



Medicare خطة Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP) Medi-Cal لعام 2026 قائمة العقاقير المغطاة (قائمة العقاقير أو كتيب الوصفات الطبية)

يرجى القراءة: تحتوي هذه الوثيقة على معلومات حول الأدوية التي نغطيها في هذه الخطة

رقم تعريف كتيب الوصفات الطبية 26258 ، الإصدار 19

تم تحديث قائمة العقاقير في يوم 03/24/2026 .

للحصول على معلومات أحدث أو لأي استفسارات أخرى، اتصل بنا على (711) (TTY: 452-4413 (800))، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام في الأسبوع، أو قم بزيارة [blueshieldca.com/medformulary2026](https://www.blueshieldca.com/medformulary2026).

H2819_25_357A_C Approved 08202025

A55568EAE-AR (03/26)

إن كانت لديك أية أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (800) 452-4413 (TTY: 711)، من 8 صباحًا حتى 8 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة [blueshieldca.com/medformulary2026](https://www.blueshieldca.com/medformulary2026).

03/24/2026



تعرف هذه الوثيقة بقائمة العقاقير المغطاة (تعرف كذلك بقائمة العقاقير). تعرفك بأنواع العقاقير التي تغطيها Blue Shield TotalDual Plan. تعرفك قائمة العقاقير كذلك إن كانت هناك أية قواعد أو قيود خاصة على أية عقاقير تغطيها Blue Shield TotalDual Plan. تظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها في الفصل الأخير من دليل الأعضاء.

جدول المحتويات

iv	A. إخلاءات المسؤولية.....
xiv	B. الأسئلة الشائعة (FAQ)
xiv	B1. ما العقاقير الموصوفة الواردة ضمن قائمة العقاقير المغطاة؟ (نحن نطلق على قائمة العقاقير المغطاة اختصارًا باسم "قائمة العقاقير").
xiv	B2. هل تخضع قائمة العقاقير للتغيير؟
xv	B3. ماذا يحدث عند حدوث تغيير قائمة العقاقير؟
xvii	B4. هل هناك أية تغييرات أخرى أو حدود بشأن تغطية العقار أو أية إجراءات مطلوب اتخاذها للحصول على عقاقير محددة؟
xvii	B5. كيف أعرف أن للعقار الذي أربغ به قيودًا أو كانت هناك إجراءات أخرى للحصول على العقار؟
xvii	B6. ماذا يحدث إن قامت Blue Shield TotalDual Plan بتغيير قواعدها بشأن تغطية بعض العقاقير (على سبيل المثال، التصريح المسبق، وحدود الكمية و/أو قيود العلاج المرحلي)؟
xviii	B7. كيف يمكنني أن أجد عقارًا ضمن قائمة العقاقير؟
xviii	B8. ماذا إن لم تكن العقاقير التي أربغ بها ضمن قائمة العقاقير؟
xviii	B9. ماذا إن كنت عضوًا جديدًا بخطة Blue Shield TotalDual Plan ولم أتمكن من العثور على العقار ضمن قائمة العقاقير أو كانت هناك مشكلة في الحصول على العقار الخاص بي؟
xix	B10. هل يمكنني طلب استثناء لتغطية العقار الخاص بي؟
xix	B11. كيف يمكنني طلب استثناء؟
xx	B12. كم سيستغرق الوقت للحصول على استثناء؟
xx	B13. ما العقاقير العامة؟
xx	B14. ما هي المنتجات البيولوجية الأصلية وكيف ترتبط بالعقاقير المماثلة حيويًا؟
xx	B15. هل تغطي Blue Shield TotalDual Plan الإمدادات طويلة الأمد من الوصفات الطبية؟

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (800) 452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة blueshieldca.com/medformulary2026.



- B16. هل يمكنني الحصول على الوصفات الطبية إلى منزلي من الصيدلية المحلية؟ xxi
- B17. ماذا عن المدفوعات المشتركة؟ xxi
- C. استعراض لقائمة العقاقير المغطاة xxii
- C1. قائمة العقاقير حسب الحالة الطبية xxiii
- D. قائمة العقاقير المغطاة 133

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 452-4413 (800)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة [blueshieldca.com/medformulary2026](https://www.blueshieldca.com/medformulary2026).



A. إخلاءات المسؤولية

فيما يلي قائمة بالعقاقير التي يستطيع الأعضاء الحصول عليها من خطة Blue Shield TotalDual Plan.

❖ Blue Shield of California هي خطة HMO D-SNP متعاقدة مع Medicare ومتعاقدة مع California State Medicaid Program (برنامج Medicaid لولاية كاليفورنيا). التسجيل في Blue Shield of California يعتمد على تجديد التعاقد.

❖ يمكنك دائماً التحقق من قائمة العقاقير المغطاة المحدثة الخاصة بـ Blue Shield TotalDual Plan عبر الإنترنت على blueshieldca.com/medformulary2026 أو بالاتصال على (800) 452-4413 (TTY:711). الاتصال مجاني.

❖ Blue Shield of California هي عضو مستقل في Blue Shield Association.

❖ يمكنك الحصول على هذه الوثيقة مجاناً بتنسيقات أخرى، مثل الملفات المطبوعة بحجم كبير أو برايل للمكفوفين أو الملفات الصوتية. اتصل على أرقام الهواتف الموجودة في تذييل هذه الوثيقة. الاتصال مجاني.

❖ 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。 تمتثل الشركة لقوانين الولاية المعمول بها وقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية ولا تميز أو تستبعد الأشخاص أو تعاملهم بشكل مختلف على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو هوية المجموعة الإثنية أو الحالة الطبية أو المعلومات الجينية أو النسب أو الدين أو الجنس أو الحالة الاجتماعية أو النوع الاجتماعي أو الهوية الجنسية أو الميل الجنسي أو العمر أو الإعاقة العقلية أو الإعاقة الجسدية.

❖ هذه الوثيقة متوفرة مجاناً باللغة الإنجليزية، والإسبانية، والعربية، والأرمنية، والصينية المبسطة، والصينية التقليدية، والفارسية، والخميرية (الكمبودية)، والكورية، والروسية، والتاغالوغية، والفيتنامية.

يُتبع هذا القسم في الصفحة التالية

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (800) 452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة blueshieldca.com/medformulary2026.



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

الشعار بالعربية (Arabic)

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

Հայերեն պիտակ (Armenian)

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

يُتبع هذا القسم في الصفحة التالية

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (800) 452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة blueshieldca.com/medformulary2026.



简体中文标语 (Chinese)

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

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

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

يُتبع هذا القسم في الصفحة التالية

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (800) 452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة blueshieldca.com/medformulary2026.



हिंदी टैगलाइन (Hindi)

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

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

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

يُتبع هذا القسم في الصفحة التالية

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (800) 452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة [blueshieldca.com/medformulary2026](https://www.blueshieldca.com/medformulary2026).



日本語表記 (Japanese)

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

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

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

한국어 태그라인 (Korean)

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

يَتَّبِعُ هَذَا الْقِسْمَ فِي الصَّفْحَةِ التَّالِيَةِ

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (800) 452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة [blueshieldca.com/medformulary2026](https://www.blueshieldca.com/medformulary2026).



ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ
1-800-452-4413

(TTY: 711).

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

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

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

يُتبع هذا القسم في الصفحة التالية

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (800) 452-4413 (TTY: 711)،
من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى
زيارة [blueshieldca.com/medformulary2026](https://www.blueshieldca.com/medformulary2026).



ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

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

مطلب به زبان فارسی (Persian (Farsi))

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

يَتَّبِعَ هذا القسم في الصفحة التالية

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (800) 452-4413 (TTY: 711)،
من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى
زيارة [blueshieldca.com/medformulary2026](https://www.blueshieldca.com/medformulary2026).



Русский слоган (Russian)

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

Mensaje en español (Spanish)

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

يُتبع هذا القسم في الصفحة التالية

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (800) 452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة blueshieldca.com/medformulary2026.



Tagalog Tagline (Tagalog)

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

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

يُتبع هذا القسم في الصفحة التالية

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (800) 452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة [blueshieldca.com/medformulary2026](https://www.blueshieldca.com/medformulary2026).



Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (ТТУ: 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 (ТТУ: 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.

- ❖ يمكنك تقديم طلب دائم للحصول على هذه الوثيقة والمراسلات المطلوبة في المستقبل بلغة خلاف الإنجليزية أو في صيغة بديلة (بنط كبير، برايل، صيغة صوتية، إلخ). لإجراء هذا الطلب، يرجى الاتصال بخدمة العملاء لدى Blue Shield TotalDual Plan على الهاتف (TTY: 711) 452-4413 (800)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام في الأسبوع، لتقديم هذا الطلب. ستحفظ خدمة العملاء اللغة والصيغة المفضلة لديك إلى أن تقوم بتحديثها.
- ❖ لإجراء تغيير على طلب دائم لتلقي المراسلات المطلوبة بلغة مفضلة أو بتنسيق بديل، يرجى الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan على (TTY: 711) 452-4413 (800)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام في الأسبوع.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 452-4413 (800)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة blueshieldca.com/medformulary2026.



B. الأسئلة الشائعة (FAQ)

تعرف هنا على إجابة الأسئلة الخاصة بك بشأن قائمة العقاقير المغطاة (قائمة العقاقير). يمكنك قراءة جميع FAQ للتعرف على المزيد، أو ابحث عن سؤال وجواب.

B1. ما العقاقير الموصوفة الواردة ضمن قائمة العقاقير المغطاة؟ (نحن نطلق على قائمة العقاقير المغطاة اختصارًا باسم "قائمة العقاقير").

العقاقير الواردة بقائمة العقاقير التي تبدأ في القسم C هي تلك المغطاة بواسطة Blue Shield TotalDual Plan. تتاح العقاقير في الصيدليات ضمن شبكتنا. تدرج الصيدلية ضمن شبكتنا إن أبرمنا اتفاقًا معها للعمل معنا وتقديم الخدمات. نشير إلى تلك الصيدليات بـ "صيدليات الشبكة".

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

- ستغطي Blue Shield TotalDual Plan جميع العقاقير اللازمة طبياً المشمولة ضمن قائمة العقاقير إذا:
 - صرح طبيبك أو الواصف بحاجتك إلى العقار للتعافي أو المحافظة على صحتك،
 - ووافقت Blue Shield TotalDual Plan على أن العقار ضروريًا لك من الناحية الطبية،
 - وصرفت الوصفة في إحدى صيدليات شبكة خطة Blue Shield TotalDual Plan.
- في بعض الحالات، يجب عليك القيام بشيء قبل أن تتمكن من الحصول على العقار. يرجى مراجعة السؤال رقم B4 لمزيد من المعلومات.

يمكنك أيضاً العثور على قائمة محدثة بالعقاقير التي نغطيها على موقعنا الإلكتروني blueshieldca.com/medformulary2026 أو الاتصال بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة في تذييل هذه الوثيقة.

