) tab er, 15 meq (1620 mg) tab er, 5 meq (540 mg) tab er)	Tier 3	
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 20 MEQ/L SOLUTION	Tier 4	
PREMASOL 10 % SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
prenatal vitamins	Tier 3	
ringers solution	Tier 4	
sodium chloride (0.45 % solution, 0.9 % solution, 2.5 meq/ml solution, 3 % solution, 5 % solution)	Tier 4	
sodium chloride (pf) 0.9 % solution	Tier 4	
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)	Tier 2	
TPN ELECTROLYTES CONC	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ELECTROLYTE/MINERAL/METAL MODIFIERS		
deferasirox (250 mg tab sol, 500 mg tab sol)	Tier 5	
deferasirox 125 mg tab sol	Tier 3	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
tolvaptan (15 mg tab thpk, 30 & 15 mg tab thpk, 45 & 15 mg tab thpk, 60 & 30 mg tab thpk, 90 & 30 mg tab thpk)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
tolvaptan 15 mg tab	Tier 5	PA, LA, QL (240 PER 30 DAYS)
tolvaptan 30 mg tab	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
trientine hcl 250 mg cap	Tier 5	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
TRIENTINE HCL 500 MG CAP	Tier 5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
PHOSPHATE BINDERS		
calcium acetate (phos binder) 667 mg cap	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
sevelamer carbonate 800 mg tab	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
POTASSIUM BINDERS		
kionex 15 gm/60ml suspension	Tier 2	
LOKELMA (10 GM PACKET, 5 GM PACKET)	Tier 3	
sodium polystyrene sulfonate (15 gm/60ml suspension, powder)	Tier 2	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (15 GM/60ML SUSPENSION, 30 GM/120ML SUSPENSION)	Tier 2	

GASTROINTESTINAL AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ANTI-CONSTIPATION AGENTS		
constulose 10 gm/15ml solution	Tier 2	
enulose 10 gm/15ml solution	Tier 2	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

GASTROINTESTINAL AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln	Tier 2	
generlac 10 gm/15ml solution	Tier 2	
lactulose (10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution)	Tier 2	
lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution	Tier 2	
LINZESS (145 MCG CAP, 290 MCG CAP, 72 MCG CAP)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
lubiprostone (24 mcg cap, 8 mcg cap)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution	Tier 3	
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln	Tier 2	
ANTI-DIARRHEAL AGENTS		
alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 4	PA
diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab	Tier 2	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG/5ML LIQUID	Tier 4	
loperamide hcl 2 mg cap	Tier 2	
XERMELO 250 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (90 PER 30 DAYS)
ANTISPASMODICS, GASTROINTESTINAL		
dicyclomine hcl (10 mg cap, 20 mg tab)	Tier 2	PA
dicyclomine hcl 10 mg/5ml solution	Tier 4	PA
glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 2	
methscopolamine bromide (2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

GASTROINTESTINAL AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
GASTROINTESTINAL AGENTS, OTHER		
bis subcit-metronid-tetracyc 140-125-125 mg cap	Tier 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
bismuth/metronidaz/tetracyclin 140-125-125 mg cap	Tier 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
cromolyn sodium 100 mg/5ml conc	Tier 4	
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	Tier 2	
gavilyte-g 236 gm recon soln	Tier 2	
OMNITROPE 10 MG/1.5ML SOLN CART	Tier 5	PA
peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln	Tier 2	
ursodiol (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 3	
ursodiol 300 mg cap	Tier 4	
VOQUEZNA DUAL PAK 500-20 MG THER PACK	Tier 4	PA, QL (112 PER 14 DAYS)
VOQUEZNA TRIPLE PAK 500-500-20 MG THER PACK	Tier 4	PA, QL (112 PER 14 DAYS)
HISTAMINE2 (H2) RECEPTOR ANTAGONISTS		
cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)	Tier 2	
famotidine (20 mg tab, 40 mg tab)	Tier 1	
NIZATIDINE (150 MG CAP, 300 MG CAP)	Tier 2	
PROTECTANTS		
misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)	Tier 2	
sucralfate 1 gm tab	Tier 2	
PROTON PUMP INHIBITORS		
esomeprazole magnesium 20 mg cap dr	Tier 4	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

GASTROINTESTINAL AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
esomeprazole magnesium 40 mg cap dr	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
lansoprazole 15 mg cap dr	Tier 2	
lansoprazole 30 mg cap dr	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
omeprazole 10 mg cap dr	Tier 2	
omeprazole 20 mg cap dr	Tier 1	
omeprazole 40 mg cap dr	Tier 1	QL (60 PER 30 DAYS)
pantoprazole sodium 20 mg tab dr	Tier 1	
pantoprazole sodium 40 mg recon soln	Tier 4	
pantoprazole sodium 40 mg tab dr	Tier 1	QL (60 PER 30 DAYS)
rabeprazole sodium 20 mg tab dr	Tier 3	

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

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT		
ALDURAZYME 2.9 MG/5ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
ARALAST NP (1000 MG RECON SOLN, 500 MG RECON SOLN)	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
betaine powder	Tier 5	
carglumic acid 200 mg tab sol	Tier 5	PA, LA
CREON (12000-38000 UNIT CP DR PART, 24000-76000 UNIT CP DR PART, 3000-9500 UNIT CP DR PART, 36000-114000 UNIT CP DR PART, 6000-19000 UNIT CP DR PART)	Tier 3	
DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP)	Tier 3	
ELAPRASE 6 MG/3ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

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

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
l-glutamine 5 gm packet	Tier 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
levocarnitine 330 mg tab	Tier 2	
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
nitisinone (10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	Tier 5	PA
REVCOVI 2.4 MG/1.5ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA
sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)	Tier 5	PA
sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)	Tier 5	PA
ZENPEP (10000-32000 UNIT CP DR PART, 15000-47000 UNIT CP DR PART, 20000-63000 UNIT CP DR PART, 25000-79000 UNIT CP DR PART, 3000-10000 UNIT CP DR PART, 40000-126000 UNIT CP DR PART, 5000-24000 UNIT CP DR PART, 60000-189600 UNIT CP DR PART)	Tier 3	

GENITOURINARY AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ANTISPASMODICS, URINARY		
GEMTESA 75 MG TAB	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)	Tier 3	
MYRBETRIQ 8 MG/ML SRER	Tier 3	QL (300 PER 30 DAYS)
oxybutynin chloride 5 mg tab	Tier 2	
oxybutynin chloride er (10 mg tab er 24h, 15 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	Tier 2	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

GENITOURINARY AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
solifenacin succinate (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 4	ST
tolterodine tartrate er (2 mg cap er 24h, 4 mg cap er 24h)	Tier 4	ST
trospium chloride 20 mg tab	Tier 2	
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS		
alfuzosin hcl er 10 mg tab er 24h	Tier 2	
dutasteride 0.5 mg cap	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
finasteride 5 mg tab	Tier 1	
silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
tadalafil 2.5 mg tab	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
tadalafil 5 mg tab	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
tamsulosin hcl 0.4 mg cap	Tier 1	
GENITOURINARY AGENTS, OTHER		
bethanechol chloride (10 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
FILSPARI 200 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)
FILSPARI 400 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
penicillamine 250 mg tab	Tier 5	PA

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)		
CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	Tier 4	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
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)	Tier 2	
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 4 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	
dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 4 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	
fludrocortisone acetate 0.1 mg tab	Tier 2	
methylprednisolone (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab)	Tier 2	
methylprednisolone acetate (40 mg/ml suspension, 80 mg/ml suspension)	Tier 4	
methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln	Tier 4	
prednisolone 15 mg/5ml solution	Tier 2	
prednisolone sodium phosphate (15 mg/5ml solution, 25 mg/5ml solution, 5 mg/5ml solution, 6.7 (5 base) mg/5ml solution)	Tier 2	
prednisone (1 mg tab, 10 mg (21) tab thpk, 10 mg (48) tab thpk, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg (21) tab thpk, 5 mg (48) tab thpk, 5 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
PREDNISONE 5 MG/5ML SOLUTION	Tier 3	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	Tier 4	
TARPEYO 4 MG CAP DR	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)		
desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution	Tier 4	
desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)	Tier 3	
desmopressin acetate 4 mcg/ml solution	Tier 4	
desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution	Tier 4	
desmopressin acetate spray 0.01 % solution	Tier 4	
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA
OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN)	Tier 5	PA

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

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ANDROGENS		
danazol (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)	Tier 4	
depo-testosterone (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)	Tier 3	
testosterone (12.5 mg/act (1%) gel, 25 mg/2.5gm (1%) gel, 50 mg/5gm (1%) gel)	Tier 3	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
testosterone (20.25 mg/act (1.62%) gel, 40.5 mg/2.5gm (1.62%) gel)	Tier 4	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel	Tier 4	PA, QL (37.5 PER 30 DAYS)
testosterone cypionate (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)	Tier 3	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

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

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)
ESTROGENS		
afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
altavera 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
apri 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
ARANELLE 0.5/1/0.5-35 MG-MCG TAB	Tier 3	
ashlyna 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
aubra 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
aviane 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
ayuna 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
balziva 0.4-35 mg-mcg tab	Tier 3	
blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
briellyn 0.4-35 mg-mcg tab	Tier 3	
camrese 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
camrese lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab	Tier 3	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

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

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
cryselle 0.3-30 mg-mcg tab	Tier 3	
cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab	Tier 3	
cyred 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
daysee 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
delyla 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)	Tier 3	
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)	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)	Tier 3	
elinest 0.3-30 mg-mcg tab	Tier 3	
eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring	Tier 3	
enilloring 0.12-0.015 mg/24hr ring	Tier 3	
enpresse-28 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	Tier 3	
enskyce 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
estarylla 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
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)	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
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)	Tier 3	QL (8 PER 28 DAYS)

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

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

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
estradiol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 1	
estradiol 0.01 % cream	Tier 2	
estradiol 10 mcg tab	Tier 3	
estradiol valerate (10 mg/ml oil, 20 mg/ml oil, 40 mg/ml oil)	Tier 4	
ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)	Tier 3	QL (1 PER 84 OVER TIME)
estrogens conjugated (0.3 mg tab, 0.45 mg tab, 0.625 mg tab, 0.9 mg tab, 1.25 mg tab)	Tier 4	
ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 mg-mcg tab, 1-50 mg-mcg tab)	Tier 3	
etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring	Tier 3	
falmina 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
feirza 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
fyavolv (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)	Tier 4	
hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring	Tier 3	
iclevia 0.15-0.03 mg tab	Tier 3	
introvale 0.15-0.03 mg tab	Tier 3	
isibloom 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
jaimiess 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
jasmiel 3-0.02 mg tab	Tier 3	
jinteli 1-5 mg-mcg tab	Tier 4	
jolessa 0.15-0.03 mg tab	Tier 3	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

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

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
joyeaux 0.1-20 mg-mcg(21) tab	Tier 3	
juleber 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
junel 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
kalliga 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab	Tier 3	
kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
larin 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab	Tier 3	
lessina 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
levonest 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	Tier 3	
levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	Tier 3	
levonorgest-eth estrad 91-day (0.1-0.02 & 0.01 mg tab, 0.15-0.03 mg tab)	Tier 3	
levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
levonorgest-eth estradiol-iron 0.1-20 mg-mcg(21) tab	Tier 3	
levonorgestrel-ethinyl estrad (0.1-20 mg-mcg tab, 0.15-30 mg-mcg tab)	Tier 3	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

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

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
lo-zumandimine 3-0.02 mg tab	Tier 3	
loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
lojaimiess 0.1-0.02 & 0.01 mg tab	Tier 3	
loryna 3-0.02 mg tab	Tier 3	
low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab	Tier 3	
luizza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
luizza 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
lutera 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
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)	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
marlissa 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)	Tier 4	
microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
mili 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
minzoya 0.1-20 mg-mcg(21) tab	Tier 3	
mono-linyah 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

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

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nikki 3-0.02 mg tab	Tier 3	
norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk	Tier 3	
norethin ace-eth estrad-fe (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)	Tier 3	
norethin-eth estradiol-fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	Tier 3	
norethindrone acet-ethinyl est (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)	Tier 3	
norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)	Tier 4	
norgestim-eth estrad triphasic 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
ocella 3-0.03 mg tab	Tier 3	
philith 0.4-35 mg-mcg tab	Tier 3	
pimtrea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
portia-28 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	Tier 3	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

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

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
setlakin 0.15-0.03 mg tab	Tier 3	
simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
simpesse 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
sronyx 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
syeda 3-0.03 mg tab	Tier 3	
tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	Tier 3	
turqoz 0.3-30 mg-mcg tab	Tier 3	
valtya 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
VALTYA 1/50 1-50 MG-MCG TAB	Tier 3	
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	Tier 3	
vestura 3-0.02 mg tab	Tier 3	
vienva 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

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

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab	Tier 3	
vylibra 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
wera 0.5-35 mg-mcg tab	Tier 3	
wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	Tier 3	
xelria fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	Tier 3	
xulane 150-35 mcg/24hr patch wk	Tier 3	
yuvafem 10 mcg tab	Tier 3	
zafemy 150-35 mcg/24hr patch wk	Tier 3	
zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
zumandimine 3-0.03 mg tab	Tier 3	
PROGESTINS		
camila 0.35 mg tab	Tier 3	
deblitane 0.35 mg tab	Tier 3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	Tier 3	
emzahh 0.35 mg tab	Tier 3	
errin 0.35 mg tab	Tier 3	
gallifrey 5 mg tab	Tier 2	
heather 0.35 mg tab	Tier 3	
incassia 0.35 mg tab	Tier 3	
jencycla 0.35 mg tab	Tier 3	
LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD	Tier 3	
lyleq 0.35 mg tab	Tier 3	
lyza 0.35 mg tab	Tier 3	
medroxyprogesterone acetate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsyr, 150 mg/ml suspension)	Tier 3	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

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

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
meleya 0.35 mg tab	Tier 3	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	Tier 3	
nora-be 0.35 mg tab	Tier 3	
norethindrone 0.35 mg tab	Tier 3	
norethindrone acetate 5 mg tab	Tier 2	
norlyroc 0.35 mg tab	Tier 3	
orquidea 0.35 mg tab	Tier 3	
progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)	Tier 2	
sharobel 0.35 mg tab	Tier 3	
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODIFYING AGENTS		
OSPHENA 60 MG TAB	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
raloxifene hcl 60 mg tab	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
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)	Tier 1	
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)	Tier 3	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
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)	Tier 1	
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)	Tier 3	
liothyronine sodium (25 mcg tab, 5 mcg tab, 50 mcg tab)	Tier 2	
REZDIFFRA (100 MG TAB, 60 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SYNTHROID (100 MCG TAB, 112 MCG TAB, 125 MCG TAB, 137 MCG TAB, 150 MCG TAB, 175 MCG TAB, 200 MCG TAB, 25 MCG TAB, 300 MCG TAB, 50 MCG TAB, 75 MCG TAB, 88 MCG TAB)	Tier 3	
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)	Tier 3	

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)		
cabergoline 0.5 mg tab	Tier 3	
leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit	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	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	Tier 5	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	Tier 5	
mifepristone 300 mg tab	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
octreotide acetate (100 mcg/ml soln prsyr, 100 mcg/ml solution, 1000 mcg/ml solution, 200 mcg/ml solution, 50 mcg/ml soln prsyr, 50 mcg/ml solution, 500 mcg/ml solution)	Tier 4	PA
OCTREOTIDE ACETATE 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA
ORGOVYX 120 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 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 (30 PER 30 DAYS)
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	Tier 5	

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ANTITHYROID AGENTS		
methimazole (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
propylthiouracil 50 mg tab	Tier 2	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ANGIOEDEMA AGENTS		
HAEGARDA (2000 UNIT RECON SOLN, 3000 UNIT RECON SOLN)	Tier 5	PA, LA
icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsyr	Tier 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
sajazir 30 mg/3ml soln prsyr	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
AURANOFIN 3 MG CAP	Tier 3	
BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 28 DAYS)
COSENTYX (150 MG/ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA
COSENTYX (300 MG DOSE) 150 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA
COSENTYX UNOREADY 300 MG/2ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
DUPIXENT (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
ENTYVIO PEN 108 MG/0.68ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (1.36 ML PER 28 DAYS)
KINERET 100 MG/0.67ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (18.76 ML PER 28 DAYS)
OTEZLA (10 & 20 & 30 MG TAB THPK, 4 X 10 & 51 X20 MG TAB THPK)	Tier 5	PA, QL (55 PER 28 OVER TIME)
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK 10&20&30&(ER)75 MG TAB THPK	Tier 5	PA, QL (41 PER 28 DAYS)
RIDAURA 3 MG CAP	Tier 3	
RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 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 (360 PER 30 DAYS)
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 55 MG/0.37ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2.22 ML PER 365 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)
TREMFYA 100 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (1 SYRINGE PER 56 DAYS)
TREMFYA 200 MG/20ML SOLUTION	Tier 5	PA

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
TREMFYA 200 MG/2ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2 ML PER 28 DAYS)
TREMFYA ONE-PRESS 100 MG/ML SOLN PEN	Tier 5	PA, QL (1 PEN PER 56 DAYS)
TREMFYA PEN 100 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (1 PEN PER 56 DAYS)
TREMFYA PEN 200 MG/2ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (2 ML PER 28 DAYS)
TREMFYA-CD/UC INDUCTION 200 MG/2ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (24 ML PER 365 OVER TIME)
TYENNE (162 MG/0.9ML SOLN A-INJ, 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, QL (3.6 PER 28 DAYS)
VELSIPITY 2 MG TAB	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
XOLAIR (150 MG/ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
XOLAIR (150 MG/ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (8 PER 28 DAYS)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ	Tier 4	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
YESINTEK 130 MG/26ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (104 ML PER 365 OVER TIME)
YESINTEK 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
YESINTEK 45 MG/0.5ML SOLUTION	Tier 4	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
YESINTEK 90 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (1 ML PER 28 DAYS)
IMMUNOSTIMULANTS		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	LA, QL (2 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2 PER 30 DAYS)

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (4 PER 30 DAYS)
IMMUNOSUPPRESSANTS		
azathioprine 50 mg tab	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine (100 mg cap, 25 mg cap)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine modified (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
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 50 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (8 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)
ENVARSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENVARSUS XR 4 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
everolimus 1 mg tab	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
gengraf (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
HADLIMA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.4ML SOLN A-INJ	Tier 4	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ	Tier 4	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
METHOTREXATE SODIUM (250 MG/10ML SOLUTION, 50 MG/2ML SOLUTION)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium (pf) (1 gm/40ml solution, 1000 mg/40ml solution, 250 mg/10ml solution)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium 2.5 mg tab	Tier 2	
mycophenolate mofetil (200 mg/ml recon susp, 500 mg recon soln)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate mofetil (250 mg cap, 500 mg tab)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate mofetil hcl 500 mg recon soln	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SIMLANDI (1 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	Tier 4	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 PEN) 80 MG/0.8ML AUT-IJ KIT	Tier 4	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 SYRINGE) 80 MG/0.8ML PREF SY KT	Tier 4	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	Tier 4	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) 20 MG/0.2ML PREF SY KT	Tier 4	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) 40 MG/0.4ML PREF SY KT	Tier 4	PA, QL (4 PER 28 DAYS)

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYMFENTRA (1 PEN) 120 MG/ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
ZYMFENTRA (2 PEN) 120 MG/ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) 120 MG/ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
VACCINES		
ABRYSVO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN	Tier 3	VAC
ACTHIB RECON SOLN	Tier 3	
ADACEL (5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	Tier 3	VAC
AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN	Tier 3	VAC
BEXSERO SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
BOOSTRIX 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
DAPTACEL 23-15-5 SUSPENSION	Tier 3	
DENGVAXIA RECON SUSP	Tier 4	
ENGERIX-B (10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSPENSION)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
GARDASIL 9 (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 3	VAC
HAVRIX (720 EL U/0.5ML SUSP PRSYR, 720 EL U/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
HAVRIX 1440 EL U/ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	Tier 3	
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
INFANRIX 25-58-10 SUSPENSION	Tier 3	
IPOL SUSPENSION	Tier 3	VAC
IXIARO SUSPENSION	Tier 4	VAC
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
KINRIX 0.5 ML SUSP PRSYR	Tier 3	
M-M-R II RECON SOLN	Tier 3	VAC
MENQUADFI (0.5 ML SOLUTION, SOLUTION)	Tier 3	VAC
MENVEO (RECON SOLN, SOLUTION)	Tier 3	VAC
MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
PEDIARIX SUSP PRSYR	Tier 3	
PEDVAXHIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	
PENMENVY RECON SUSP	Tier 3	
PENTACEL RECON SUSP	Tier 3	
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

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ROTARIX SUSPENSION	Tier 3	
ROTATEQ SOLUTION	Tier 3	
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	QL (2 PER 365 OVER TIME), VAC
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	QL (1 ML PER 365 DAYS), VAC
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
TENIVAC 5-2 LF/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
TICOVAC 1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 3	
TICOVAC 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
TRUMENBA SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION)	Tier 4	VAC
VAQTA (25 UNIT/0.5ML SUSP PRSYR, 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	
VAQTA (50 UNIT/ML SUSP PRSYR, 50 UNIT/ML SUSPENSION)	Tier 3	VAC
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
VAXCHORA RECON SUSP	Tier 4	VAC
VIMKUNYA 40 MCG/0.8ML SUSP PRSYR	Tier 4	
VIVOTIF CAP DR	Tier 4	
YF-VAX RECON SUSP	Tier 4	VAC

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
AMINOSALICYLATES		
balsalazide disodium 750 mg cap	Tier 3	
mesalamine (1000 mg suppos, 4 gm enema)	Tier 4	
mesalamine 1.2 gm tab dr	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
mesalamine er 0.375 gm cap er 24h	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)	Tier 2	
GLUCOCORTICOIDS		
budesonide 3 mg cp dr part	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
budesonide er 9 mg tab er 24h	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
CORTIFOAM 10 % FOAM	Tier 4	
hydrocortisone (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
hydrocortisone 100 mg/60ml enema	Tier 3	

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
alendronate sodium (10 mg tab, 35 mg tab, 70 mg tab)	Tier 1	
alendronate sodium 70 mg/75ml solution	Tier 4	
BILDYOS 60 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA
BILPREVDA 120 MG/1.7ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (1.7 ML PER 28 DAYS)
calcitonin (salmon) 200 unit/act solution	Tier 2	QL (3.7 PER 30 DAYS)

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)	Tier 2	
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
doxercalciferol 4 mcg/2ml solution	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ENOBY 60 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA
ibandronate sodium 150 mg tab	Tier 1	
ibandronate sodium 3 mg/3ml solution	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
JUBBONTI 60 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA
paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 2 mcg/ml solution, 4 mcg cap, 5 mcg/ml solution)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
risedronate sodium (150 mg tab, 35 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	
teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen	Tier 5	PA
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	Tier 5	PA, QL (1.56 PER 28 DAYS)
WYOST 120 MG/1.7ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (1.7 PER 28 DAYS)
XTRENBO 120 MG/1.7ML SOLUTION	Tier 4	PA, QL (1.7 ML PER 28 DAYS)
zoledronic acid (4 mg/100ml solution, 4 mg/5ml conc, 5 mg/100ml solution)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM MISC	Tier 3	