B2. هل تخضع قائمة العقاقير للتغيير؟

نعم، يجب أن تتبع Blue Shield TotalDual Plan قواعد Medicare و Medi-Cal عند إحداث تغييرات. قد نضيف عقاقير أو نحذفها من قائمة العقاقير طوال العام.

قد نغير كذلك قواعدنا الخاصة بالعقاقير. فعلى سبيل المثال، يمكننا:

- تحديد مدى الحاجة للحصول على موافقة مسبقة للحصول على عقار. (تعد الموافقة المسبقة بمثابة تصريح من Blue Shield TotalDual Plan قبل الحصول على عقار).
- إضافة أو تغيير مقدار العقار الذي يمكنك الحصول عليه (تعرف بحدود الكمية).

يُتبع هذا القسم في الصفحة التالية

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (800) 452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة blueshieldca.com/medformulary2026.



- إضافة أو تغيير قيود العلاج المرحلي الخاصة بالعقار. (يعني العلاج المرحلي أنه يجب عليك تجربة عقار واحد قبل أن نغطي عقارًا آخر).

لمزيد من المعلومات عن قواعد هذه العقاقير، ارجع إلى السؤال B4.

إن كنت تتلقى عقارًا يغطى في بداية السنة، بشكل عام لن نحذف أو نغير تغطية هذا العقار طوال السنة ما لم:

- يظهر عقار جديد أرخص سعرًا بالسوق يحقق نتائج جيدة مثل العقار الوارد ضمن قائمة العقاقير في الوقت الحالي، أو
- عرفنا أن العقار غير آمن، أو
- تم سحب العقار من السوق.

يقدم السؤالان B3 وB6 أدناه مزيدًا من المعلومات عما يحدث عند تغيير قائمة العقاقير.

- يمكنك دائمًا مراجعة قائمة العقاقير المحدثة ضمن Blue Shield TotalDual Plan على الموقع الإلكتروني [blueshieldca.com/medformulary2026](https://www.blueshieldca.com/medformulary2026). يتم نشر التحديثات على قائمة العقاقير على الموقع الإلكتروني كل شهر.
- يمكنك أيضاً الاتصال بخدمة العملاء على أرقام الهواتف الموجودة في تذييل هذه الوثيقة للتحقق من قائمة العقاقير الحالية.

B3. ماذا يحدث عند حدوث تغيير قائمة العقاقير؟

ستسري بعض التغييرات في قائمة العقاقير فوراً. فعلى سبيل المثال:

- استخدام بدائل من بعض الإصدارات الجديدة من العقاقير. قد نحذف عقارًا فوراً من قائمة العقاقير إذ استبدلناه بإصدارات جديدة من ذلك العقار، ولكن تكلفة العقار الجديد ستظل \$0 بالنسبة لك. عندما نضيف إصدارًا جديدًا من عقار ما، قد نقرر كذلك الاحتفاظ بالعقار الذي يحمل اسمًا تجاريًا أو المنتج البيولوجي الأصلي ضمن القائمة ولكن نغير قواعد أو حدود التغطية.
 - من الممكن ألا نخطر قبل أن نجري هذا التغيير، ولكننا سوف نرسل لك المعلومات المتعلقة بالتغيير المحدد الذي ننفذه فور حدوث ذلك.
 - يمكننا إجراء هذه التغييرات فقط إذا كان العقار الذي نضيفه:
 - هو إصدار جديد من دواء يحمل اسم تجاري، أو
 - هو إصدار جديد معين مماثل حيويًا من المنتجات البيولوجية الأصلية في قائمة العقاقير (على سبيل المثال، إضافة عقار مماثل حيويًا قابل للاستبدال يمكن استبداله بمنتج بيولوجي أصلي دون وصفة طبية جديدة).

يُتبع هذا القسم في الصفحة التالية

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) (800) 452-4413، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة [blueshieldca.com/medformulary2026](https://www.blueshieldca.com/medformulary2026).



- قد تكون بعض هذه الأنواع من العقاقير جديدة عليك. لمزيد من المعلومات، ارجع إلى القسم B14.

○ يمكنك أنت أو مزود الخدمة أن تطلب استثناءً من هذه التغييرات. سوف نرسل إليك إخطارًا بالخطوات التي يمكنك اتخاذها لطلب استثناء. لمزيد من المعلومات بشأن الاستثناءات، يرجى الرجوع إلى السؤال B10-B12.

● إزالة العقاقير غير الآمنة والأدوية الأخرى التي تم سحبها من السوق. أحيانًا قد نكتشف أن أحد العقاقير غير آمن أو يُسحب من السوق لسبب آخر. إذا حدث ذلك، قد نقوم بإزالته فورًا من قائمة العقاقير. إذا كنت تتلقى العقار، سنرسل لك إشعارًا بعد إجراء التغيير. كما سيكون طبيبك المعالج على علم بهذا التغيير ويمكنه العمل معك لإيجاد عقار آخر لحالتك.

قد تجري تغييرات أخرى تؤثر على العقاقير التي تتعاطاها. سوف نخطرک مقدّمًا بشأن التغييرات الأخرى على قائمة العقاقير. قد تحدث هذه التغييرات في حالة:

- أصدرت (FDA) Food and Drug Administration (إدارة الغذاء والدواء) توجيهات جديدة أو صدور إرشادات سريرية جديدة بشأن العقار.
 - نحذف دواءً يحمل اسمًا تجاريًا من قائمة العقاقير عند إضافة عقار عام ليس جديدًا في السوق، أو
 - نحذف منتجًا بيولوجيًا أصليًا عند إضافة منتج مماثل حيويًا، أو
 - نغير قواعد التغطية أو الحدود المتعلقة بالعقار الذي يحمل اسمًا تجاريًا.
- عند إجراء هذه التغييرات، فسوف:

- سنخطرک قبل 30 يومًا على الأقل من إجراء التغيير بقائمة العقاقير أو
 - سنبلغك ونرسل إليك حصة تكفيك 30 يومًا من العقار بعد أن تطلب إعادة التزود به.
- سيمنحك ذلك الوقت الكافي للتحدث إلى طبيبك أو واصف العقار. ويمكن أن يساعدوك في تحديد:
- إن كان هناك عقار مماثل ضمن قائمة العقاقير يمكنك تلقيه بشكل بديل أو
 - إن أمكنك طلب استثناء من هذه التغييرات. وللتعرف على المزيد عن الاستثناءات، راجع السؤال B10-B12.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 452-4413 (800)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة [blueshieldca.com/medformulary2026](https://www.blueshieldca.com/medformulary2026).



B4. هل هناك أية تغييرات أخرى أو حدود بشأن تغطية العقار أو أية إجراءات مطلوب اتخاذها للحصول على عقاقير محددة؟

نعم، لبعض العقاقير قواعد أو حدود خاصة بالتغطية بشأن المقدار الذي يمكنك الحصول عليه. وفي بعض الحالات، يجب عليك أو على الطبيب المسؤول عنك أو واصف العقار القيام بأمر قبل الحصول على العقار. فعلى سبيل المثال:

- **تصريح مسبق:** في بعض العقاقير، يجب عليك أو على الطبيب أو واصف العقار الحصول على موافقة من Blue Shield TotalDual Plan قبل تقديم الوصفة الطبية الخاصة بك. التصريح المسبق يختلف عن الإحالة. قد لا تغطي Blue Shield TotalDual Plan تكلفة العقار إذا لم تحصل على تصريح مسبق.
- **حدود الكمية:** في بعض الأحيان، تضع Blue Shield TotalDual Plan حدودًا على كميات العقار التي تحصل عليها.
- **العلاج المرحلي:** في بعض الأحيان، تطلب منك Blue Shield TotalDual Plan إجراء علاج مرحلي. ويعني ذلك أنه يجب عليك تجربة عقاقير وفقًا لترتيب محدد حسب حالتك الصحية. وقد يتوجب عليك تجربة عقار واحد قبل أن نغطي عقارًا آخر. إن رأى واصف الدواء أن العقار الأول لا يجدي نفعًا معك، عندئذ سوف نغطي العقار الثاني.

يمكنك أن تكتشف إن كان للعقار الخاص بك أية اشتراطات إضافية أو حدود من خلال مراجعة الجداول في القسم **C**. يمكنك أيضًا الحصول على مزيد من المعلومات من خلال زيارة موقعنا الإلكتروني على blueshieldca.com/medformulary2026. لقد أرسلنا الوثائق الإلكترونية التي تفسر قيود التصريح المسبق والعلاج المرحلي. يمكنك أن تطلب منا كذلك أن نرسل لك نسخة.

ويمكنك أن تطلب استثناءً من هذه الحدود. سيمنحك ذلك الوقت الكافي للتحدث إلى طبيبك أو واصف العقار. ويستطيعون أن يساعدوك في تحديد إن كان هناك عقار مماثل ضمن قائمة العقاقير يمكنك تلقيه بشكل بديل أو طلب استثناء. راجع الأسئلة B10-B12 للتعرف على المزيد عن الاستثناءات.

B5. كيف أعرف أن للعقار الذي أرغب به قيودًا أو كانت هناك إجراءات أخرى للحصول على العقار؟

الجدول في القسم المعنون "قائمة العقاقير حسب الحالة الطبية" يحتوي على عمود بعنوان "الإجراءات اللازمة أو قيود أو حدود الاستخدام".

B6. ماذا يحدث إن قامت Blue Shield TotalDual Plan بتغيير قواعدها بشأن تغطية بعض العقاقير (على سبيل المثال، التصريح المسبق، وحدود الكمية و/أو قيود العلاج المرحلي)؟

في بعض الحالات، سوف نبلغك مقدمًا إن قمنا بإضافة أو تغيير التصريح المسبق، أو حدود الكمية، و/أو قيود العلاج المرحلي الخاصة بعقار. راجع السؤال B3 لمزيد من المعلومات عن هذا الإخطار المسبق والمواقف التي قد لا نتضمن فيها من إخطارك مقدمًا في حالة تغيير قواعدها الخاصة بالعقاقير المشمولة في قائمة العقاقير.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) (800) 452-4413، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة blueshieldca.com/medformulary2026.



B7. كيف يمكنني أن أجد عقارًا ضمن قائمة العقاقير؟

توجد طريقتان للبحث عن عقار:

- يمكنك البحث بالترتيب الأبجدي، أو
- يمكنك البحث بالحالة الطبية.

للبحث **أبجديًا**، ابحث عن عقارك في قسم فهرس العقاقير المغطاة. يمكنك أن تجد العقار في الفهرس الذي يبدأ بصفحة 133 . يقدم الفهرس قائمة أبجدية بجميع العقاقير الواردة في هذه الوثيقة. يرد كل من الاسم التجاري للعقاقير والعقاقير العامة في الفهرس. ابحث في الفهرس واعثر على عقارك. وبجوار العقار، ستجد رقم الصفحة حيث يمكنك الحصول على معلومات التغطية.