Matutulungan ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ALCOHOL 70% PADS	Tier 2	
ALCOHOL PADS 70 % PAD	Tier 2	
ALCOHOL PREP PAD	Tier 2	
ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
ALCOHOL SWABS 70 % PAD	Tier 2	
ALCOHOL SWABSTICK PAD	Tier 2	
AQ INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
AQINJECT PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
ARGYLE STERILE WATER SOLUTION	Tier 2	
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC	Tier 3	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30G X 5 MM MISC	Tier 3	
AUM ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE (31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	Tier 3	
AUM PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC)	Tier 3	
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE (30G X 5 MM MISC, 30G X 8 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	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
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	
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	Tier 2	
CLEVER CHOICE COMFORT EZ PLUS 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (27G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC)	Tier 3	
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (30G X 8 MM MISC, 31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	Tier 3	
CVS ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE 2"X2" PAD	Tier 2	
DROPLET INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 0.3 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.3 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM MISC	Tier 3	
DROPLET PEN NEEDLES (29G X 10MM MISC, 29G X 12.7MM MISC, 29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC)	Tier 3	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO (X 4 MM MISC, X 5 MM MISC, X 8 MM MISC)	Tier 3	
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (29G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE (29G X 5/16" 0.5 ML MISC, 29G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 1/2" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 32G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
EASY COMFORT PEN NEEDLES (29G X 4MM MISC, 29G X 5MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
EASY TOUCH INSULIN BARRELS U-100 1 ML MISC	Tier 3	
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM MISC	Tier 3	
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT (31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE (29G X 1/2" 0.3 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.5 ML MISC, X 1/2" 1 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 27G X 5/8" 1 ML MISC	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML MISC	Tier 3	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F (30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE U/F 29G X 12.7MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE (29G X 12.7MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
EMBRACE PEN NEEDLES (29G X 12MM MISC, 30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
gauze pads 2	Tier 2	
GNP PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
GOODSENSE ALCOHOL SWABS 70 % PAD	Tier 2	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 1 ML	Tier 3	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (27G X 1/2" 0.5 ML MISC, 27G X 1/2" 1 ML MISC, 28G X 1/2" 0.5 ML MISC, 28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
INSUPEN PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
INSUPEN32G EXTR3ME 32G X 6 MM MISC	Tier 3	
INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
lactated ringers solution	Tier 2	
methergine 0.2 mg tab	Tier 4	
methylergonovine maleate 0.2 mg tab	Tier 4	
novofine 32g x 6 mm misc	Tier 3	
NUTRILIPID 20 % EMULSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
OPVEE 2.7 MG/0.1ML SOLUTION	Tier 4	QL (2 PER 30 DAYS)
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP (31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
PEN NEEDLES (30G X 5 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
PENBRAYA RECON SUSP	Tier 3	VAC
PRO COMFORT ALCOHOL 70 % PAD	Tier 2	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE (29G X 12.7MM MISC, 31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC, 33G X 8 MM MISC)	Tier 3	
ringers irrigation solution	Tier 2	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.5 ML MISC, X 1/2" 1 ML MISC)	Tier 3	
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC	Tier 3	
SILIGENTLE FOAM DRESSING 2"X2" PAD	Tier 2	
SMOFLIPID 20 % EMULSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
sterile water for irrigation solution	Tier 2	
SUPER TOUCH INSULIN SYRINGE (27G X 1/2" 0.5 ML MISC, 27G X 5/8" 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" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.3 ML MISC, 30G X 5/16" 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	
SUPER TOUCH PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
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	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE (30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC, 32G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
ULTRA COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
UNIFINE OTC PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE PENTIPS 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE (30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE (29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 34G X 3.5 MM MISC)	Tier 3	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE (29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
VERIFINE INSULIN SYRINGE (28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR 29G X 1/2" 1 ML MISC	Tier 3	
VOWST CAP	Tier 5	PA, LA, QL (12 PER 30 OVER TIME)
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE 70 % PAD	Tier 2	

OPHTHALMIC AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
OPHTHALMIC AGENTS, OTHER		
atropine sulfate 1 % solution	Tier 3	
bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment	Tier 2	
BACITRACIN-POLYMYXIN B 500-10000 UNIT/GM OINTMENT	Tier 2	
brimonidine tartrate-timolol 0.2-0.5 % solution	Tier 3	
dorzolamide hcl-timolol mal (2-0.5 % solution, 22.3-6.8 mg/ml solution)	Tier 2	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

OPHTHALMIC AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution	Tier 3	
loteprednol-tobramycin 0.5-0.3 % suspension	Tier 3	
neo-polycin 3.5-400-10000 ointment	Tier 2	
neo-polycin hc 1 % ointment	Tier 2	
neomycin-bacitracin zn-polymyx (3.5-400-10000 ointment, 5-400-10000 ointment)	Tier 2	
neomycin-polymyxin-dexameth (0.1 % suspension, 3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)	Tier 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION	Tier 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5-10000-1 SUSPENSION	Tier 4	
polycin 500-10000 unit/gm ointment	Tier 2	
RESTASIS 0.05 % EMULSION	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION	Tier 3	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION	Tier 2	
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension	Tier 2	
XDEMVY 0.25 % SOLUTION	Tier 5	PA, QL (10 PER 30 DAYS)
XIIDRA 5 % SOLUTION	Tier 3	
OPHTHALMIC ANTI-ALLERGY AGENTS		
azelastine hcl 0.05 % solution	Tier 2	
cromolyn sodium 4 % solution	Tier 2	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

OPHTHALMIC AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVES		
BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	Tier 4	
erythromycin 5 mg/gm ointment	Tier 2	
gentamicin sulfate 0.3 % solution	Tier 2	
LEVOFLOXACIN (0.5 % SOLUTION, 1.5 % SOLUTION)	Tier 3	
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	Tier 2	
moxifloxacin hcl 0.5 % solution	Tier 3	
NATACYN 5 % SUSPENSION	Tier 3	
ofloxacin 0.3 % solution	Tier 2	
polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution	Tier 2	
SULFACETAMIDE SODIUM 10 % OINTMENT	Tier 3	
sulfacetamide sodium 10 % solution	Tier 2	
tobramycin 0.3 % solution	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	
diclofenac sodium 0.1 % solution	Tier 2	
difluprednate 0.05 % emulsion	Tier 4	
fluorometholone 0.1 % suspension	Tier 2	
FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION	Tier 2	
FML FORTE 0.25 % SUSPENSION	Tier 4	
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	Tier 3	QL (3 PER 30 DAYS)
ketorolac tromethamine (0.4 % solution, 0.5 % solution)	Tier 2	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

OPHTHALMIC AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
prednisolone acetate 1 % suspension	Tier 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	Tier 3	
OPHTHALMIC BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
betaxolol hcl 0.5 % solution	Tier 2	
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	Tier 2	
LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	Tier 2	
timolol maleate (0.25 % gel f soln, 0.5 % gel f soln)	Tier 3	
timolol maleate (0.25 % solution, 0.5 % solution)	Tier 1	
OPHTHALMIC INTRAOCULAR PRESSURE LOWERING AGENTS, OTHER		
acetazolamide er 500 mg cap er 12h	Tier 2	
apraclonidine hcl 0.5 % solution	Tier 3	
brimonidine tartrate 0.1 % solution	Tier 3	
brimonidine tartrate 0.15 % solution	Tier 4	
brimonidine tartrate 0.2 % solution	Tier 2	
brinzolamide 1 % suspension	Tier 3	
dorzolamide hcl 2 % solution	Tier 2	
methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 4	
pilocarpine hcl (1 % solution, 2 % solution, 4 % solution)	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		
bimatoprost 0.03 % solution	Tier 3	QL (5 PER 30 DAYS)
latanoprost 0.005 % solution	Tier 1	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

OPHTHALMIC AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
travoprost (bak free) 0.004 % solution	Tier 2	QL (5 PER 30 DAYS)
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	Tier 4	

OTIC AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
OTIC AGENTS		
acetic acid 2 % solution	Tier 2	
ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension	Tier 4	
CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	Tier 3	
DERMOTIC 0.01 % OIL	Tier 3	
hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution	Tier 3	
neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)	Tier 2	
ofloxacin 0.3 % solution	Tier 2	

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ANTI-INFLAMMATORIES, INHALED CORTICOSTEROIDS		
ARNUITY ELLIPTA (100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA, 50 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ASMANEX (120 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
ASMANEX (14 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (30 METERED DOSES) (110 MCG/ACT AER POW BA, 220 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (60 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX HFA (100 MCG/ACT AEROSOL, 200 MCG/ACT AEROSOL, 50 MCG/ACT AEROSOL)	Tier 3	QL (13 PER 30 DAYS)
budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
QVAR REDIHALER (40 MCG/ACT AERO BA, 80 MCG/ACT AERO BA)	Tier 3	QL (21.2 PER 30 DAYS)
ANTIHISTAMINES		
azelastine hcl (0.1 % solution, 137 mcg/spray solution)	Tier 2	QL (30 PER 25 DAYS)
cetirizine hcl (1 mg/ml solution, 5 mg/5ml solution)	Tier 2	
cyproheptadine hcl 4 mg tab	Tier 3	PA
hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	PA
hydroxyzine pamoate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 4	PA
levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab	Tier 1	
promethazine hcl (12.5 mg/10ml solution, 6.25 mg/5ml solution)	Tier 2	PA
ANTILEUKOTRIENES		
montelukast sodium (4 mg chew tab, 4 mg packet, 5 mg chew tab)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
montelukast sodium 10 mg tab	Tier 1	QL (30 PER 30 DAYS)
zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
BRONCHODILATORS, ANTICHOLINERGIC		
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide 0.02 % solution	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
ipratropium bromide 0.03 % solution	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide 0.06 % solution	Tier 2	QL (45 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide hfa 17 mcg/act aero soln	Tier 4	QL (25.8 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN)	Tier 3	QL (4 PER 30 DAYS)
tiotropium bromide 18 mcg cap	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
BRONCHODILATORS, SYMPATHOMIMETIC		
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)	Tier 2	QL (17 PER 30 DAYS)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)	Tier 2	QL (17 PER 30 DAYS)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)	Tier 2	QL (13.4 PER 30 DAYS)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin)	Tier 2	QL (36 PER 30 DAYS)
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)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
albuterol sulfate (2 mg tab, 4 mg tab)	Tier 4	
albuterol sulfate (2 mg/5ml syrup, 8 mg/20ml syrup)	Tier 2	
albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln	Tier 2	QL (36 PER 30 DAYS)
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)	Tier 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	Tier 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
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)	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 (60 PER 30 DAYS)
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	Tier 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
TOBI PODHALER 28 MG CAP	Tier 5	PA, LA, QL (224 PER 56 OVER TIME)
tobramycin 300 mg/4ml nebu soln	Tier 4	PA, QL (224 PER 28 DAYS)
tobramycin 300 mg/5ml nebu soln	Tier 4	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 (90 PER 30 DAYS)
MAST CELL STABILIZERS		
cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS, AIRWAYS DISEASE		
roflumilast 250 mcg tab	Tier 4	QL (28 PER 180 OVER TIME)
roflumilast 500 mcg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
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)	Tier 3	

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
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 (90 PER 30 DAYS)
alyq 20 mg tab	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ambrisentan (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)
bosentan (125 mg tab, 62.5 mg tab)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
bosentan 32 mg tab sol	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
macitentan 10 mg tab	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
riociguat (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab)	Tier 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
sildenafil citrate 20 mg tab	Tier 3	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
tadalafil (pah) 20 mg tab	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
UPTRAVI (1000 MCG TAB, 1200 MCG TAB, 1400 MCG TAB, 1600 MCG TAB, 200 MCG TAB, 400 MCG TAB, 600 MCG TAB, 800 MCG TAB)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
UPTRAVI 100 MCG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (420 PER 30 DAYS)
UPTRAVI 150 MCG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (560 PER 28 DAYS)
UPTRAVI 200 & 800 MCG TAB THPK	Tier 5	PA, LA, QL (200 PER 180 OVER TIME)
WINREVAIR (2 X 45 MG KIT, 2 X 60 MG KIT, 45 MG KIT, 60 MG KIT)	Tier 5	PA, QL (1 PER 21 OVER TIME)
PULMONARY FIBROSIS AGENTS		
nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)	Tier 3	PA, QL (270 PER 30 DAYS)

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
PIRFENIDONE 534 MG TAB	Tier 5	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
pirfenidone 801 mg tab	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
RESPIRATORY TRACT AGENTS, OTHER		
acetylcysteine (10 % solution, 20 % solution)	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)
breyna (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)	Tier 3	QL (10.3 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-18-4.8 MCG/ACT AEROSOL	Tier 3	QL (10.7 GM PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	Tier 3	QL (10.7 PER 30 DAYS)
budesonide-formoterol fumarate (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)
flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution	Tier 2	QL (50 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL (100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
fluticasone propionate 50 mcg/act suspension	Tier 2	QL (16 PER 30 DAYS)
fluticasone-salmeterol (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)

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
FLUTICASONE-SALMETEROL (113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA, 55-14 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 2	QL (1 PER 30 DAYS)
ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
NUCALA (100 MG RECON SOLN, 100 MG/ML SOLN A-INJ, 100 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 28 DAYS)
NUCALA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, LA, QL (0.4 PER 28 DAYS)
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)
wixela inhub (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

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS		
carisoprodol 350 mg tab	Tier 2	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
cyclobenzaprine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	PA
methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)	Tier 3	PA

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

SLEEP DISORDER AGENTS

Pangalan ng gamot	Magkano ang gagastusin mo sa gamot (antas ng tier)	Mga kinakailangang pagkilos, paghihigpit, o limitasyon sa paggamit
SLEEP PROMOTING AGENTS		
eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ramelteon 8 mg tab	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
tasimelteon 20 mg cap	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
temazepam 15 mg cap	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
temazepam 30 mg cap	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
triazolam 0.125 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
triazolam 0.25 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
zaleplon 10 mg cap	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
zaleplon 5 mg cap	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
zolpidem tartrate 10 mg tab	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
zolpidem tartrate 5 mg tab	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
WAKEFULNESS PROMOTING AGENTS		
armodafinil (150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
modafinil 100 mg tab	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
modafinil 200 mg tab	Tier 3	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
sodium oxybate 500 mg/ml solution	Tier 5	PA, LA, QL (540 PER 30 DAYS)

Makakakita ka ng impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng mga simbolo at pagdadaglat sa talahanayang ito sa pamamagitan ng pagpunta sa panandang nakalista sa Seksiyon C1.

Sa seksyong ito, mahahanap ninyo ang isang gamot sa pamamagitan ng paghahanap ng pangalan nito ayon sa pagkakasunod-sunod sa alpabeto. Makikita ninyo rito ang numero ng pahina kung saan kayo makakakita ng karagdagang impormasyon ng pagsaklaw para sa inyong gamot.

A

abacavir sulfate . . . 88
abacavir sulfate-lamivudine . . . 89
ABELCET . . . 55
ABILIFY MAINTENA . . . 81
abiraterone acetate . . . 59
abirtega . . . 59
ABRYSVO . . . 147
acamprosate calcium . . . 35
acarbose . . . 94
accutane . . . 116
acebutolol hcl . . . 104
acetaminophen-codeine . . . 33
acetazolamide . . . 106
acetazolamide er . . . 162
acetic acid . . . 163
acetylcysteine . . . 168
acitretin . . . 116
ACTHIB . . . 147
ACTIMMUNE . . . 144
acyclovir . . . 92,120
acyclovir sodium . . . 92
ADACEL . . . 147
adefovir dipivoxil . . . 87
ADEMPAS . . . 167
ADVAIR HFA . . . 168
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE . . . 151
afirmelle . . . 131
AIMOVIG . . . 57
AKEEGA . . . 61
ala-cort . . . 117
albendazole . . . 78
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair) . . . 165
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair) . . . 165
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil) . . . 165
albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin) . . . 165
albuterol sulfate . . . 165
albuterol sulfate hfa . . . 165
alclometasone dipropionate . . . 117
ALCOHOL 70% PADS . . . 152
ALCOHOL PADS . . . 152
ALCOHOL PREP . . . 152
ALCOHOL PREP PADS . . . 152
ALCOHOL SWABS . . . 152
ALCOHOL SWABSTICK . . . 152
alcohol wipes . . . 119
ALDURAZYME . . . 126
ALECENSA . . . 63
alendronate sodium . . . 150
alfuzosin hcl er . . . 128
aliskiren fumarate . . . 106
allopurinol . . . 57
alosetron hcl . . . 124
alprazolam . . . 92
altavera . . . 131
ALUNBRIG . . . 63,64
alyacen 1/35 . . . 131
alyacen 7/7/7 . . . 131
alyq . . . 167
amantadine hcl . . . 79
ambrisentan . . . 167
amikacin sulfate . . . 36
amiloride hcl . . . 109
amiloride-hydrochlorothiazide . . . 106
amiodarone hcl . . . 103
amitriptyline hcl . . . 53
amlodipine besy-benazepril hcl . . . 107
amlodipine besylate . . . 105
amlodipine besylate-valsartan . . . 107
amlodipine-atorvastatin . . . 107

amlodipine-olmesartan 107
amlodipine-valsartan-hctz 107
ammonium lactate 117
amnesteem 116
amoxapine 53
amoxicillin 40
amoxicillin trihydrate 40
amoxicillin-pot clavulanate 40
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE 40
amoxicillin-pot clavulanate er 40
amphetamine-dextroamphet er 113
amphetamine-dextroamphetamine 113
AMPHOTERICIN B 55
amphotericin b liposome 55
ampicillin 40
ampicillin sodium 40
ampicillin-sulbactam sodium 40
anagrelide hcl 100
anastrozole 63
ANORO ELLIPTA 168
apraclonidine hcl 162
aprepitant 54
apri 131
APTIVUS 90
AQ INSULIN SYRINGE 152
AQINJECT PEN NEEDLE 152
ARALAST NP 126
ARANELLE 131
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100
ARCALYST 142
AREXVY 147
ARGYLE STERILE WATER 152
ARIKAYCE 36
aripiprazole 81
armodafinil 170
ARNUITY ELLIPTA 163
asenapine maleate 81
ashlyna 131
ASMANEX (120 METERED DOSES) 163
ASMANEX (14 METERED DOSES) 164
ASMANEX (30 METERED DOSES) 164
ASMANEX (60 METERED DOSES) 164
ASMANEX HFA 164
aspirin-dipyridamole er 101
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 152
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 152
atazanavir sulfate 90
atenolol 104
atenolol-chlorthalidone 107
atomoxetine hcl 113
atorvastatin calcium 110
atovaquone 78
atovaquone-proguanil hcl 78
atropine sulfate 159
aubra 131
aubra eq 131
AUGTYRO 61
AUM ALCOHOL PREP PADS 152
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE 152
AUM PEN NEEDLE 152
AURANOFIN 142
aurovela 1.5/30 131
aurovela 1/20 131
aurovela fe 1.5/30 131
aurovela fe 1/20 131
AUSTEDO 114
AUSTEDO XR 114
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 114
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE 152
AUVELITY 50
AUVELITY TITRATION PACK 50
aviane 131
avidoxy 43
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 63
ayuna 131
AYVAKIT 64

azathioprine 145
AZATHIOPRINE SODIUM 145
azelastine hcl 160,164
azithromycin 41
aztreonam 37
azurette 131

B

bac (butalbital-acetamin-caff) 114
bacitra-neomycin-polymyxin-hc 159
BACITRACIN 161
BACITRACIN-POLYMYXIN B 159
baclofen 86
balsalazide disodium 150
BALVERSA 64
balziva 131
BAQSIMI ONE PACK 96
BAQSIMI TWO PACK 96
BARACLUDE 87
BCG VACCINE 147
BD INSULIN SYRINGE 152
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC 152
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC 152
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC 153
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC 153
benazepril hcl 102
benazepril-hydrochlorothiazide 107
BENLYSTA 142
BENZNIDAZOLE 78
benzoyl peroxide-erythromycin 116
benztropine mesylate 79
BESIVANCE 42
BESREMI 144
BESREMI PEN 61
betaine 126
betamethasone dipropionate 117
betamethasone dipropionate aug 117
betamethasone valerate 117
BETASERON 115
betaxolol hcl 104,162
bethanechol chloride 128
bexarotene 77
BEXSERO 147
bicalutamide 59
BICILLIN L-A 40
BIKTARVY 87
BILDYOS 150
BILPREVDA 150
bimatoprost 162
bis subcit-metronid-tetracyc 125
bismuth/metronidaz/tetracyclin 125
bisoprolol fumarate 104
bisoprolol-hydrochlorothiazide 107
BIXLENVO 87
BIXLENVO SUNLENCA STARTER PACK . . 89
blisovi fe 1.5/30 131
blisovi fe 1/20 131
BOOSTRIX 147
bosentan 167
BOSULIF 64
bosutinib 64
BRAFTOVI 64
BREO ELLIPTA 168
breyna 168
BREZTRI AEROSPHERE 168
briellyn 131
brimonidine tartrate 162
brimonidine tartrate-timolol 159
brinzolamide 162
brivaracetam 43,44
bromocriptine mesylate 79
BRUKINSA 64,65

budesonide....150,164
budesonide er....150
budesonide-formoterol fumarate....168
bumetanide....109
buprenorphine....32
buprenorphine hcl....35
buprenorphine hcl-naloxone hcl....35
bupropion hcl....50
bupropion hcl er (smoking det)....36
bupropion hcl er (sr)....50
bupropion hcl er (xl)....50
buspirone hcl....92
butalbital-apap-caffeine....114
butalbital-aspirin-caffeine....31
butorphanol tartrate....33
BYSANTI....81
BYSANTI TITRATION PACK A....82
BYSANTI TITRATION PACK B....82
BYSANTI TITRATION PACK C....82

C

CABENUVA....89,90
cabergoline....140
CABOMETYX....65
calcipotriene....119
calcitonin (salmon)....150
calcitrene....119
calcitriol....151
CALCITRIOL....151
calcium acetate (phos binder)....123
CALQUENCE....65
camila....138
camrese....131
camrese lo....131
candesartan cilexetil....102
candesartan cilexetil-hctz....107
CAPLYTA....82
CAPRELSA....65
captopril....103
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE....107
carbamazepine....47
carbamazepine er....47
carbidopa....80
carbidopa-levodopa....80
carbidopa-levodopa er....80
carbidopa-levodopa-entacapone....79
CARETOUCH ALCOHOL PREP....153
carglumic acid....126
carisoprodol....169
CARTEOLOL HCL....162
cartia xt....105
carvedilol....104
CAVHANZA....65
CAYSTON....37
CEFACLOR....38
cefadroxil....38,39
cefazolin sodium....39
cefdinir....39
cefepime hcl....39
cefixime....39
cefoxitin sodium....39
CEFPODOXIME PROXETIL....39
cefprozil....39
ceftaroline fosamil....39
CEFTAZIDIME....39
ceftriaxone sodium....39
cefuroxime axetil....39
cefuroxime sodium....39
celecoxib....31
cephalexin....39
cetirizine hcl....164
cevimeline hcl....116
chateal eq....132
chlorhexidine gluconate....116
chloroquine phosphate....78
chlorpromazine hcl....80

chlorthalidone . . . 110
cholestyramine . . . 111
cholestyramine light . . . 111
ciclodan . . . 120
ciclopirox . . . 120
ciclopirox olamine . . . 120
cilostazol . . . 101
CILOXAN . . . 42
CIMDUO . . . 89
cimetidine . . . 125
cinacalcet hcl . . . 151
ciprofloxacin hcl . . . 42
ciprofloxacin in d5w . . . 42
ciprofloxacin-dexamethasone . . . 163
citalopram hydrobromide . . . 51
claravis . . . 116
CLARITHROMYCIN . . . 41
clarithromycin . . . 41
clarithromycin er . . . 42
CLEVER CHOICE COMFORT EZ PLUS . . . 153
clindamycin hcl . . . 37
clindamycin palmitate hcl . . . 37
clindamycin phos (once-daily) . . . 120
clindamycin phos (twice-daily) . . . 120
clindamycin phos-benzoyl perox . . . 116
clindamycin phosphate . . . 37,120
clindamycin phosphate in d5w . . . 37
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL . . . 37
clobazam . . . 46
clobetasol prop emollient base . . . 117
clobetasol propionate . . . 117
clomipramine hcl . . . 53
clonazepam . . . 93
clonidine . . . 101
clonidine hcl . . . 101
clopidogrel bisulfate . . . 101
clorazepate dipotassium . . . 93
clotrimazole . . . 55
clotrimazole-betamethasone . . . 119
clozapine . . . 86
COARTEM . . . 78
COBENFY . . . 85
COBENFY STARTER PACK . . . 85
CODEINE SULFATE . . . 33
codeine sulfate . . . 33
colchicine . . . 57
colchicine-probenecid . . . 57
colesevelam hcl . . . 111
colestipol hcl . . . 111
colistimethate sodium (cba) . . . 37
COMBIVENT RESPIMAT . . . 168
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) . . . 65
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) . . . 65
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) . . . 65
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE . . . 153
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES . . . 153
compro . . . 54
constulose . . . 123
COPIKTRA . . . 65
CORLANOR . . . 107
CORTIFOAM . . . 150
CORTISONE ACETATE . . . 128
CORTISPORIN-TC . . . 163
COSENTYX . . . 142
COSENTYX (300 MG DOSE) . . . 142
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) . . . 142
COSENTYX SENSOREADY PEN . . . 142
COSENTYX UNOREADY . . . 142
COTELLIC . . . 65
CREON . . . 126
CRESEMBA . . . 55
cromolyn sodium . . . 125,160,166
cryselle . . . 132
cryselle-28 . . . 132
CVS ALCOHOL PREP PADS . . . 153
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE . . . 153

cvs isopropyl alcohol wipes . . . 119
cyclobenzaprine hcl . . . 169
CYCLOPHOSPHAMIDE . . . 59
cyclosporine . . . 145
cyclosporine modified . . . 145
cyproheptadine hcl . . . 164
cyred . . . 132
cyred eq . . . 132