للبحث **حسب الحالة الطبية**، ابحث عن القسم المعنون "قائمة العقاقير حسب الحالة الطبية". يتم تصنيف العقاقير في هذا الجزء إلى فئات استنادًا إلى نوع الحالة الطبية التي تستخدم فيها العقاقير للعلاج. فعلى سبيل المثال، إن كنت تعاني من مشكلة بالقلب، يمكنك أن تبحث ضمن قائمة، علاجات القلب والأوعية الدموية. حيث ستجد العقاقير التي تعالج أمراض القلب.

B8. ماذا إن لم تكن العقاقير التي أرغب بها ضمن قائمة العقاقير؟

إذا لم تجد عقارك في قائمة العقاقير، اتصل بخدمة العملاء على أرقام الهواتف الموجودة في تذييل هذه الوثيقة واسأل عنه. إن علمت أن Blue Shield TotalDual Plan لن تغطي العقار، يمكنك القيام بأي من هذه الأمور:

- اطلب من خدمة العملاء قائمة بالعقاقير التي تماثل العقار الذي ترغب فيه. ثم اعرض القائمة على طبيبك أو واصف العقار. ويمكنهم أن يصفوا لك عقارًا ضمن قائمة العقاقير يماثل العقار الذي ترغب فيه. أو
- اطلب من Blue Shield TotalDual Plan استثناءً لتغطية العقار الخاص بك. راجع الأسئلة B10-B12 للتعرف على المزيد عن الاستثناءات.

B9. ماذا إن كنت عضوًا جديدًا بخطة Blue Shield TotalDual Plan ولم أتمكن من العثور على العقار ضمن

قائمة العقاقير أو كانت هناك مشكلة في الحصول على العقار الخاص بي؟

يمكننا المساعدة. يمكننا تغطية توريد حصة مؤقتة لمدة 30 يومًا من العقار الخاص بك في أثناء أول 90 يومًا من انضمامك عضوًا في Blue Shield TotalDual Plan. سيمنحك ذلك الوقت الكافي للتحدث إلى طبيبك أو واصف العقار. ويستطيعون أن يساعدوك في تحديد إن كان هناك عقار مماثل ضمن قائمة العقاقير يمكنك تلقيه بشكل بديل أو طلب استثناء.

إن كانت وصفتك الطبية محددة لفترة أقل، سوف نسمح بإعادة التزود عدة مرات للوصول إلى فترة العلاج القصوى المحددة بـ 30 يومًا.

سنغطي حصة لمدة 30 يومًا من العقار في حالة:

- كنت تأخذ عقارًا غير وارد ضمن قائمة العقاقير الخاصة بنا، أو
- لا تسمح لك قواعد خطتنا بالحصول على المقدار المحدد من طبيبك، أو

يُتبع هذا القسم في الصفحة التالية

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) (800) 452-4413، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة [blueshieldca.com/medformulary2026](https://www.blueshieldca.com/medformulary2026).



- يستلزم العقار تصريح مسبق من Blue Shield TotalDual Plan، أو
- تتلقى عقارًا يعد جزءًا من قيود العلاج المرحلي.

إذا كنت تتلقى عقارًا لا تعتبره Blue Shield TotalDual Plan عقارًا من الجزء D، والعقار غير موجود في قائمة العقاقير، ولديك مشكلة في الحصول على العقار، فقد تتم تغطيته من خلال Medi-Cal Rx. إذا كان عقارًا مستثنى من الجزء D يتطلب استثناءً، وكان لديك حالة طارئة، فإن Medi-Cal Rx ستسمح بتوفير كمية لا تقل عن حصة من العقار تكفي 72 ساعة. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov). يمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء لـ Medi-Cal Rx على 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة Medi-Cal BIC الخاصة بك عند الحصول على الوصفات الطبية من خلال Medi-Cal Rx.

إن كنت تقيم بدار رعاية أو منشأة رعاية على المدى الطويل وتحتاج لعقار غير وارد ضمن قائمة العقاقير أو إن لم تتمكن من الحصول بسهولة على العقار الذي تحتاج إليه، يمكننا المساعدة. إن كنت عضوًا بخطة منذ أكثر من 90 يومًا، وتقيم في منشأة رعاية على المدى الطويل، وتحتاج للحصول على العقار بشكل فوري:

- سنغطي حصة من العقار الذي تحتاج إليه لمدة 31 يومًا (ما لم يوصف العقار لفترة أقل)، سواء كنت أم لم تكن عضوًا جديدًا بخطة Blue Shield TotalDual Plan.
- وذلك بالإضافة إلى توريد مؤقت في أثناء أول 90 يومًا من عضويتك في Blue Shield TotalDual Plan.

سياسة التغيير

في الحالات التي يغير فيها المستفيد من برنامج علاجي إلى آخر، ستضمن Blue Shield TotalDual Plan المعالجة السريعة لاعتماد عقاقير الجزء D غير الواردة في كتيب الوصفات الطبية. ينطبق هذا الإجراء كذلك على عقاقير الجزء D من كتيب الوصفات الطبية التي تحتاج لتصريح مسبق أو علاج مرحلي. من أمثلة تغيير مستوى الرعاية: المستفيد الذي يغادر المستشفى إلى المنزل، والمستفيد الذي تنتهي إقامته في منشأة الرعاية المؤهلة بحسب الجزء A من برنامج Medicare ويحتاج للعودة إلى خطة الجزء D من كتيب الوصفات الطبية، والمستفيد الذي تنتهي إقامته في منشأة الرعاية طويلة الأمد ويعود إلى مجتمعه، والمستفيد الذي يغادر المستشفيات النفسية مع أنظمة علاجية شديدة الخصوصية.

B10. هل يمكنني طلب استثناء لتغطية العقار الخاص بي؟

نعم. يمكنك أن تطلب من Blue Shield TotalDual Plan إجراء استثناء لتغطية عقار ليس ضمن قائمة العقاقير. يمكنك أن تطلب منا كذلك تغيير القواعد المنطبقة على العقار الخاص بك.

- على سبيل المثال، قد تحد Blue Shield TotalDual Plan من كمية العقار التي سنغطيها. إن كان للعقار الخاص بك حدودًا، يمكنك أن تطلب منا تغيير الحدود وزيادة التغطية.
- أمثلة أخرى: يمكنك أن تطلب منا إيقاف قيود العلاج المرحلي أو اشتراطات التصريح المسبق.

B11. كيف يمكنني طلب استثناء؟

لطلب استثناء، اتصل بخدمة العملاء. ستعاون خدمة العملاء معك ومع واصف أدويةك لمساعدتك في طلب استثناء. يمكنك كذلك قراءة الفصل 9 من القسم G2 من دليل الأعضاء للتعرف على المزيد عن الاستثناءات.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (800) 452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة blueshieldca.com/medformulary2026.



B12. كم سيستغرق الوقت للحصول على استثناء؟

بعد أن نحصل على إفادة من طبيبك الذي يكتب الوصفات لك تدعم طلبك للاستثناء، سنبلغك بالقرار خلال 72 ساعة. يمكن لطبيبك الذي يكتب الوصفات لك أن يرسل الإفادة إلكترونياً (عبر الإنترنت أو الفاكس) أو بالبريد. يمكنهم أيضاً الاتصال بقسم الصيدلية لدى Blue Shield على الهاتف 535-9481 (800) وإعطائنا الإفادة شفهيًا ثم إرسال إفادة مكتوبة إلينا، إذا لزم الأمر.

إن رأيت أو رأى واصف أدويةك أن صحتك قد تتضرر إن انتظرت 72 ساعة لصدور القرار، يمكنك أن تطلب استثناءً عاجلاً. ويعني هذا صدور قرار أسرع. إن دعم واصف أدويةك طلبك، سنصدر القرار خلال 24 ساعة من تاريخ الحصول على إفادة الدعم من واصف أدويةك.

B13. ما العقاقير العامة؟

تتكون العقاقير العامة من ذات المكونات النشطة مثل العقاقير ذات الأسماء التجارية. وتكون في المعتاد أقل تكلفة من العقار الذي يحمل اسمًا تجاريًا وعمومًا تكون بنفس الفعالية. وعادة أسماؤها أقل شهرة كذلك. العقاقير العامة معتمدة من Food and Drug Administration (FDA) (إدارة الأغذية والأدوية). هناك عقاقير عامة متوفرة ومكافئة لعدد من العقاقير ذات الأسماء التجارية. عادةً يمكن استبدال العقاقير العامة بالعقاقير ذات الأسماء التجارية في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة— وذلك حسب قوانين الولاية.

تغطي Blue Shield TotalDual Plan العقاقير التي تحمل اسمًا تجاريًا والعقاقير العامة.

B14. ما هي المنتجات البيولوجية الأصلية وكيف ترتبط بالعقاقير المماثلة حيويًا؟

عندما نشير إلى العقاقير، فقد يعني ذلك عقارًا أو منتجًا بيولوجيًا. المنتجات البيولوجية هي أدوية أكثر تعقيدًا من العقاقير التقليدية. نظرًا لأن المنتجات البيولوجية أكثر تعقيدًا من العقاقير التقليدية، فبدلاً من أن تكون في صيغة عامة، يكون لها صيغ تُسمى العقاقير المماثلة حيويًا. بشكل عام، تعمل العقاقير المشابهة حيويًا بنفس كفاءة المنتج البيولوجي الأصلي وقد تكلف أقل. هناك بدائل مماثلة حيويًا لبعض المنتجات البيولوجية الأصلية. بعض العقاقير المماثلة حيويًا قابلة للاستبدال، ووفقًا لقوانين الولاية، يمكن استبدالها بالمنتج البيولوجي الأصلي في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة، تمامًا كما يمكن استبدال العقاقير العامة بالعقاقير ذات الأسماء التجارية.

لمزيد من المعلومات حول أنواع العقاقير، راجع الفصل 5 من دليل الأعضاء.

B15. هل تغطي Blue Shield TotalDual Plan الإمدادات طويلة الأمد من الوصفات الطبية؟

بالنسبة لأنواع معينة من العقاقير، يمكنك استخدام مزود خدمة التوصيل للمنزل التابع للخطة. بشكل عام، العقاقير المقدمة من خلال خدمة التوصيل للمنزل هي عقاقير تتلقاها بانتظام لحالة طبية مزمنة أو طويلة الأمد. تتميز العقاقير غير المتوفرة من خلال مزود خدمة التوصيل للمنزل التابعة للخطة بالرمز NDS في قائمة العقاقير الخاصة بنا.

- **خدمات التوصيل للمنزل.** نقدم برنامج خدمة التوصيل للمنزل التي تتيح لك الحصول على ما يصل إلى 100 يومًا من الإمدادات للمستوى 1: العقاقير العامة المفضلة، المستوى 2: العقاقير العامة، المستوى 3: العقاقير المفضلة ذات العلامات التجارية والمستوى 4: العقاقير غير المفضلة. إمداد لمدة 100 يوم للفئة 1: العقاقير العامة المفضلة والمستوى 2: العقاقير العامة لها نفس المدفوعات المشتركة مثل إمداد شهر واحد للفئتين 1 و2. إمداد لمدة 100 يوم للفئة 3: العقاقير المفضلة ذات العلامات التجارية والمستوى 4: العقاقير غير المفضلة لها نفس المدفوعات المشتركة مثل إمداد شهر واحد للفئتين 3 و4.