D

dabigatran etexilate mesylate . . . 98
dalfampridine er . . . 115
danazol . . . 130
dantrolene sodium . . . 86
dapaglifloz base-metformin er . . . 94
dapagliflozin . . . 112
dapsone . . . 58
DAPTACEL . . . 147
daptomycin . . . 37
darunavir . . . 90
dasatinib . . . 65,66
dasetta 1/35 . . . 132
dasetta 7/7/7 . . . 132
DAURISMO . . . 66
daysee . . . 132
deblitane . . . 138
deferasirox . . . 122
DELSTRIGO . . . 88
delyla . . . 132
DENGVAXIA . . . 147
DEPO-SUBQ PROVERA 104 . . . 138
depo-testosterone . . . 130
DERMOTIC . . . 163
DESCOVY . . . 89
desipramine hcl . . . 53
desmopressin ace spray refrig . . . 130
desmopressin acetate . . . 130
desmopressin acetate pf . . . 130
desmopressin acetate spray . . . 130
desogestrel-ethinyl estradiol . . . 132
desonide . . . 117
desoximetasone . . . 117
desvenlafaxine succinate er . . . 51,52
dexamethasone . . . 129
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID . . . 129
dexamethasone sod phosphate pf . . . 129
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE . . . 129,161
dexmethylphenidate hcl . . . 113
dextroamphetamine sulfate . . . 113
dextrose . . . 121
dextrose in lactated ringers . . . 121
DEXTROSE-NACL . . . 121
dextrose-sodium chloride . . . 121
DIACOMIT . . . 44
diazepam . . . 46,93
diazepam intensol . . . 93
diazoxide . . . 96
diclofenac potassium . . . 31
diclofenac sodium . . . 31,161
diclofenac sodium er . . . 31
dicloxacillin sodium . . . 40
dicyclomine hcl . . . 124
DIFICID . . . 42
diflunisal . . . 31
difluprednate . . . 161
digox . . . 103
digoxin . . . 103
dihydroergotamine mesylate . . . 57
DILANTIN . . . 47
dilt-xr . . . 105
diltiazem hcl . . . 105
diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule . . . 105
diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule . . . 105

diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule 105
diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule 106
diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule 106
diltiazem hcl er 106
diltiazem hcl er beads 106
dimethyl fumarate 115
dimethyl fumarate starter pack 115
diphenoxylate-atropine 124
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 124
dipyridamole 101
disulfiram 35
divalproex sodium 44
divalproex sodium er 44
dofetilide 103
donepezil hcl 49
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg 49
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg 49
dorzolamide hcl 162
dorzolamide hcl-timolol mal 159
dorzolamide hcl-timolol mal pf 160
dotti 132
DOVATO 87
doxazosin mesylate 102
doxepin hcl 53
doxercalciferol 151
doxy 100 43
doxycycline hyclate 43
doxycycline monohydrate 43
DRIZALMA SPRINKLE 114,115
dronabinol 54
DROPLET INSULIN SYRINGE 153
DROPLET MICRON 153
DROPLET PEN NEEDLES 153
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO 154
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 154
drospirenone-ethinyl estradiol 132
DROXIA 126
droxidopa 102
duloxetine hcl 115
DUPIXENT 143
dutasteride 128
dutasteride-tamsulosin hcl 128

E

e.e.s. 400 42
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 154
EASY COMFORT PEN NEEDLES 154
EASY TOUCH INSULIN BARRELS 154
ec-naproxen 31
econazole nitrate 55
EDURANT PED 88
efavirenz 88
efavirenz-emtricitab-tenofo df 88
efavirenz-lamivudine-tenofovir 88
ELAPRASE 126
elinest 132
ELIQUIS 98
ELIQUIS (1.5 MG PACK) 98
ELIQUIS (2 MG PACK) 98
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 98
eltrombopag olamine 100
eluryng 132
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 154
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT 154
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 154
EMBECTA INSULIN SYRINGE 154
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 154
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 154
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F 155
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 155
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 155

EMBECTA PEN NEEDLE U/F . . . 155
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 155
EMBRACE PEN NEEDLES . . . 155
EMGALITY . . . 57
EMGALITY (300 MG DOSE) . . . 57
EMSAM . . . 51
emtricitab-rilpivir-tenofov df . . . 88
emtricitabine . . . 89
emtricitabine-tenofovir df . . . 89
EMTRIVA . . . 89
emzahh . . . 138
enalapril maleate . . . 103
enalapril-hydrochlorothiazide . . . 107
ENBREL . . . 145
ENBREL MINI . . . 145
ENBREL SURECLICK . . . 145
endocet . . . 33
ENGERIX-B . . . 147
enilloring . . . 132
ENOBY . . . 151
enoxaparin sodium . . . 99
enpresse-28 . . . 132
ENSACOVE . . . 63
enskyce . . . 132
entacapone . . . 79
entecavir . . . 87
ENTYVIO PEN . . . 143
enulose . . . 123
ENVARSUS XR . . . 145
EPIDIOLEX . . . 44
epinephrine . . . 165
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK) . . . 166
epitol . . . 47
eplerenone . . . 109
ERGOLOID MESYLATES . . . 49
ERGOTAMINE-CAFFEINE . . . 57
ERIVEDGE . . . 66
ERLEADA . . . 60
erlotinib hcl . . . 66
errin . . . 138
ertapenem sodium . . . 41
ERY . . . 120
erythrocin lactobionate . . . 42
erythromycin . . . 120,161
erythromycin base . . . 42
erythromycin ethylsuccinate . . . 42
erythromycin lactobionate . . . 42
ERZOFRI . . . 82
escitalopram oxalate . . . 52
eslicarbazepine acetate . . . 47,48
esomeprazole magnesium . . . 125,126
estarylla . . . 132
estradiol . . . 132,133
estradiol valerate . . . 133
ESTRING . . . 133
estrogens conjugated . . . 133
eszopiclone . . . 170
ethambutol hcl . . . 58
ethosuximide . . . 45
ethynodiol diac-eth estradiol . . . 133
etodolac . . . 31
etodolac er . . . 31
etonogestrel-ethinyl estradiol . . . 133
etravirine . . . 88
EUCRISA . . . 117
EULEXIN . . . 60
euthyrox . . . 139
everolimus . . . 66,145
EVOTAZ . . . 90
exemestane . . . 63
EXXUA . . . 50
EXXUA TITRATION PACK . . . 51
ezetimibe . . . 111
ezetimibe-simvastatin . . . 111

F

falmina . . . 133
famciclovir . . . 92
famotidine . . . 125
FANAPT . . . 82
FANAPT TITRATION PACK A . . . 82
FANAPT TITRATION PACK B . . . 83
FANAPT TITRATION PACK C . . . 83
FARXIGA . . . 112
febuxostat . . . 57
feirza 1.5/30 . . . 133
feirza 1/20 . . . 133
felbamate . . . 44
felodipine er . . . 105
fenofibrate . . . 110
fenofibrate micronized . . . 110
fenofibric acid . . . 110
fentanyl . . . 32
FETZIMA . . . 52
FETZIMA TITRATION . . . 52
fidaxomicin . . . 42
FILSPARI . . . 128
finasteride . . . 128
fingolimod hcl . . . 115
FINTEPLA . . . 44
flecainide acetate . . . 103
fluconazole . . . 56
fluconazole in sodium chloride . . . 56
flucytosine . . . 56
fludrocortisone acetate . . . 129
flunisolide . . . 168
fluocinolone acetonide . . . 118
fluocinolone acetonide body . . . 118
fluocinolone acetonide scalp . . . 118
fluocinonide . . . 118
fluocinonide emulsified base . . . 118
fluorometholone . . . 161
fluorouracil . . . 119
fluoxetine hcl . . . 52
FLUOXETINE HCL . . . 52
fluphenazine decanoate . . . 80
fluphenazine hcl . . . 80
FLURBIPROFEN . . . 31
FLURBIPROFEN SODIUM . . . 161
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL . 168
fluticasone propionate . . . 118,168
fluticasone-salmeterol . . . 168
FLUTICASONE-SALMETEROL . . . 169
fluvastatin sodium . . . 110
fluvastatin sodium er . . . 110
fluvoxamine maleate . . . 52
FML FORTE . . . 161
fondaparinux sodium . . . 99
fosamprenavir calcium . . . 90
fosfomycin tromethamine . . . 37
fosinopril sodium . . . 103
fosinopril sodium-hctz . . . 108
FOTIVDA . . . 66
FRUZAQLA . . . 62
FULPHILA . . . 100
fulvestrant . . . 61
FUROSEMIDE . . . 109
furosemide . . . 109
fyavolv . . . 133

G

gabapentin . . . 46
galantamine hydrobromide . . . 49
galantamine hydrobromide er . . . 49
gallifrey . . . 138
GAMUNEX-C . . . 142
GARDASIL 9 . . . 147
gauze pads 2 . . . 155
GAVILYTE-C . . . 125
gavilyte-g . . . 125

gavilyte-n with flavor pack . . . 124
GAVRETO . . . 66
gefitinib . . . 66
gemfibrozil . . . 110
GEMTESA . . . 127
generlac . . . 124
gengraf . . . 145
gentamicin sulfate . . . 36,161
GENVOYA . . . 87
GILOTRIF . . . 66
glatiramer acetate . . . 115
glatopa . . . 115
glimepiride . . . 94
glipizide . . . 94
glipizide er . . . 94
glipizide xl . . . 94
glipizide-metformin hcl . . . 94
glucagon emergency . . . 96
glyburide . . . 94
GLYBURIDE MICRONIZED . . . 94
glyburide-metformin . . . 94
glycopyrrolate . . . 124
GLYXAMBI . . . 95
GNP PEN NEEDLES . . . 155
GOMEKLI . . . 66,67
GOODSENSE ALCOHOL SWABS . . . 155
granisetron hcl . . . 54
griseofulvin microsize . . . 56
griseofulvin ultramicrosize . . . 56
guanfacine hcl . . . 102
guanfacine hcl er . . . 113

H

HADLIMA . . . 145
HADLIMA PUSHTOUCH . . . 145,146
HAEGARDA . . . 142
hailey 1.5/30 . . . 133
hailey fe 1.5/30 . . . 133
hailey fe 1/20 . . . 133
halobetasol propionate . . . 118
haloette . . . 133
haloperidol . . . 80
haloperidol decanoate . . . 81
haloperidol lactate . . . 81
HAVRIX . . . 147,148
heather . . . 138
heparin sodium (porcine) . . . 99
heparin sodium (porcine) pf . . . 99
HEPLISAV-B . . . 148
HERNEXEOS . . . 67
HIBERIX . . . 148
HIZENTRA . . . 142
HUMALOG . . . 97
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN . . . 97
HUMALOG KWIKPEN . . . 97
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN . . . 97
HUMALOG MIX 75/25 . . . 97
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN . . . 97
HUMULIN 70/30 . . . 97
HUMULIN 70/30 KWIKPEN . . . 97
HUMULIN N . . . 97
HUMULIN N KWIKPEN . . . 97
HUMULIN R . . . 97
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) . . . 97
HUMULIN R U-500 KWIKPEN . . . 97
hydralazine hcl . . . 112
hydrochlorothiazide . . . 110
hydrocodone-acetaminophen . . . 33
hydrocortisone . . . 118,150
hydrocortisone (perianal) . . . 118
hydrocortisone butyrate . . . 118
hydrocortisone-acetic acid . . . 163
hydromorphone hcl . . . 33,34
hydroxychloroquine sulfate . . . 78
hydroxyurea . . . 62
hydroxyzine hcl . . . 164

hydroxyzine pamoate 164
HYRNUO 67

I

ibandronate sodium 151
IBRANCE 67
IBTROZI 67
ibu 31
ibuprofen 31
icatibant acetate 142
iclevia 133
ICLUSIG 67
icosapent ethyl 111
IDHIFA 67
IDVYNSO 90
ILEVRO 161
imatinib mesylate 67
IMBRUVICA 67,68
imipenem-cilastatin 41
imipramine hcl 53
imiquimod 119
IMKELDI 68
IMOVAX RABIES 148
IMPAVIDO 78
incassia 138
INCRELEX 130
INCRUSE ELLIPTA 165
indapamide 110
indomethacin 31
INFANRIX 148
INLURIYO 61
INLYTA 68
INQOVI 62
INREBIC 68
INSULIN LISPRO 97
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 97
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 97
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO 98
INSULIN PEN NEEDLES 155
INSULIN PEN NEEDLES 155
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 155
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 155
INSULIN SYRINGE 1 ML 155
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 156
INSUPEN PEN NEEDLES 156
INSUPEN32G EXTR3ME 156
INTELENCE 88
INTRALIPID 156
introvale 133
INVEGA HAFYERA 83
INVEGA SUSTENNA 83
INVEGA TRINZA 83
IPOL 148
ipratropium bromide 165
ipratropium bromide hfa 165
ipratropium-albuterol 169
irbesartan 102
irbesartan-hydrochlorothiazide 108
ISENTRESS 87
ISENTRESS HD 87
isibloom 133
isoniazid 58
isopropyl alcohol 119
isopropyl alcohol wipes 119
isosorbide dinitrate 112
isosorbide mononitrate 112
isosorbide mononitrate er 112
isotretinoin 116
isradipine 105
ITOVEBI 68
itraconazole 56
ivabradine hcl 108
ivermectin 78
IWILFIN 62
IXIARO 148

J

jaimiess....133
JAKAFI....68
JAKAFI XR....68
jantoven....99
JARDIANCE....112
jasmiel....133
JAYPIRCA....68
jencycla....138
JENTADUETO....95
JENTADUETO XR....95
JIDEYTRO....68
jinteli....133
jolessa....133
joyeaux....134
JUBBONTI....151
juleber....134
JULUCA....87
junel 1.5/30....134
junel 1/20....134
junel fe 1.5/30....134
junel fe 1/20....134
JYNNEOS....148

K

KALETRA....90
kalliga....134
KALYDECO....166
kariva....134
kcl in dextrose-nacl....121
KCL-LACTATED RINGERS-D5W....121
kelnor 1/35....134
kelnor 1/50....134
KERENDIA....95
ketoconazole....56
ketorolac tromethamine....161
KINERET....143
KINRIX....148
kionex....123
KISQALI (200 MG DOSE)....69
KISQALI (400 MG DOSE)....69
KISQALI (600 MG DOSE)....69
klayesta....56
klor-con....121
klor-con 10....121
klor-con m10....121
klor-con m15....121
klor-con m20....121
KLOXXADO....35
KOMZIFTI....69
KOSELUGO....69
kourzeq....116
KRAZATI....69
kurvelo....134

L

l-glutamine....127
labetalol hcl....104
lacosamide....48
lactated ringers....121,156
lactulose....124
lactulose encephalopathy....124
LAGEVRIO....92
lamivudine....87,89
lamivudine-zidovudine....89
lamotrigine....44
lansoprazole....126
LANTUS....98
LANTUS SOLOSTAR....98
lapatinib ditosylate....69
larin 1.5/30....134
larin 1/20....134
larin fe 1.5/30....134
larin fe 1/20....134
latanoprost....162

LAZCLUZE 63
LEDERLE LEUCOVORIN 62
leena 134
leflunomide 146
lenalidomide 60
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 69
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 69
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 69
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 70
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 70
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 70
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 70
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 70
LEQEMBI IQLIK 49
LEQEMBI IQLIK (500 MG DOSE) 49
lessina 134
letrozole 63
leucovorin calcium 62
LEUKERAN 59
LEUKINE 100
leuprolide acetate 140
levalbuterol hcl 166
LEVALBUTEROL TARTRATE 166
levetiracetam 44
levetiracetam er 44
levo-t 139
LEVOBUNOLOL HCL 162
levocarnitine 127
levocetirizine dihydrochloride 164
levofloxacin 42
LEVOFLOXACIN 161
levofloxacin in d5w 42
levonest 134
levonorg-eth estrad triphasic 134
levonorgest-eth estrad 91-day 134
levonorgest-eth estradiol-iron 134
levonorgestrel-ethinyl estrad 134
levora 0.15/30 (28) 135
levothyroxine sodium 140
levoxyl 140
lidocaine 35
lidocaine hcl 35
lidocaine viscous hcl 35
lidocaine-prilocaine 35
lidocan 35
LIFYORLI (125 MG DOSE) 70
LIFYORLI (150 MG DOSE) 70
LILETTA (52 MG) 138
lincomycin hcl 37
linezolid 37
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 38
LINZESS 124
liothyronine sodium 140
lisinopril 103
lisinopril-hydrochlorothiazide 108
lithium 93
lithium carbonate 94
lithium carbonate er 94
LIVTENCITY 86
lo-zumandimine 135
loestrin 1.5/30 (21) 135
loestrin 1/20 (21) 135
loestrin fe 1.5/30 135
loestrin fe 1/20 135
lojaimiess 135
LOKELMA 123
lomustine 59
LONSURF 62
loperamide hcl 124
lopinavir-ritonavir 90
lorazepam 93
lorazepam intensol 93
LORBRENA 70
loryna 135
losartan potassium 102
losartan potassium-hctz 108

loteprednol-tobramycin . . . 160
lovastatin . . . 110
low-ogestrel . . . 135
loxapine succinate . . . 81
lubiprostone . . . 124
luizza 1.5/30 . . . 135
luizza 1/20 . . . 135
LUMAKRAS . . . 70
LUPRON DEPOT (1-MONTH) . . . 140
LUPRON DEPOT (3-MONTH) . . . 140
LUPRON DEPOT (4-MONTH) . . . 141
LUPRON DEPOT (6-MONTH) . . . 141
lurasidone hcl . . . 84
lutera . . . 135
LYBALVI . . . 51
lyleq . . . 138
lyllana . . . 135
LYNPARZA . . . 70
LYSODREN . . . 62
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) . . . 71
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) . . . 71
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) . . . 71
lyza . . . 138

M

M-M-R II . . . 148
macitentan . . . 167
magnesium sulfate . . . 121
malathion . . . 120
maraviroc . . . 90
marlissa . . . 135
MARPLAN . . . 51
MATULANE . . . 59
matzim la . . . 106
MAVYRET . . . 87
meclizine hcl . . . 54
medpura alcohol pads . . . 119
medroxyprogesterone acetate . . . 138
mefloquine hcl . . . 78
megestrol acetate . . . 139
MEKINIST . . . 71
MEKTOVI . . . 71
meleya . . . 139
meloxicam . . . 32
memantine hcl . . . 50
memantine hcl er . . . 50
MENEST . . . 135
MENQUADFI . . . 148
MENVEO . . . 148
mercaptopurine . . . 61
meropenem . . . 41
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE . . . 41
mesalamine . . . 150
mesalamine er . . . 150
mesna . . . 77
metformin hcl . . . 95
metformin hcl er . . . 95
methadone hcl . . . 32
methazolamide . . . 162
methenamine hippurate . . . 38
methergine . . . 156
methimazole . . . 141
methocarbamol . . . 169
METHOTREXATE SODIUM . . . 146
methotrexate sodium . . . 146
methotrexate sodium (pf) . . . 146
METHOXSALEN RAPID . . . 119
methscopolamine bromide . . . 124
methsuximide . . . 45
METHYLDOPA . . . 102
methylergonovine maleate . . . 156
methylphenidate hcl . . . 113,114
methylphenidate hcl er . . . 114
methylprednisolone . . . 129
methylprednisolone acetate . . . 129
methylprednisolone sodium succ . . . 129

metoclopramide hcl 54
metolazone 110
metoprolol succinate er 104
metoprolol tartrate 104
metoprolol-hydrochlorothiazide 108
metronidazole 38
metyrosine 108
mexiletine hcl 103
micafungin sodium 56
MICONAZOLE 3 56
microgestin 1.5/30 135
microgestin 1/20 135
microgestin fe 1.5/30 135
microgestin fe 1/20 135
midodrine hcl 102
mifepristone 141
mili 135
minocycline hcl 43
minoxidil 112
minzoya 135
mirtazapine 51
misoprostol 125
modafinil 170
MODEYSO 62
moexipril hcl 103
MOLINDONE HCL 81
mometasone furoate 118
mondoxyne nl 43
mono-linyah 135
montelukast sodium 164
morphine sulfate 34
morphine sulfate (concentrate) 34
morphine sulfate er 32,33
MOUNJARO 95
MOVANTIK 124
moxifloxacin hcl 42,161
MOXIFLOXACIN HCL 42
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 161
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL 42
MRESVIA 148
MULTAQ 103
mupirocin 120
mycophenolate mofetil 146
mycophenolate mofetil hcl 146
mycophenolate sodium 146
mycophenolic acid 146
MYRBETRIQ 127

N

na sulfate-k sulfate-mg sulf 124
nabumetone 32
nadolol 104
nafcillin sodium 40
NAGLAZYME 127
naloxone hcl 36
naltrexone hcl 36
naproxen 32
naproxen dr 32
naproxen sodium 32
naratriptan hcl 57
NATACYN 161
nateglinide 95
NAYZILAM 35
nebivolol hcl 104
necon 0.5/35 (28) 136
NEFAZODONE HCL 52
neo-polycin 160
neo-polycin hc 160
neomycin sulfate 36
neomycin-bacitracin zn-polymyx 160
neomycin-polymyxin-dexameth 160
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN . 160
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 160
neomycin-polymyxin-hc 163
NERLYNX 71
nevirapine 88

NEVIRAPINE 88
nevirapine er 88
NEXPLANON 139
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 111
niacin er (antihyperlipidemic) 111
NIACOR 111
nicardipine hcl 105
NICOTROL NS 36
nifedipine er 105
nifedipine er osmotic release 105
nikki 136
nilotinib hcl 71
nilutamide 60
nimodipine 105
NINLARO 71
nintedanib esylate 167
nitazoxanide 78
nitisinone 127
nitro-bid 112
nitrofurantoin macrocrystal 38
nitrofurantoin monohyd macro 38
nitroglycerin 112
NIVESTYM 100
NIZATIDINE 125
nora-be 139
norelgestromin-eth estradiol 136
norethin ace-eth estrad-fe 136
norethin-eth estradiol-fe 136
norethindrone 139
norethindrone acet-ethinyl est 136
norethindrone acetate 139
norethindrone-eth estradiol 136
norgestim-eth estrad triphasic 136
norgestimate-eth estradiol 136
norlyroc 139
nortrel 0.5/35 (28) 136
nortrel 1/35 (21) 136
nortrel 1/35 (28) 136
nortrel 7/7/7 136
nortriptyline hcl 53
NORVIR 91
NovoFine 32G X 6 MM MISC 156
NOVOLIN R FLEXPEN 98
NOVOLIN R FLEXPEN RELION 98
NUBEQA 60
NUCALA 169
NUPLAZID 84
NURTEC 57
NUTRILIPID 156
nyamyc 56
nylia 1/35 136
nylia 7/7/7 136
nystatin 56
nystatin-triamcinolone 119
nystop 56