يُتبع هذا القسم في الصفحة التالية

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (711) (TTY: 452-4413) (800)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة [blueshieldca.com/medformulary2026](https://www.blueshieldca.com/medformulary2026).



- برامج صيدليات البيع بالتجزئة. قد تقدم بعض صيدليات البيع بالتجزئة أيضًا حتى 100 يومًا من الإمداد للمستوى 1: العقاقير العامة المفضلة، المستوى 2: العقاقير العامة، المستوى 3: العقاقير المفضلة ذات العلامات التجارية والمستوى 4: العقاقير غير المفضلة. إمداد لمدة 100 يوم للفئة 1: العقاقير العامة المفضلة والمستوى 2: العقاقير العامة لها نفس المدفوعات المشتركة مثل إمداد شهر واحد للفئتين 1 و2. إمداد لمدة 100 يوم للفئة 3: العقاقير المفضلة ذات العلامات التجارية والمستوى 4: العقاقير غير المفضلة لها نفس المدفوعات المشتركة مثل إمداد شهر واحد للفئتين 3 و4.

B16. هل يمكنني الحصول على الوصفات الطبية إلى منزلي من الصيدلية المحلية؟

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

B17. ماذا عن المدفوعات المشتركة؟

أعضاء Blue Shield TotalDual Plan لديهم مدفوعات مشتركة نظير الوصفات الطبية ما دام العضو يتبع قواعد الخطة. تعد المستويات بمثابة مجموعات من العقاقير ضمن قائمة العقاقير الخاصة بنا.

- المستوى 1 من العقاقير هو العقاقير العامة المفضلة
- المستوى 2 من العقاقير هو العقاقير العامة
- المستوى 3 من العقاقير هو العقاقير المفضلة ذات العلامة التجارية
- المستوى 4 من العقاقير هو العقاقير غير المفضلة
- المستوى 5 من العقاقير هو العقاقير ذات المستوى المتخصص

المدفوعات المشتركة		الوصف	المستوى
حصة لمدة 100 يوم	حصة لمدة 30 يومًا		
\$0	\$0	العقاقير العامة المفضلة	المستوى 1
\$0	\$0	العقاقير العامة	المستوى 2
\$0, \$5.10, \$12.65	\$0, \$5.10, \$12.65	العقاقير المفضلة ذات العلامات التجارية	المستوى 3
\$0, \$5.10, \$12.65	\$0, \$5.10, \$12.65	العقاقير غير المفضلة	المستوى 4
غير متاح	\$0, \$5.10, \$12.65	العقاقير ذات المستوى المتخصص	المستوى 5

إذا كان لديك أي أسئلة، اتصل بخدمة العملاء على أرقام الهواتف الموجودة في تذييل هذه الوثيقة.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (711) (TTY: 452-4413) (800)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة [blueshieldca.com/medformulary2026](https://www.blueshieldca.com/medformulary2026).



C. استعراض لقائمة العقاقير المغطاة

تقدم قائمة العقاقير المغطاة معلومات عن العقاقير المغطاة بواسطة Blue Shield TotalDual Plan. إن صادفتك مشكلة في البحث عن عقار ضمن القائمة، يرجى مراجعة قائمة العقاقير المغطاة التي تبدأ في القسم D. يصنف الفهرس أجدياً جميع العقاقير المغطاة ضمن Blue Shield TotalDual Plan.

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

الطعون بموجب الجزء D

- ويعد الطعن بمثابة طريقة رسمية كي تطلب منا مراجعة قرار أصدرناه بشأن تغطيتك وتغيير القرار إن تراءى لك أننا ارتكبنا خطأً.
- على سبيل المثال، قد تجد أن أحد العقاقير التي ترغب بها غير مغطى أو لم يعد مغطى بحسب برنامج Medicare أو Medi-Cal.
- إن لم تتفق أو واصف دوائك مع قرارنا، يمكنك الطعن. إذا كان لديك أي سؤال، اتصل بخدمة العملاء على أرقام الهواتف الموجودة في تذييل هذه الوثيقة.
- يمكنك كذلك قراءة الفصل 9 من دليل الأعضاء للتعرف على كيفية الطعن على القرار.
- تتضمن العقاقير التي ليست من عقاقير الجزء D قواعد مختلفة للطعون.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (711) (TTY: 452-4413) (800)، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة blueshieldca.com/medformulary2026.



C1. قائمة العقاقير حسب الحالة الطبية

يتم تصنيف العقاقير في هذا الجزء إلى فئات استنادًا إلى نوع الحالة الطبية التي تستخدم فيها العقاقير للعلاج. فعلى سبيل المثال، إن كنت تعاني من مشكلة بالقلب، يمكنك أن تبحث ضمن قائمة، علاجات القلب والأوعية الدموية. حيث ستجد العقاقير التي تعالج أمراض القلب.

دليل المصطلحات

المستوى	الاسم
1	العقاقير العامة المفضلة
2	العقاقير العامة
3	العقاقير المفضلة ذات العلامات التجارية
4	العقاقير غير المفضلة
5	العقاقير ذات المستوى المتخصص

الرمز	الاسم	الوصف
LA	وصول محدود (Limited Access)	يمكن أن تتاح هذه الوصفة فقط في صيدليات محددة. لمزيد من المعلومات، راجع دليل الصيدليات أو اتصل بخدمة العملاء.
PA	التصريح المسبق (Prior Authorization)	تتطلب تغطية هذه الوصفة الحصول على تصريح مسبق من Blue Shield. اتصل بـ Blue Shield لتقديم المعلومات اللازمة لتحديد التغطية. قد تتطلب بعض العقاقير تحديد تغطية الجزء B أو الجزء D، بناءً على قواعد تغطية Medicare.
QL	حد الكمية (Quantity Limit)	هذا الدواء له حد للجرعات أو الكمية المقررة بوصفة طبية. يتم تحديد حدود الجرعة اليومية القصوى من قبل إدارة الغذاء والدواء FDA وهي مدرجة في نشرة حزمة العقاقير. تشجع حدود الكمية الأخرى الجرعات الموحدة عندما يكون ذلك ممكنًا.
ST	العلاج المرحلي (Step Therapy)	يتم توفير تغطية هذه الوصفة الطبية عند تجربة الخط العلاجي الأول أو علاجات دوائية مفضلة (العلاج المرحلي).
NDS	حصّة يومية لا يمكن مدها (Non-Extended Day Supply)	الدواء غير متاح صرفه في حصّة للمدى البعيد.

يحدد العمود الأول من الجدول اسم العقار. يتم سرد العقاقير العامة بخط مائل صغير (على سبيل المثال، *simvastatin* [سيمفاستاتين])، بينما يتم كتابة أسماء الأدوية التجارية بأحرف كبيرة (على سبيل المثال، ELIQUIS [إيليكويس])، وتوضح المعلومات في عمود "الإجراءات المطلوبة أو قيود أو حدود الاستخدام" ما إذا كان لدى Blue Shield TotalDual Plan أي قواعد لتغطية عقارك.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) (800) 452-4413، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة [blueshieldca.com/medformulary2026](https://www.blueshieldca.com/medformulary2026).



D. قائمة العقاقير المغطاة

في هذا القسم، يمكنك العثور على عقار من خلال البحث عن اسمه أجنبيًا. وبجوار العقار، ستجد رقم الصفحة حيث يمكنك الحصول على معلومات إضافية عن تغطية عقارك.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 452-4413 (800)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة [blueshieldca.com/medformulary2026](https://www.blueshieldca.com/medformulary2026).



ANALGESICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS		
<i>butalbital-aspirin-caffeine 50-325-40 mg cap</i>	Tier 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>cataflam 50 mg tab</i>	Tier 2	
<i>celecoxib (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>celecoxib 400 mg cap</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>diclofenac potassium 50 mg tab</i>	Tier 2	
<i>diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr)</i>	Tier 2	
<i>diclofenac sodium 1.5 % solution</i>	Tier 3	
<i>diclofenac sodium 3 % gel</i>	Tier 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium 75 mg tab dr</i>	Tier 1	
<i>diclofenac sodium er 100 mg tab er 24h</i>	Tier 2	
<i>diflunisal 500 mg tab</i>	Tier 3	
<i>ec-naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	Tier 2	
<i>etodolac (200 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 3	
<i>etodolac (400 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>etodolac er (400 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h, 600 mg tab er 24h)</i>	Tier 3	
FLURBIPROFEN (100 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 2	
<i>ibu (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>ibuprofen (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension)</i>	Tier 2	
<i>ibuprofen (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANALGESICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>meloxicam (15 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>nabumetone (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>naproxen (250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	Tier 2	
<i>naproxen dr 500 mg tab dr</i>	Tier 2	
<i>naproxen sodium (275 mg tab, 550 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>oxaprozin 600 mg tab</i>	Tier 4	
<i>piroxicam (10 mg cap, 20 mg cap)</i>	Tier 3	
<i>relafen (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)</i>	Tier 2	
OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING		
<i>buprenorphine (10 mcg/hr patch wk, 15 mcg/hr patch wk, 20 mcg/hr patch wk, 5 mcg/hr patch wk, 7.5 mcg/hr patch wk)</i>	Tier 4	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME), NDS
<i>fentanyl (100 mcg/hr patch 72hr, 12 mcg/hr patch 72hr, 25 mcg/hr patch 72hr, 50 mcg/hr patch 72hr, 75 mcg/hr patch 72hr)</i>	Tier 3	PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg/5ml solution</i>	Tier 4	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg/ml solution</i>	Tier 4	PA, NDS
<i>methadone hcl 5 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 5 mg/5ml solution</i>	Tier 4	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er (100 mg tab er, 200 mg tab er, 60 mg tab er)</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 15 mg tab er</i>	Tier 4	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANALGESICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>morphine sulfate er 30 mg tab er</i>	Tier 4	QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>tramadol hcl er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS), NDS
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
<i>acetaminophen-codeine (120-12 mg/5ml solution, 300-30 mg/12.5ml solution)</i>	Tier 2	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS), NDS
<i>acetaminophen-codeine 300-60 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>butorphanol tartrate 10 mg/ml solution</i>	Tier 3	QL (15 PER 28 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	Tier 4	QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>codeine sulfate 30 mg tab</i>	Tier 4	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 60 MG TAB	Tier 4	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 10-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 7.5-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab)</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml solution, 5-217 mg/10ml solution, 7.5-325 mg/15ml solution)</i>	Tier 4	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	Tier 2	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydromorphone hcl 2 mg tab</i>	Tier 3	QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANALGESICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>hydromorphone hcl 4 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i>	Tier 3	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	Tier 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (concentrate) (100 mg/5ml solution, 20 mg/ml solution)</i>	Tier 3	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate 10 mg/5ml solution</i>	Tier 3	QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate 20 mg/5ml solution</i>	Tier 3	QL (315 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	Tier 3	QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 10 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 100 mg/5ml conc</i>	Tier 4	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 20 mg tab</i>	Tier 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 5 mg tab</i>	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 5 mg/5ml solution</i>	Tier 3	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	Tier 2	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab</i>	Tier 2	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANESTHETICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
LOCAL ANESTHETICS		
<i>lidocaine 5 % ointment</i>	Tier 4	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine 5 % patch</i>	Tier 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>lidocaine hcl 4 % solution</i>	Tier 2	
<i>lidocaine viscous hcl 2 % solution</i>	Tier 2	
<i>lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lidocan 5 % patch</i>	Tier 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION	Tier 4	QL (10 PER 30 DAYS)
PREMIUM LIDOCAINE 5 % OINTMENT	Tier 4	QL (50 PER 30 DAYS)

ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ALCOHOL DETERRENTS/ANTI-CRAVING		
<i>acamprosate calcium 333 mg tab dr</i>	Tier 4	
<i>disulfiram (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
OPIOID DEPENDENCE		
<i>buprenorphine hcl (2 mg sl tab, 8 mg sl tab)</i>	Tier 2	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (12-3 mg film, 2-0.5 mg film, 2-0.5 mg sl tab, 4-1 mg film, 8-2 mg film, 8-2 mg sl tab)</i>	Tier 2	
OPIOID REVERSAL AGENTS		
KLOXXADO 8 MG/0.1ML LIQUID	Tier 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>naloxone hcl (0.4 mg/ml soln cart, 0.4 mg/ml soln prsyr, 0.4 mg/ml solution, 2 mg/2ml soln prsyr, 4 mg/10ml solution)</i>	Tier 2	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>	Tier 2	
SMOKING CESSATION AGENTS		
<i>bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
NICOTROL 10 MG INHALER	Tier 4	
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	Tier 4	
<i>varenicline tartrate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42 tab thpk</i>	Tier 4	QL (53 PER 30 OVER TIME)
<i>varenicline tartrate(continue) 1 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)

ANTIBACTERIALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
AMINOGLYCOSIDES		
<i>amikacin sulfat 500 mg/2ml solution</i>	Tier 4	
ARIKAYCE 590 MG/8.4ML SUSPENSION	Tier 5	PA, LA, QL (235.2 PER 28 DAYS)
<i>gentamicin sulfat (0.1 % cream, 0.1 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>gentamicin sulfat 40 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>neomycin sulfat 500 mg tab</i>	Tier 2	
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	Tier 4	
<i>tobramycin sulfat (1.2 gm recon soln, 1.2 gm/30ml solution, 10 mg/ml solution, 2 gm/50ml solution, 80 mg/2ml solution)</i>	Tier 4	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTIBACTERIALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTIBACTERIALS, OTHER		
<i>aztreonam (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	Tier 4	
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	Tier 5	PA, LA, QL (84 PER 28 DAYS)
<i>clindamycin hcl (150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln</i>	Tier 4	
<i>clindamycin phosphate (300 mg/2ml solution, 600 mg/4ml solution, 9 gm/60ml solution, 900 mg/6ml solution)</i>	Tier 4	
<i>clindamycin phosphate 2 % cream</i>	Tier 2	
<i>clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml solution, 600 mg/50ml solution, 900 mg/50ml solution)</i>	Tier 4	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL (300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	Tier 4	
<i>colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>daptomycin (350 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 5	
<i>fosfomycin tromethamine 3 gm packet</i>	Tier 4	QL (1 PER 30 DAYS)
<i>lincomycin hcl 300 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>linezolid 100 mg/5ml recon susp</i>	Tier 5	PA
<i>linezolid 600 mg tab</i>	Tier 4	PA
<i>linezolid 600 mg/300ml solution</i>	Tier 4	
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION	Tier 5	
<i>methenamine hippurate 1 gm tab</i>	Tier 4	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTIBACTERIALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>metronidazole (0.75 % gel, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metronidazole (0.75 % lotion, 1 % gel, 500 mg/100ml solution)</i>	Tier 4	
<i>metronidazole 0.75 % cream</i>	Tier 3	
<i>nitrofurantoin macrocrystal (100 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	Tier 2	
<i>rosadan 0.75 % cream</i>	Tier 3	
<i>rosadan 0.75 % gel</i>	Tier 2	
<i>tigecycline 50 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>trimethoprim 100 mg tab</i>	Tier 2	
<i>vancomycin hcl (1 gm recon soln, 1.25 gm recon soln, 1.5 gm recon soln, 1.75 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 125 mg cap, 2 gm recon soln, 250 mg cap, 500 mg recon soln, 750 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>vancomycin hcl 5 gm recon soln</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
XIFAXAN 200 MG TAB	Tier 4	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
XIFAXAN 550 MG TAB	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
BETA-LACTAM, CEPHALOSPORINS		
CEFACLOR (250 MG CAP, 250 MG/5ML RECON SUSP, 500 MG CAP)	Tier 2	
<i>cefadroxil (1 gm tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg/5ml recon susp)</i>	Tier 3	
<i>cefadroxil 500 mg cap</i>	Tier 2	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTIBACTERIALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>cefazolin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 2 gm recon soln, 3 gm recon soln, 300 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>cefdinir (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp)</i>	Tier 3	
<i>cefdinir 300 mg cap</i>	Tier 2	
CEFEPIME HCL (1 GM RECON SOLN, 1 GM/50ML SOLUTION, 2 GM RECON SOLN, 2 GM/100ML SOLUTION)	Tier 4	
<i>cefixime (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 400 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>cefoxitin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	Tier 4	
CEFPODOXIME PROXETIL (100 MG TAB, 100 MG/5ML RECON SUSP, 200 MG TAB, 50 MG/5ML RECON SUSP)	Tier 4	
<i>cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ceftaroline fosamil (400 mg recon soln, 600 mg recon soln)</i>	Tier 5	
CEFTAZIDIME (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	Tier 4	
<i>ceftriaxone sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>cefuroxime sodium (1.5 gm recon soln, 750 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>cephalexin (125 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap)</i>	Tier 2	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTIBACTERIALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
TAZICEF (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	Tier 4	
TEFLARO (400 MG RECON SOLN, 600 MG RECON SOLN)	Tier 5	
BETA-LACTAM, PENICILLINS		
<i>amoxicillin (125 mg chew tab, 125 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg chew tab, 250 mg/5ml recon susp, 400 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate (200-28.5 mg chew tab, 200-28.5 mg/5ml recon susp, 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml recon susp, 400-57 mg/5ml recon susp, 500-125 mg tab, 600-42.9 mg/5ml recon susp, 875-125 mg tab)</i>	Tier 2	
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE 400-57 MG CHEW TAB	Tier 3	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er 1000-62.5 mg tab er 12h</i>	Tier 4	
<i>ampicillin 500 mg cap</i>	Tier 2	
<i>ampicillin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 125 mg recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm recon soln, 15 (10-5) gm recon soln, 3 (2-1) gm recon soln)</i>	Tier 4	
BICILLIN L-A (1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR, 600000 UNIT/ML SUSP PRSYR)	Tier 4	
<i>dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>nafcillin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	Tier 4	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTIBACTERIALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>penicillin g potassium (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)</i>	Tier 4	
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	Tier 4	
<i>penicillin v potassium (125 mg/5ml recon soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon soln, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>pfizerpen (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)</i>	Tier 4	
<i>piperacillin sod-tazobactam so (13.5 (12-1.5) gm recon ln, 2.25 (2-0.25) gm recon ln, 3-0.375 gm recon ln, 3.375 (3-0.375) gm recon ln, 4-0.5 gm recon ln, 4.5 (4-0.5) gm recon ln, 40.5 (36-4.5) gm recon ln)</i>	Tier 4	
CARBAPENEMS		
<i>ertapenem sodium 1 gm recon soln</i>	Tier 3	
<i>imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>meropenem (1 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)	Tier 4	
MACROLIDES		
<i>azithromycin (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 500 mg tab, 600 mg tab)</i>	Tier 2	
AZITHROMYCIN 1 GM PACKET	Tier 3	
<i>azithromycin 500 mg recon soln</i>	Tier 4	
CLARITHROMYCIN (125 MG/5ML RECON SUSP, 250 MG/5ML RECON SUSP)	Tier 4	
<i>clarithromycin (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTIBACTERIALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>clarithromycin er 500 mg tab er 24h</i>	Tier 4	
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	Tier 5	PA, QL (136 PER 10 OVER TIME)
<i>erythrocin lactobionate 500 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>erythromycin base (250 mg cp dr part, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5ml recon susp</i>	Tier 4	
<i>erythromycin lactobionate 500 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>fidaxomicin 200 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (20 PER 10 OVER TIME)
QUINOLONES		
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	Tier 3	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	Tier 4	
<i>ciprofloxacin (250 mg/5ml (5%) recon susp, 500 mg/5ml (10%) recon susp)</i>	Tier 4	
<i>ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution</i>	Tier 4	
<i>levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>levofloxacin 25 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>levofloxacin in d5w (500 mg/100ml solution, 750 mg/150ml solution)</i>	Tier 4	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tab</i>	Tier 3	
MOXIFLOXACIN HCL 400 MG/250ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL 400 MG/250ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTIBACTERIALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
SULFONAMIDES		
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	Tier 3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 400-80 mg tab, 800-160 mg tab, 800-160 mg/20ml suspension)</i>	Tier 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution</i>	Tier 4	
<i>sulfatrim pediatric 200-40 mg/5ml suspension</i>	Tier 2	
TETRACYCLINES		
<i>avidoxy 100 mg tab</i>	Tier 3	
<i>doxy 100 100 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>doxycycline hyclate (100 mg cap, 100 mg tab, 20 mg tab, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>doxycycline hyclate 100 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>doxycycline monohydrate (100 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>doxycycline monohydrate (100 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>minocycline hcl (100 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>mondoxyne nl 100 mg cap</i>	Tier 2	
<i>tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	Tier 4	

ANTICONVULSANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTICONVULSANTS, OTHER		
<i>brivaracetam (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 5	ST, QL (2 PER 1 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTICONVULSANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>brivaracetam 10 mg/ml solution</i>	Tier 5	ST, QL (20 ML PER 1 DAYS)
BRIVIACT (10 MG TAB, 100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB)	Tier 5	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION	Tier 5	ST, QL (20 PER 1 DAYS)
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET)	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET)	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	Tier 2	
<i>divalproex sodium er (250 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)</i>	Tier 4	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>lamotrigine (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>lamotrigine (25 mg chew tab, 5 mg chew tab)</i>	Tier 2	
<i>levetiracetam (100 mg/ml solution, 1000 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>levetiracetam er 500 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>levetiracetam er 750 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>perampanel (10 mg tab, 12 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>perampanel 0.5 mg/ml suspension</i>	Tier 4	QL (24 ML PER 1 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTICONVULSANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>perampnel 2 mg tab</i>	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>roweepra 500 mg tab</i>	Tier 2	
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 1000 MG TAB	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 750 MG TAB	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>subvenite (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)</i>	Tier 2	
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (50 ML PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>topiramate (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>topiramate (15 mg cap sprink, 25 mg cap sprink, 50 mg cap sprink)</i>	Tier 2	
<i>topiramate 25 mg/ml solution</i>	Tier 4	QL (16 ML PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>valproate sodium (100 mg/ml solution, 500 mg/5ml solution)</i>	Tier 4	
<i>valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)</i>	Tier 2	
XCOPRI (100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALCIUM CHANNEL MODIFYING AGENTS		
<i>ethosuximide (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>methsuximide 300 mg cap</i>	Tier 4	
GAMMA-AMINO BUTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS		
<i>clobazam 10 mg tab</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTICONVULSANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	Tier 4	QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 20 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>diazepam 10 mg gel</i>	Tier 4	QL (20 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 2.5 mg gel</i>	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 20 mg gel</i>	Tier 4	QL (40 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin (250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution)</i>	Tier 3	QL (72 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 100 mg cap</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 300 mg cap</i>	Tier 2	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 400 mg cap</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>phenobarbital (100 mg tab, 15 mg tab, 16.2 mg tab, 20 mg/5ml elixir, 30 mg tab, 30 mg/7.5ml elixir, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 60 mg/15ml elixir, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>primidone (125 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
SYMPAZAN (10 MG FILM, 20 MG FILM, 5 MG FILM)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tiagabine hcl (12 mg tab, 16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 4	
VALTOCO 10 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQUID	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 15 MG DOSE 2 X 7.5 MG/0.1ML LIQD THPK	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 20 MG DOSE 2 X 10 MG/0.1ML LIQD THPK	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1ML LIQUID	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
<i>vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)</i>	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTICONVULSANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>vigadrone 500 mg packet</i>	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadrone 500 mg tab</i>	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (750 ML PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigpoder 500 mg packet</i>	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	LA, QL (36 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SODIUM CHANNEL AGENTS		
<i>carbamazepine (100 mg chew tab, 100 mg/5ml suspension, 200 mg chew tab, 200 mg tab, 200 mg/10ml suspension)</i>	Tier 2	
<i>carbamazepine er (100 mg cap er 12h, 100 mg tab er 12h, 200 mg cap er 12h, 200 mg tab er 12h, 300 mg cap er 12h, 400 mg tab er 12h)</i>	Tier 3	
DILANTIN (100 MG CAP, 30 MG CAP)	Tier 4	
<i>epitol 200 mg tab</i>	Tier 2	
<i>eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide (10 mg/ml solution, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)</i>	Tier 4	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide 200 mg/20ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab)</i>	Tier 2	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTICONVULSANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension</i>	Tier 4	
<i>phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>phenytoin (100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension, 50 mg chew tab)</i>	Tier 2	
<i>phenytoin infatabs 50 mg chew tab</i>	Tier 2	
<i>phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>rufinamide 200 mg tab</i>	Tier 4	ST, QL (16 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i>	Tier 5	ST, QL (80 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide 400 mg tab</i>	Tier 4	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
XCOPRI (14 X 150 MG & 14 X200 MG TAB THPK, 14 X 50 MG & 14 X100 MG TAB THPK)	Tier 5	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 MG TAB THPK	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG TAB THPK	Tier 4	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	
<i>zonisamide (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	

ANTIDEMENTIA AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTIDEMENTIA AGENTS, OTHER		
ERGOLOID MESYLATES 1 MG TAB	Tier 3	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTIDEMENTIA AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
CHOLINESTERASE INHIBITORS		
<i>donepezil hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>donepezil hcl 23 mg tab</i>	Tier 4	ST
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg</i>	Tier 2	
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg</i>	Tier 2	
<i>galantamine hydrobromide (12 mg tab, 4 mg tab, 4 mg/ml solution, 8 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>galantamine hydrobromide er (16 mg cap er 24h, 24 mg cap er 24h, 8 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>rivastigmine (13.3 mg/24hr patch 24hr, 4.6 mg/24hr patch 24hr, 9.5 mg/24hr patch 24hr)</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)</i>	Tier 3	
N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONIST		
<i>memantine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>memantine hcl (10 mg/5ml solution, 2 mg/ml solution)</i>	Tier 3	
<i>memantine hcl er (14 mg cap er 24h, 21 mg cap er 24h, 28 mg cap er 24h, 7 mg cap er 24h)</i>	Tier 4	

ANTIDEPRESSANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTIDEPRESSANTS, OTHER		
AUVELITY 45-105 MG TAB ER	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bupropion hcl 100 mg tab</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTIDEPRESSANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>bupropion hcl 75 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 150 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 200 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 300 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
EXXUA (18.2 MG TAB ER 24H, 36.3 MG TAB ER 24H, 54.5 MG TAB ER 24H, 72.6 MG TAB ER 24H)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EXXUA TITRATION PACK 18.2 MG TAB ER 24H	Tier 5	QL (64 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mirtazapine (15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab, 45 mg tab disp, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>mirtazapine (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	Tier 1	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE (2-10 MG TAB, 2-25 MG TAB, 4-10 MG TAB, 4-25 MG TAB, 4-50 MG TAB)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP)	Tier 5	QL (28 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE 30 MG CAP	Tier 5	QL (14 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS		
EMSAM (12 MG/24HR PATCH 24HR, 6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR)	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
MARPLAN 10 MG TAB	Tier 4	
PHENELZINE SULFATE 15 MG TAB	Tier 2	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTIDEPRESSANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>tranylcypromine sulfate 10 mg tab</i>	Tier 4	
SSRIS/SNRIS (SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITOR/SEROTONIN AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR)		
<i>citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>citalopram hydrobromide (10 mg/5ml solution, 20 mg/10ml solution)</i>	Tier 3	
<i>desvenlafaxine succinate er (25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>desvenlafaxine succinate er 100 mg tab er 24h</i>	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>escitalopram oxalate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>escitalopram oxalate (10 mg/10ml solution, 5 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
FETZIMA (120 MG CAP ER 24H, 20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H)	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK	Tier 4	QL (28 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>fluoxetine hcl (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 1	
<i>fluoxetine hcl 20 mg/5ml solution</i>	Tier 2	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	Tier 4	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
NEFAZODONE HCL (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 3	
<i>paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
PAROXETINE HCL 10 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	QL (30 PER 1 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTIDEPRESSANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>paroxetine hcl er (12.5 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 37.5 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (40 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sertraline hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>sertraline hcl 20 mg/ml conc</i>	Tier 3	
<i>trazodone hcl (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>trazodone hcl 300 mg tab</i>	Tier 3	
TRINTELLIX (10 MG TAB, 20 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>venlafaxine hcl er (150 mg cap er 24h, 37.5 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap er 24h</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
TRICYCLICS		
<i>amitriptyline hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>amoxapine (100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>desipramine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>doxepin hcl (10 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>doxepin hcl 10 mg/ml conc</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTIDEPRESSANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>nortriptyline hcl (10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>nortriptyline hcl 10 mg/5ml solution</i>	Tier 4	
<i>protriptyline hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>trimipramine maleate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIEMETICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTIEMETICS, OTHER		
<i>compro 25 mg suppos</i>	Tier 4	
<i>meclizine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metoclopramide hcl (10 mg tab, 10 mg/10ml solution, 5 mg tab, 5 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>metoclopramide hcl 5 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>perphenazine (16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>prochlorperazine 25 mg suppos</i>	Tier 4	
<i>prochlorperazine maleate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>promethazine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	PA
<i>scopolamine 1 mg/3days patch 72hr</i>	Tier 4	
EMETOGENIC THERAPY ADJUNCTS		
<i>aprepitant (125 mg cap, 80 & 125 mg cap thpk, 80 mg cap)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTIEMETICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>aprepitant 40 mg cap</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 30 DAYS)
<i>dronabinol (10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 4	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>granisetron hcl 1 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 4 mg tab disp</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 8 mg tab disp</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ONDANSETRON HCL 24 MG TAB	Tier 2	QL (15 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 4 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 4 mg/5ml solution</i>	Tier 4	QL (30 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 8 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIFUNGALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTIFUNGALS		
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>amphotericin b liposome 50 mg recon susp</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)</i>	Tier 2	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTIFUNGALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
CRESEMBA 186 MG CAP	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
CRESEMBA 74.5 MG CAP	Tier 5	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
<i>econazole nitrate 1 % cream</i>	Tier 4	
<i>fluconazole (10 mg/ml recon susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>fluconazole in sodium chloride (200-0.9 mg/100ml-% solution, 400-0.9 mg/200ml-% solution)</i>	Tier 4	
<i>flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	Tier 5	
<i>griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>itraconazole 100 mg cap</i>	Tier 4	
<i>ketconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>klayesta 100000 unit/gm powder</i>	Tier 4	
<i>micafungin sodium (100 mg recon soln, 50 mg recon soln)</i>	Tier 4	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	Tier 3	
<i>nyamyc 100000 unit/gm powder</i>	Tier 4	
<i>nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)</i>	Tier 2	
<i>nystatin 100000 unit/gm powder</i>	Tier 4	
<i>nystop 100000 unit/gm powder</i>	Tier 4	
<i>posaconazole 100 mg tab dr</i>	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>terconazole (0.4 % cream, 0.8 % cream)</i>	Tier 3	
<i>terconazole 80 mg suppos</i>	Tier 4	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTIFUNGALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>voriconazole (200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)</i>	Tier 4	PA
<i>voriconazole 200 mg recon soln</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIGOUT AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTIGOUT AGENTS		
<i>allopurinol (100 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>colchicine 0.6 mg tab</i>	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab</i>	Tier 2	
<i>febuxostat (40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>probenecid 500 mg tab</i>	Tier 2	

ANTIMIGRAINE AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE (CGRP) RECEPTOR ANTAGONISTS		
AIMOVIG (140 MG/ML SOLN A-INJ, 70 MG/ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
EMGALITY (120 MG/ML SOLN A-INJ, 120 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 3	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
EMGALITY (300 MG DOSE) 100 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA, QL (3 PER 30 DAYS)
NURTEC 75 MG TAB DISP	Tier 5	PA, QL (16 PER 30 DAYS)
ERGOT ALKALOIDS		
<i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution</i>	Tier 5	PA, QL (8 PER 30 DAYS)
ERGOTAMINE-CAFFEINE 1-100 MG TAB	Tier 3	QL (40 PER 28 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTIMIGRAINE AGENTS