O

ocella 136
octreotide acetate 141
OCTREOTIDE ACETATE 141
ODEFSEY 88
ODOMZO 71
OFEV 167
ofloxacin 161,163
OGSIVEO 71
OJEMDA 72
OJJAARA 62
olanzapine 84
olmesartan medoxomil 102
olmesartan medoxomil-hctz 108
olmesartan-amlodipine-hctz 108
omega-3-acid ethyl esters 111
omeprazole 126
OMNITROPE 125,130
ondansetron 55
ONDANSETRON HCL 55

ondansetron hcl 55
ONUREG 61
OPIPZA 84
OPVEE 156
oralone 116
ORGOVYX 141
orquidea 139
ORSERDU 60
oseltamivir phosphate 91
OSPHENA 139
OTEZLA 119,143
OTEZLA XR 119
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK 143
oxaprozin 32
oxcarbazepine 48
oxybutynin chloride 127
oxybutynin chloride er 127
oxycodone hcl 34
oxycodone-acetaminophen 34
OZEMPIC 95
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 95
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 95
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 95

P

pacerone 103,104
paliperidone er 84
PANRETIN 77
pantoprazole sodium 126
paricalcitol 151
paroxetine hcl 52
PAROXETINE HCL 52
paroxetine hcl er 52
PAXLOVID (150/100) 92
PAXLOVID (300/100 & 150/100) 92
PAXLOVID (300/100) 92
pazopanib hcl 72
PAZOPANIB HCL 72
PEDIARIX 148
PEDVAXHIB 148
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 124
peg-3350/electrolytes 125
PEGASYS 144,145
PEMAZYRE 72
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP 156
PEN NEEDLES 156
PENBRAYA 156
penicillamine 128
penicillin g potassium 41
PENICILLIN G SODIUM 41
penicillin v potassium 41
PENMENVY 148
PENTACEL 148
pentamidine isethionate 78
pentoxifylline er 108
perampanel 44
PERINDOPRIL ERBUMINE 103
periogard 116
permethrin 120
perphenazine 54
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 51
PERSERIS 84
pfizerpen 41
PHENELZINE SULFATE 51
phenobarbital 46
phenytek 48
phenytoin 48
phenytoin infatabs 48
phenytoin sodium extended 48
philith 136
PIFELTRO 88
pilocarpine hcl 116,162
pimozide 81
pimtrea 136
pindolol 104
pioglitazone hcl 95

pioglitazone hcl-glimepiride 95
pioglitazone hcl-metformin hcl 95
piperacillin sod-tazobactam so 41
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 72
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 72
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 72
pirfenidone 167,168
PIRFENIDONE 168
piroxicam 32
PNV 27-CA/FE/FA 121
podofilox 119
polycin 160
polymyxin b-trimethoprim 161
pomalidomide 60
POMALYST 60
portia-28 136
posaconazole 56
potassium chloride 121
potassium chloride crys er 122
potassium chloride er 122
potassium chloride in dextrose 122
potassium chloride in nacl 122
potassium citrate er 122
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 122
pramipexole dihydrochloride 79
prasugrel hcl 101
pravastatin sodium 110
praziquantel 78
prazosin hcl 102
prednisolone 129
prednisolone acetate 162
prednisolone sodium phosphate 129
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE . 162
prednisone 129
PREDNISONE 129
PREDNISONE INTENSOL 129
pregabalin 115
PREMARIN 136
PREMASOL 122
PREMIUM LIDOCAINE 35
prenatal vitamins 122
PRETOMANID 59
prevalite 111
PREVYMIS 86
PREZCOBIX 91
PREZCOBIX PED 91
PREZISTA 91
primaquine phosphate 78
primidone 46
PRIORIX 148
PRO COMFORT ALCOHOL 156
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 156
probenecid 57
prochlorperazine 54
prochlorperazine maleate 54
procto-med hc 118
proctosol hc 118
proctozone-hc 118
progesterone 139
PROGRAF 146
promethazine hcl 54,164
propafenone hcl 104
propranolol hcl 104
PROPRANOLOL HCL 105
propranolol hcl er 105
propylthiouracil 141
PROQUAD 148
protriptyline hcl 53
PULMOZYME 166
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE . 156
pyrazinamide 59
pyridostigmine bromide 58
pyridostigmine bromide er 58
pyrimethamine 79

Q

qc alcohol . . . 119
QINLOCK . . . 62
QUADRACEL . . . 148
quetiapine fumarate . . . 84
quetiapine fumarate er . . . 84
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE . . . 157
quinapril hcl . . . 103
quinapril-hydrochlorothiazide . . . 108
QUINIDINE SULFATE . . . 104
quinine sulfate . . . 79
QVAR REDIHALER . . . 164

R

ra isopropyl alcohol wipes . . . 120
RABAVERT . . . 148
rabeprazole sodium . . . 126
RALDESY . . . 52
raloxifene hcl . . . 139
raltegravir potassium . . . 88
ramelteon . . . 170
ramipril . . . 103
ranolazine er . . . 108
rasagiline mesylate . . . 80
reclipsen . . . 137
RECOMBIVAX HB . . . 148
RELENZA DISKHALER . . . 91
repaglinide . . . 95
REPATHA . . . 111
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM . . . 111
REPATHA SURECLICK . . . 111
RESTASIS . . . 160
RETACRIT . . . 101
RETEVMO . . . 72
REVCOVI . . . 127
REVUFORJ . . . 72
REXULTI . . . 84
REYATAZ . . . 91
REZDIFFRA . . . 140
REZLIDHIA . . . 73
RHOPRESSA . . . 162
RIBAVIRIN . . . 87
ribavirin . . . 87
RIDAURA . . . 143
rifabutin . . . 58
rifampin . . . 59
rifapentine . . . 59
rilpivirine hcl . . . 88
riluzole . . . 114
RIMANTADINE HCL . . . 91
ringers . . . 122
ringers irrigation . . . 157
RINVOQ . . . 143
RINVOQ LQ . . . 143
riociguat . . . 167
risedronate sodium . . . 151
risperidone . . . 85
risperidone microspheres er . . . 85
ritonavir . . . 91
rivaroxaban . . . 99
rivastigmine . . . 49
rivastigmine tartrate . . . 49
rizatriptan benzoate . . . 57
ROCKLATAN . . . 160
roflumilast . . . 166
ROMVIMZA . . . 73
ropinirole hcl . . . 79
ropinirole hcl er . . . 79,80
rosuvastatin calcium . . . 110
ROTARIX . . . 149
ROTATEQ . . . 149
roweepra . . . 44
ROZLYTREK . . . 73
RUBRACA . . . 73
rufinamide . . . 48

RUKOBIA 90
RYBELSUS 96
RYDAPT 73

S

sacubitril-valsartan 108
sajazir 142
SANTYL 120
sapropterin dihydrochloride 127
SCEMBLIX 73
scopolamine 54
SECUADO 85
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 157
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 157
selegiline hcl 80
selenium sulfide 118
SELZENTRY 90
SEREVENT DISKUS 166
sertraline hcl 52
setlakin 137
sevelamer carbonate 123
sharobel 139
SHINGRIX 149
SIGNIFOR 141
sildenafil citrate 167
SILIGENTLE FOAM DRESSING 157
silodosin 128
silver sulfadiazine 120
SIMBRINZA 162
SIMLANDI (1 PEN) 146
SIMLANDI (1 SYRINGE) 146
SIMLANDI (2 PEN) 146
SIMLANDI (2 SYRINGE) 146
simliya 137
simpesse 137
simvastatin 110
sirolimus 147
SIRTURO 59
sitaglip phos-metformin hcl er 96
sitagliptin phos-metformin hcl 96
sitagliptin phosphate 96
SKYRIZI 143
SKYRIZI PEN 143
SMOFLIPID 157
sodium chloride 122
sodium chloride (pf) 122
SODIUM FLUORIDE 122
sodium oxybate 170
sodium phenylbutyrate 127
sodium polystyrene sulfonate 123
solifenacin succinate 128
SOLTAMOX 61
SOMAVERT 141
sorafenib tosylate 73
sotalol hcl 104
sotalol hcl (af) 104
SPIRIVA RESPIMAT 165
spironolactone 109
spironolactone-hctz 108
sprintec 28 137
SPRITAM 45
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 123
sronyx 137
ssd 120
sterile water for irrigation 157
STIOLTO RESPIMAT 169
STIVARGA 73
STREPTOMYCIN SULFATE 36
STRIBILD 88
subvenite 45
SUBVENITE 45
sucralfate 125
SULFACETAMIDE SODIUM 161
sulfacetamide sodium 161
sulfacetamide sodium (acne) 116
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 160

sulfadiazine . . . 43
sulfamethoxazole-trimethoprim . . . 43
sulfasalazine . . . 150
sulfatrim pediatric . . . 43
sulindac . . . 32
sumatriptan . . . 58
sumatriptan succinate . . . 58
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL . . . 58
sunitinib malate . . . 73,74
SUNLENCA . . . 90
SUPER TOUCH INSULIN SYRINGE . . . 157
SUPER TOUCH PEN NEEDLES . . . 157
SURE COMFORT PEN NEEDLES . . . 157
syeda . . . 137
SYMPAZAN . . . 46
SYMTUZA . . . 91
SYNAREL . . . 141
SYNJARDY . . . 96
SYNJARDY XR . . . 96
SYNTHROID . . . 140

T

TABLOID . . . 61
TABRECTA . . . 74
tacrolimus . . . 118,147
tadalafil . . . 128
tadalafil (pah) . . . 167
TAFINLAR . . . 74
TAGRISSO . . . 74
TALZENNA . . . 74
tamoxifen citrate . . . 61
tamsulosin hcl . . . 128
tarina fe 1/20 . . . 137
tarina fe 1/20 eq . . . 137
TARPEYO . . . 129
tasimelteon . . . 170
tazarotene . . . 117
TAZICEF . . . 40
TAZVERIK . . . 74
TDVAX . . . 149
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES . . . 157
telmisartan . . . 102
telmisartan-amlodipine . . . 108
telmisartan-hctz . . . 108
temazepam . . . 170
TENIVAC . . . 149
tenofovir disoproxil fumarate . . . 89
TEPMETKO . . . 74
terazosin hcl . . . 102
terbinafine hcl . . . 56
terconazole . . . 56
teriflunomide . . . 115
teriparatide . . . 151
testosterone . . . 130
testosterone cypionate . . . 130
TESTOSTERONE ENANTHATE . . . 131
tetrabenazine . . . 114
tetracycline hcl . . . 43
THALOMID . . . 60,61
theophylline er . . . 166
thioridazine hcl . . . 81
thiothixene . . . 81
tiadylt er . . . 106
tiagabine hcl . . . 46
TIBSOVO . . . 74
ticagrelor . . . 101
TICOVAC . . . 149
tigecycline . . . 38
timolol maleate . . . 105,162
tinidazole . . . 38
tiotropium bromide . . . 165
TIVICAY . . . 88
TIVICAY PD . . . 88
tizanidine hcl . . . 86
TOBI PODHALER . . . 166
tobramycin . . . 161,166

tobramycin sulfate . . . 37
tobramycin-dexamethasone . . . 160
TOLAK . . . 120
tolterodine tartrate . . . 128
tolterodine tartrate er . . . 128
tolvaptan . . . 123
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE . . . 158
topiramate . . . 45
toremifene citrate . . . 61
torsemide . . . 109
TOUJEO MAX SOLOSTAR . . . 98
TOUJEO SOLOSTAR . . . 98
TPN ELECTROLYTES . . . 122
TRADJENTA . . . 96
tramadol hcl . . . 34
tramadol hcl er . . . 33
tramadol-acetaminophen . . . 34
trandolapril . . . 103
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER . . . 109
tranexamic acid . . . 101
tranylcypromine sulfate . . . 51
travoprost (bak free) . . . 163
trazodone hcl . . . 53
TRECATOR . . . 59
TRELEGY ELLIPTA . . . 169
TREMFYA . . . 143,144
TREMFYA ONE-PRESS . . . 144
TREMFYA PEN . . . 144
TREMFYA-CD/UC INDUCTION . . . 144
TRESIBA . . . 98
TRESIBA FLEXTOUCH . . . 98
tretinoin . . . 77,117
tri-estarylla . . . 137
tri-linyah . . . 137
tri-mili . . . 137
tri-sprintec . . . 137
tri-vylibra . . . 137
triamcinolone acetonide . . . 116,119
triamterene-hctz . . . 109
triazolam . . . 170
triderm . . . 119
trientine hcl . . . 123
TRIENTINE HCL . . . 123
trifluoperazine hcl . . . 81
TRIFLURIDINE . . . 161
trihexyphenidyl hcl . . . 79
TRIKAFTA . . . 166
trimethoprim . . . 38
trimipramine maleate . . . 54
TRINTELLIX . . . 53
TRIUMEQ . . . 89
TRIUMEQ PD . . . 89
trivora (28) . . . 137
trospium chloride . . . 128
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE . . . 158
TRUE COMFORT PEN NEEDLES . . . 158
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES . . . 158
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE . 158
TRULICITY . . . 96
TRUMENBA . . . 149
TRUQAP . . . 74
TUKYSA . . . 74
TURALIO . . . 75
turqoz . . . 137
TWINRIX . . . 149
TYBOST . . . 90
TYENNE . . . 144
TYMLOS . . . 151
TYPHIM VI . . . 149

U

UDENYCA . . . 101
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE . . . 158
ULTRA COMFORT PEN NEEDLES . . . 158
UNIFINE OTC PEN NEEDLES . . . 158
UNIFINE PENTIPS . . . 158

UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 158
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE . 158
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 158
unithroid 140
UPTRAVI 167
ursodiol 125

V

valacyclovir hcl 92
VALCHLOR 120
valganciclovir hcl 87
valproate sodium 45
valproic acid 45
valsartan 102
valsartan-hydrochlorothiazide 109
VALTOCO 10 MG DOSE 46
VALTOCO 15 MG DOSE 47
VALTOCO 20 MG DOSE 47
VALTOCO 5 MG DOSE 47
valtya 1/35 137
VALTYA 1/50 137
vancomycin hcl 38
VANFLYTA 75
VAQTA 149
varenicline tartrate 36
varenicline tartrate (starter) 36
varenicline tartrate(continue) 36
VARIVAX 149
VAXCHORA 149
VELIVET 137
VELSIPITY 144
VENCLEXTA 75
VENCLEXTA STARTING PACK 75
venlafaxine hcl 53
venlafaxine hcl er 53
VEOZAH 114
VEPPANU 61
verapamil hcl 106
VERAPAMIL HCL ER 106
verapamil hcl er 106
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 159
VERIFINE INSULIN SYRINGE 159
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 159
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR 159
VERQUVO 109
VERSACLOZ 86
VERZENIO 75
vestura 137
vienva 137
vigabatrin 47
vigadrone 47
VIGAFYDE 47
vigpoder 47
vilazodone hcl 53
VIMKUNYA 149
viorele 137
VIRACEPT 91
VIREAD 89
VITRAKVI 75
VIVOTIF 149
VIZIMPRO 75
volnea 137
VONJO 77
VOQUEZNA DUAL PAK 125
VOQUEZNA TRIPLE PAK 125
VORANIGO 75,76
voriconazole 56
VOSEVI 87
VOWST 159
VRAYLAR 85
vyfemla 138
vylibra 138
VYZULTA 163

W

warfarin sodium 99

WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE 159
WEGOVY 109
WELIREG 62
WELTRUZA 85
wera 138
WINREVAIR 167
wixela inhub 169
wymzya fe 138
WYOST 151

X

XALKORI 76
XARELTO 99
XARELTO STARTER PACK 100
XATMEP 147
XCOPRI 45,48
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 48
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 48
XDEMVY 160
xelria fe 138
XERMELO 124
XIFAXAN 38
XIGDUO XR 96
XIIDRA 160
XOFLUZA (40 MG DOSE) 91
XOFLUZA (80 MG DOSE) 91
XOLAIR 144
XOSPATA 76
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 76
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 76
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 76
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 76
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 76
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 76
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 77
XTANDI 60
XTRENBO 151
xulane 138

Y

YESINTEK 144
YF-VAX 149
yuvafem 138

Z

zafemy 138
zafirlukast 164
zaleplon 170
ZARXIO 101
ZEJULA 77
ZELBORAF 77
zenatane 117
ZENBEXUS 63
ZENPEP 127
zidovudine 89
ziprasidone hcl 85
ziprasidone mesylate 85
ZIRGAN 161
zoledronic acid 151
ZOLINZA 63
zolpidem tartrate 170
ZONISADE 49
zonisamide 49
zovia 1/35 (28) 138
ZTALMY 47
zumandimine 138
ZURZUVAE 51
ZYDELIG 77
ZYKADIA 77
ZYMFENTRA (1 PEN) 147
ZYMFENTRA (2 PEN) 147
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) 147
ZYPREXA RELPREVV 85

Sa seksyong ito, mahahanap ninyo ang isang gamot sa pamamagitan ng paghahanap ng pangalan nito ayon sa pagkakasunod-sunod sa alpabeto. Makikita ninyo rito ang numero ng pahina kung saan kayo makakakita ng karagdagang impormasyon ng pagsaklaw para sa inyong gamot.

ANALGESICS 31
ANESTHETICS 35
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS 35
ANTIBACTERIALS 36
ANTICONVULSANTS 43
ANTIDEMENTIA AGENTS 49
ANTIDEPRESSANTS 50
ANTIEMETICS 54
ANTIFUNGALS 55
ANTIGOUT AGENTS 57
ANTIMIGRAINE AGENTS 57
ANTIMYASTHENIC AGENTS 58
ANTIMYCOBACTERIALS 58
ANTINEOPLASTICS 59
ANTIPARASITICS 78
ANTIPARKINSON AGENTS 79
ANTIPSYCHOTICS 80
ANTISPASTICITY AGENTS 86
ANTIVIRALS 86
ANXIOLYTICS 92
BIPOLAR AGENTS 93
BLOOD GLUCOSE REGULATORS 94
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS 98
CARDIOVASCULAR AGENTS 101
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS 113
DENTAL AND ORAL AGENTS 116
DERMATOLOGICAL AGENTS 116
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS 121
GASTROINTESTINAL AGENTS 123
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT . 126
GENITOURINARY AGENTS 127
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL) 128
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY) 130
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS) 130

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID) 139
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY) 140
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID) 141
IMMUNOLOGICAL AGENTS 142
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS 150
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS 150
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS 151
OPHTHALMIC AGENTS 159
OTIC AGENTS 163
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS 163
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS 169
SLEEP DISORDER AGENTS 170

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 أ ضا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل 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
ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ

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

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

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

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

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

ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-800-452-4413** (**TTY:711**)។
សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

مطلب به زبان فارسی ((Persian (Farsi)

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

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

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

Русский слоган (Russian)

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

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

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.

ABISO NG HINDI PANDIDISKRIMINA

Labag sa batas ang pandidiskrimina. Sumusunod ang Blue Shield of California sa mga batas ng Estado at Pederal na batas sa karapatang sibil. Ang Blue Shield of California ay hindi nandidiskrimina nang labag sa batas, nagsasantabi ng mga tao, o kaya naman ay nag-iiba ng pakikitungo sa kanila dahil sa kasarian, lahi, kulay, relihiyon, lipi, bansang pinagmulan, kinikilalang pangkat etniko, edad, kapansanan sa pag-iisip, kapansanan sa katawan, medikal na kundisyon, genetic na impormasyon, katayuan sa pag-aasawa, kinikilalang kasarian, o sekswal na oryentasyon.

Ang Blue Shield of California ay nagbibigay ng:

» Mga libreng tulong at serbisyo na ibinibigay sa tamang oras sa mga taong may mga kapansanan upang matulungan silang makipag-ugnayan nang mas maayos, tulad ng:
  - Mga kwalipikadong interpreter ng sign language
  - Nakasulat na impormasyon sa ibang format (malaking titik, audio, naa-access na electronic na format, iba pang format)

» Mga libreng serbisyo sa wika na ibinibigay sa tamang oras para sa mga taong hindi Ingles ang pangunahing wika, tulad ng:
  - Mga kwalipikadong interpreter
  - Impormasyong nakasulat sa ibang wika

» Kung kailangan ninyo ang mga serbisyong ito, makipag-ugnayan sa *Blue Shield of California sa pagitan ng 8 a.m. – 8 p.m., PT, Lunes hanggang Biyernes*. Tawagan ang Pangangalaga sa Customer sa inyong rehiyon:

1-800-452-4413. Kung hindi kayo nakakarinig o nakakapagsalita nang maayos, mangyaring tumawag sa *TTY:711*. Kapag hiniling, maibibigay sa inyo ang dokumentong ito sa braille, malaking titik, audiocassette, o elektronic na form. Upang makakuha ng kopya sa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tumawag o sumulat sa:

Blue Shield of California

601 12th Street

Oakland, CA 94607-3613

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

PAANO MAGHAIN NG KARAINGAN

Kung naniniwala kayong hindi naibigay ng Blue Shield of California ang mga serbisyong ito, o nandiskrimina ito nang labag sa batas sa ibang paraan batay sa kasarian, lahi, kulay, relihiyon, lipi, bansang pinagmulan, kinikilalang pangkat etniko, edad, kapansanan sa pag-iisip, kapansanan sa katawan, medikal na kundisyon, genetic na impormasyon, katayuan sa pag-aasawa, kinikilalang kasarian, o sekswal na oryentasyon, maaari kayong maghain ng karaingan sa Tagaayos ng Mga Karapatang Sibil ng Blue Shield of California. Maaari kayong maghain ng karaingan sa pamamagitan ng pagtawag sa telepono, pagsulat, sa personal, o electronic na paraan:

- » Sa pamamagitan ng pagtawag sa telepono: Makipag-ugnayan sa Tagaayos ng Mga Karapatang Sibil ng Blue Shield of California sa pagitan ng 8 a.m. - 8 p.m., Lunes – Biyernes sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-776-4466. O kaya, kung hindi kayo nakakarinig o nakakapagsalita nang maayos, mangyaring tumawag sa TTY/TDD 711.
- » Sa pamamagitan ng pagsulat: Magsagot ng form ng reklamo o magsulat ng liham at ipadala ito sa:

Blue Shield of California Civil Rights Coordinator, Medicare Appeals & Grievance, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91367 or email Appeal&GrievanceResol@blueshieldca.com.

- » Sa personal: Pumunta sa tanggapan ng inyong doktor o sa Blue Shield of California at sabihing gusto ninyong maghain ng karaingan.
- » Sa electronic na paraan: Bisitahin ang website ng Blue Shield of California sa blueshieldca.com.

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES NG CALIFORNIA (CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)

Maaari din kayong maghain ng reklamo tungkol sa mga karapatang sibil sa Office of Civil Rights ng Department of Health and Human Services ng California sa pamamagitan ng pagtawag, pagsulat, o sa electronic na paraan:

- » Sa pamamagitan ng pagtawag sa telepono: Tumawag sa 916-440-7370. Kung hindi kayo nakakarinig o nakakapagsalita nang maayos, pakitawagan ang 711 (Telecommunications Relay Service).
- » Sa pamamagitan ng pagsulat: Punan ang form ng reklamo o magpadala ng liham sa:

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

Available ang mga form ng reklamo sa http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- » Sa electronic na paraan: Magpadala ng email sa CivilRights@dhcs.ca.gov.

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES NG U.S. (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)

Kung naniniwala kayong nadiskrimina kayo batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan, o kasarian, maaari din kayong maghain ng reklamo tungkol sa mga karapatang sibil sa Office for Civil Rights ng Department of Health and Human Services ng U.S. sa pamamagitan ng pagtawag, pagsulat, o sa electronic na paraan:

- Sa pamamagitan ng pagtawag sa telepono: Tumawag sa 1-800-368-1019. Kung hindi kayo nakakarinig o nakakapagsalita nang maayos, pakitawagan ang TTY/TDD 1-800-537-7697.
- Sa pamamagitan ng pagsulat: Punan ang form ng reklamo o magpadala ng liham sa:

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

Available ang mga form ng reklamo sa http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

- Sa electronic na paraan: Bisitahin ang Complaint Portal ng Office for Civil Rights sa https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf.

Na-update ang *Listahan ng Gamot* na ito noong 10/23/2026 .

Para sa higit pang kamakailang impormasyon o iba pang tanong, makipag-ugnayan sa amin sa (800) 452-4413 (TTY:711), 8 a.m. hanggang 8 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo o bisitahin ang blueshieldca.com/medformulary2027.