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

ANTIMYASTHENIC AGENTS

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

ANTIMYCOBACTERIALS

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

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTIMYCOBACTERIALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTITUBERCULARS		
<i>ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>isoniazid (100 mg tab, 300 mg tab, 50 mg/5ml syrup)</i>	Tier 2	
PRIFTIN 150 MG TAB	Tier 4	
<i>pyrazinamide 500 mg tab</i>	Tier 2	
<i>rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>rifampin 600 mg recon soln</i>	Tier 4	
SIRTURO (100 MG TAB, 20 MG TAB)	Tier 5	PA
TRECTOR 250 MG TAB	Tier 4	

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ALKYLATING AGENTS		
CYCLOPHOSPHAMIDE (25 MG CAP, 25 MG TAB, 50 MG CAP, 50 MG TAB)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
LEUKERAN 2 MG TAB	Tier 4	
<i>lomustine (10 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>lomustine 100 mg cap</i>	Tier 5	
MATULANE 50 MG CAP	Tier 5	LA
ANTIANDROGENS		
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>abirtega 250 mg tab</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	Tier 2	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ERLEADA 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERLEADA 60 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EULEXIN 125 MG CAP	Tier 3	
FLUTAMIDE 125 MG CAP	Tier 3	
<i>nilutamide 150 mg tab</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
NUBEQA 300 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 345 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 86 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 80 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIANGIOGENIC AGENTS		
<i>lenalidomide (10 mg cap, 15 mg cap, 2.5 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>pomalidomide (1 mg cap, 2 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
POMALYST (1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID (150 MG CAP, 200 MG CAP)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 100 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
THALOMID 50 MG CAP	Tier 5	QL (5 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIESTROGENS/MODIFIERS		
<i>fulvestrant 250 mg/5ml soln prsy</i>	Tier 5	
INLURIYO 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	Tier 4	
ANTIMETABOLITES		
<i>mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension</i>	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	Tier 2	
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	QL (14 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABLOID 40 MG TAB	Tier 3	
ANTINEOPLASTICS, OTHER		
AKEEGA (100-500 MG TAB, 50-500 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 160 MG CAP	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 40 MG CAP	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 1 MG CAP	Tier 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 5 MG CAP	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>hydroxyurea 500 mg cap</i>	Tier 2	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
INQOVI 35-100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (5 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IWILFIN 192 MG TAB	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LEDERLE LEUCOVORIN 5 MG TAB	Tier 2	
<i>leucovorin calcium (10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>leucovorin calcium (100 mg recon soln, 350 mg recon soln)</i>	Tier 4	
LONSURF 15-6.14 MG TAB	Tier 5	LA, QL (100 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LONSURF 20-8.19 MG TAB	Tier 5	LA, QL (80 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYSODREN 500 MG TAB	Tier 5	
MODEYSO 125 MG CAP	Tier 5	LA, QL (20 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
QINLOCK 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
WELIREG 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZOLINZA 100 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AROMATASE INHIBITORS, 3RD GENERATION		
<i>anastrozole 1 mg tab</i>	Tier 1	
<i>exemestane 25 mg tab</i>	Tier 4	
<i>letrozole 2.5 mg tab</i>	Tier 2	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ENZIME INHIBITORS		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 0.8 & 200 MG THER PACK	Tier 5	LA, QL (66 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 80 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MOLECULAR TARGET INHIBITORS		
ALECENSA 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG (180 MG TAB, 90 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 30 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AYVAKIT (100 MG TAB, 200 MG TAB, 25 MG TAB, 300 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 3 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 4 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية وأو القيود وأو الحدود المفروضة على الاستخدام
BOSULIF (400 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG CAP	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 50 MG CAP	Tier 5	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRAFTOVI 75 MG CAP	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 160 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 80 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALQUENCE (100 MG CAP, 100 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 300 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 MG KIT	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 MG & 80 MG KIT	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 MG KIT	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (56 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
COTELLIC 20 MG TAB	Tier 5	LA, QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (20 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERIVEDGE 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl 25 mg tab</i>	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (10 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2 mg tab sol, 3 mg tab sol, 5 mg tab sol)</i>	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FOTIVDA (0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GAVRETO 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>gefitinib 250 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
GOMEKLI 1 MG CAP	Tier 5	LA, QL (126 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 1 MG TAB SOL	Tier 5	LA, QL (168 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 2 MG CAP	Tier 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
HERNEXEOS 60 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
HYRNUO 10 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE (100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB, 75 MG CAP, 75 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBTROZI 200 MG CAP	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IDHIFA (100 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>	Tier 4	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (140 MG CAP, 140 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (280 MG TAB, 420 MG TAB, 560 MG TAB, 70 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	LA, QL (216 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 1 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INREBIC 100 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 3 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 9 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (200 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (400 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (42 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (600 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	Tier 5	QL (49 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	Tier 5	QL (70 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	Tier 5	QL (91 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 10 MG CAP	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 5 MG CAP SPRINK	Tier 5	QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 7.5 MG CAP SPRINK	Tier 5	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KRAZATI 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i>	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 10 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 120 MG TAB	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 240 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 320 MG TAB	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (140 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	Tier 5	LA, QL (40 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 2 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
MEKTOVI 15 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NERLYNX 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>nilotinib hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NINLARO (2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	Tier 5	QL (3 PER 21 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ODOMZO 200 MG CAP	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 150 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP	Tier 5	LA, QL (96 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>pazopanib hcl 200 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PAZOPANIB HCL 400 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEMAZYRE (13.5 MG TAB, 4.5 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & 50 MG TAB THPK	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 MG TAB THPK	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO (120 MG TAB, 160 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG CAP	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG TAB	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 80 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 110 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 160 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZLIDHIA 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROMVIMZA (14 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 100 MG CAP	Tier 5	QL (5 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 200 MG CAP	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 50 MG PACKET	Tier 5	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RYDAPT 25 MG CAP	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
SCEMBLIX 20 MG TAB	Tier 5	QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 40 MG TAB	Tier 5	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
STIVARGA 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>	Tier 5	QL (7 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 25 mg cap</i>	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLN	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	Tier 5	LA, QL (30 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAGRISSE (40 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA 0.25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAZVERIK 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TEPMETKO 225 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
TIBSOVO 250 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRUQAP (160 MG TAB, 160 MG TAB THPK, 200 MG TAB, 200 MG TAB THPK)	Tier 5	LA, QL (64 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TUKYSA (150 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TURALIO 125 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 17.7 MG TAB	Tier 5	LA, QL (28 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 26.5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 10 MG TAB	Tier 3	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (84 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 10 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI (20 MG CAP SPRINK, 200 MG CAP, 250 MG CAP, 50 MG CAP SPRINK)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XOSPATA 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 10 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (16 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 80 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (32 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZEJULA (100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZELBORAF 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYDELIG (100 MG TAB, 150 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYKADIA 150 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETINOIDS		
<i>bexarotene 1 % gel</i>	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bexarotene 75 mg cap</i>	Tier 5	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PANRETIN 0.1 % GEL	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tretinoin 10 mg cap</i>	Tier 5	
TREATMENT ADJUNCTS		
<i>mesna 400 mg tab</i>	Tier 4	
VONJO 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIPARASITICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTHELMINTHICS		
<i>albendazole 200 mg tab</i>	Tier 4	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTIPARASITICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>ivermectin 3 mg tab</i>	Tier 2	
<i>praziquantel 600 mg tab</i>	Tier 3	
ANTIPROTOZOALS		
<i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i>	Tier 4	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl (250-100 mg tab, 62.5-25 mg tab)</i>	Tier 2	
BENZNIDAZOLE 100 MG TAB	Tier 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB	Tier 4	QL (720 PER 365 OVER TIME)
<i>chloroquine phosphate (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	QL (25 PER 30 DAYS)
COARTEM 20-120 MG TAB	Tier 4	QL (24 PER 2 OVER TIME)
<i>hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
IMPAVIDO 50 MG CAP	Tier 5	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
<i>mefloquine hcl 250 mg tab</i>	Tier 2	
<i>nitazoxanide 500 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (6 PER 3 OVER TIME)
<i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>primaquine phosphate 26.3 (15 base) mg tab</i>	Tier 2	
<i>pyrimethamine 25 mg tab</i>	Tier 5	PA
<i>quinine sulfate 324 mg cap</i>	Tier 3	PA, QL (6 PER 1 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTIPARKINSON AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTICHOLINERGICS		
<i>benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>benztropine mesylate 1 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>trihexyphenidyl hcl (0.4 mg/ml solution, 2 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
ANTIPARKINSON AGENTS, OTHER		
<i>amantadine hcl (100 mg cap, 100 mg tab, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone (12.5-50-200 mg tab, 18.75-75-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>entacapone 200 mg tab</i>	Tier 4	QL (8 PER 1 DAYS)
DOPAMINE AGONISTS		
<i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ropinirole hcl er (2 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h, 6 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ropinirole hcl er 12 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>ropinirole hcl er 8 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
DOPAMINE PRECURSORS AND/OR L-AMINO ACID DECARBOXYLASE INHIBITORS		
<i>carbidopa 25 mg tab</i>	Tier 4	
<i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab disp, 25-100 mg tab disp, 25-250 mg tab disp)</i>	Tier 4	
<i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab, 25-100 mg tab, 25-250 mg tab)</i>	Tier 2	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTIPARKINSON AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>carbidopa-levodopa er (25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er)</i>	Tier 2	
MONOAMINE OXIDASE B (MAO-B) INHIBITORS		
<i>rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)</i>	Tier 2	

ANTIPSYCHOTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
1ST GENERATION/TYPICAL		
<i>chlorpromazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 100 mg/ml conc, 200 mg tab, 25 mg tab, 25 mg/ml solution, 30 mg/ml conc, 50 mg tab, 50 mg/2ml solution)</i>	Tier 4	
<i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i>	Tier 4	
FLUPHENAZINE HCL (1 MG TAB, 10 MG TAB, 2.5 MG TAB, 2.5 MG/5ML ELIXIR, 2.5 MG/ML SOLUTION, 5 MG TAB, 5 MG/ML CONC)	Tier 4	
<i>haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>haloperidol decanoate (100 mg/ml solution, 50 mg/ml solution)</i>	Tier 3	
<i>haloperidol lactate 2 mg/ml conc</i>	Tier 3	
<i>haloperidol lactate 5 mg/ml solution</i>	Tier 2	
<i>loxapine succinate (10 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
MOLINDONE HCL 10 MG TAB	Tier 4	QL (8 PER 1 DAYS)
MOLINDONE HCL 25 MG TAB	Tier 4	QL (9 PER 1 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTIPSYCHOTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
MOLINDONE HCL 5 MG TAB	Tier 4	QL (12 PER 1 DAYS)
PIMOZIDE (1 MG TAB, 2 MG TAB)	Tier 3	
<i>thioridazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>thiothixene (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 3	
<i>trifluoperazine hcl (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
2ND GENERATION/ATYPICAL		
ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>aripiprazole (10 mg tab disp, 15 mg tab disp)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	Tier 4	QL (25 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole 2 mg tab</i>	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole 5 mg tab</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>asenapine maleate (10 mg sl tab, 2.5 mg sl tab, 5 mg sl tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERZOFRI 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 156 MG/ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 351 MG/2.25ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (4.5 ML PER 365 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTIPSYCHOTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ERZOFRI 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB)	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT (10 MG TAB, 12 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK A 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TAB	Tier 4	QL (12 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK C 1 & 2 & 6 MG TAB	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (3.5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.88 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTIPSYCHOTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.32 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.75 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (2.63 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lurasidone hcl (120 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lurasidone hcl 80 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>olanzapine (10 mg recon soln, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 20 mg tab disp, 5 mg tab disp)</i>	Tier 4	
<i>olanzapine (10 mg tab, 15 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	
OPIPZA (10 MG FILM, 5 MG FILM)	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OPIPZA 2 MG FILM	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>paliperidone er (1.5 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 9 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>paliperidone er 6 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PERSERIS (120 MG PRSYR, 90 MG PRSYR)	Tier 5	QL (1 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>quetiapine fumarate (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>quetiapine fumarate er (150 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 400 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTIPSYCHOTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>risperidone (0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp, 3 mg tab disp, 4 mg tab disp)</i>	Tier 4	
<i>risperidone (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	Tier 3	
<i>risperidone microspheres er (12.5 mg srer, 25 mg srer)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>risperidone microspheres er (37.5 mg srer, 50 mg srer)</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
SECUADO (3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR (0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR 1.5 & 3 MG CAP THPK	Tier 4	QL (7 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i>	Tier 3	
<i>ziprasidone mesylate 20 mg recon soln</i>	Tier 4	
ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ANTIPSYCHOTICS, OTHER		
COBENFY (100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP, 50-20 MG CAP)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COBENFY STARTER PACK 50-20 & 100-20 MG CAP THPK	Tier 5	QL (112 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTIPSYCHOTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
TREATMENT-RESISTANT		
<i>clozapine (100 mg tab disp, 12.5 mg tab disp, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp, 25 mg tab disp)</i>	Tier 4	
<i>clozapine (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (18 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTISPASTICITY AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTISPASTICITY AGENTS		
<i>baclofen (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>baclofen 15 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>baclofen 5 mg tab</i>	Tier 2	QL (16 PER 1 DAYS)
<i>dantrolene sodium (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 2	

ANTIVIRALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTI-CYTOMEGALOVIRUS (CMV) AGENTS		
LIVTENCITY 200 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
PREVYMIS (120 MG PACKET, 20 MG PACKET)	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
PREVYMIS (240 MG TAB, 480 MG TAB)	Tier 5	QL (200 PER 365 OVER TIME)
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln</i>	Tier 4	QL (18 PER 1 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTIVIRALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTI-HEPATITIS B (HBV) AGENTS		
<i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (21 PER 1 DAYS)
<i>entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
EPIVIR HBV 5 MG/ML SOLUTION	Tier 3	
<i>lamivudine 100 mg tab</i>	Tier 3	
ANTI-HEPATITIS C (HCV) AGENTS		
MAVYRET 100-40 MG TAB	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
MAVYRET 50-20 MG PACKET	Tier 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
RIBAVIRIN (200 MG CAP, 200 MG TAB)	Tier 2	
<i>ribavirin 6 gm recon soln</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, INTEGRASE INHIBITORS (INSTI)		
BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	Tier 3	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
ISENTRESS HD 600 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
TIVICAY (25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
TIVICAY 10 MG TAB	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTIVIRALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NNRTI)		
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EDURANT 25 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
EDURANT PED 2.5 MG TAB SOL	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS)
EFAVIRENZ 200 MG CAP	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
EFAVIRENZ 50 MG CAP	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz 600 mg tab</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg tab</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir (400-300-300 mg tab, 600-300-300 mg tab)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitab-rilpivir-tenofov df 200-25-300 mg tab</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>etravirine 100 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>etravirine 200 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	Tier 4	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine 200 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	QL (40 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE ER 100 MG TAB ER 24H	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine er 400 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
PIFELTRO 100 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>rilpivirine hcl 25 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, NUCLEOSIDE AND NUCLEOTIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NRTI)		
<i>abacavir sulfate 20 mg/ml solution</i>	Tier 4	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTIVIRALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
CIMDUO 300-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitabine 200 mg cap</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine (10 mg/ml solution, 300 mg/30ml solution)</i>	Tier 3	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 150 mg tab</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 300 mg tab</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
STAVUDINE (15 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP, 40 MG CAP)	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
TRIZIVIR 300-150-300 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD (200 MG TAB, 250 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
VIREAD 150 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD 40 MG/GM POWDER	Tier 4	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 100 mg cap</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine 300 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine 50 mg/5ml syrup</i>	Tier 2	QL (60 PER 1 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, OTHER		
CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP	Tier 5	QL (4 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTIVIRALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	Tier 5	QL (6 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>maraviroc 150 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>maraviroc 300 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (60 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 25 MG TAB	Tier 3	QL (8 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 75 MG TAB	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS)
SUNLENCA 300 MG TAB	Tier 5	LA, QL (24 PER 168 OVER TIME)
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	Tier 5	QL (4 PER 180 OVER TIME)
SUNLENCA 463.5 MG/1.5ML SOLUTION	Tier 5	QL (3 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	Tier 5	QL (5 PER 180 OVER TIME)
TYBOST 150 MG TAB	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, PROTEASE INHIBITORS (PI)		
APTIVUS 250 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate 300 mg cap</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>darunavir 600 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>darunavir 800 mg tab</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>fosamprenavir calcium 700 mg tab</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
KALETRA 400-100 MG/5ML SOLUTION	Tier 4	QL (13 PER 1 DAYS)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	Tier 4	QL (56 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab</i>	Tier 4	QL (10 PER 1 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTIVIRALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5ml solution</i>	Tier 4	QL (13 PER 1 DAYS)
NORVIR 100 MG CAP	Tier 4	
NORVIR 100 MG PACKET	Tier 4	QL (12 PER 1 DAYS)
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (15 PER 1 DAYS)
PREZCOBIX (675-150 MG TAB, 800-150 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (12 PER 1 DAYS)
PREZISTA 150 MG TAB	Tier 3	QL (8 PER 1 DAYS)
PREZISTA 75 MG TAB	Tier 3	QL (10 PER 1 DAYS)
REYATAZ 50 MG PACKET	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>ritonavir 100 mg tab</i>	Tier 3	QL (12 PER 1 DAYS)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TAB	Tier 5	QL (9 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
ANTI-INFLUENZA AGENTS		
<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i>	Tier 3	QL (120 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i>	Tier 3	QL (42 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i>	Tier 3	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>	Tier 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RIMANTADINE HCL 100 MG TAB	Tier 4	
XOFLUZA (40 MG DOSE) 1 X 40 MG TAB THPK	Tier 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
XOFLUZA (80 MG DOSE) 1 X 80 MG TAB THPK	Tier 4	QL (1 PER 30 OVER TIME)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANTIVIRALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTIHERPETIC AGENTS		
<i>acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>acyclovir (200 mg/5ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i>	Tier 4	
<i>acyclovir sodium 50 mg/ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS		
LAGEVRIO 200 MG CAP	Tier 5	QL (40 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (150/100) 10 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	Tier 2	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100 & 150/100) 6 X 150 MG & 5 X 100MG TAB THPK	Tier 2	QL (11 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100) 20 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	Tier 2	QL (30 PER 30 OVER TIME)

ANXIOLYTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANXIOLYTICS, OTHER		
<i>buspirone hcl (10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	
BENZODIAZEPINES		
<i>alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam 2 mg tab</i>	Tier 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp)</i>	Tier 3	QL (40 PER 1 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ANXIOLYTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>clonazepam 0.5 mg tab</i>	Tier 2	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 1 mg tab</i>	Tier 2	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 1 mg tab disp</i>	Tier 3	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 2 mg tab</i>	Tier 2	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 2 mg tab disp</i>	Tier 3	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 15 mg tab</i>	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tab</i>	Tier 4	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 7.5 mg tab</i>	Tier 4	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>diazepam (5 mg tab, 5 mg/ml conc)</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 10 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 2 mg tab</i>	Tier 2	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 5 mg/5ml solution</i>	Tier 2	QL (60 PER 1 DAYS)
<i>diazepam intensol 5 mg/ml conc</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 0.5 mg tab</i>	Tier 2	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 1 mg tab</i>	Tier 2	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 2 mg tab</i>	Tier 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 2 mg/ml conc</i>	Tier 3	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam intensol 2 mg/ml conc</i>	Tier 3	QL (5 PER 1 DAYS)

BIPOLAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
MOOD STABILIZERS		
<i>lithium 8 meq/5ml solution</i>	Tier 2	
<i>lithium carbonate (150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>lithium carbonate er (300 mg tab er, 450 mg tab er)</i>	Tier 2	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTIDIABETIC AGENTS		
<i>acarbose (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>glipizide (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>glipizide er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
<i>glipizide xl (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
<i>glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)	Tier 1	
<i>glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	Tier 1	
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET (50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUMET XR (100-1000 MG TAB ER 24H, 50-500 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET XR 50-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUVIA (25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUVIA 100 MG TAB	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JENTADUETO (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 2.5-850 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB, 40 MG TAB)	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>metformin hcl (1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>metformin hcl er (500 mg tab er 24h, 750 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
MOUNJARO (10 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 12.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 15 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 2.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 7.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>nateglinide (120 mg tab, 60 mg tab)</i>	Tier 1	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 4 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
<i>pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)</i>	Tier 1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl (15-500 mg tab, 15-850 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 1	
RYBELSUS (14 MG TAB, 3 MG TAB, 7 MG TAB)	Tier 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNJARDY (12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB, 5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR (10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
TRADJENTA 5 MG TAB	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRULICITY (0.75 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 3 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 4.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
XIGDUO XR (10-1000 MG TAB ER 24H, 10-500 MG TAB ER 24H, 5-500 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
XIGDUO XR (2.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
GLYCEMIC AGENTS		
BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	Tier 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	Tier 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>	Tier 5	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLN	Tier 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
GLUCAGON EMERGENCY (1 MG RECON SOLN, 1 MG/ML RECON SOLN)	Tier 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
INSULINS		
FIASP 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
FIASP FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
FIASP PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	Tier 3	
FIASP PUMPCART 100 UNIT/ML SOLN CART	Tier 3	
HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART	Tier 3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	Tier 3	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN (50-50) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMULIN N 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	
HUMULIN N KWIKPEN 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMULIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 500 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 500 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
INSULIN ASPART FLEXPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN ASPART PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	Tier 3	
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	QL (40 PER 30 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (45 PER 30 DAYS)
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
NOVOLIN R FLEXPEN RELION 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
NOVOLOG 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
NOVOLOG FLEXPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
NOVOLOG FLEXPEN RELION 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	Tier 3	
NOVOLOG RELION 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (18 PER 28 DAYS)
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (18 PER 28 DAYS)
TRESIBA 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (27 PER 30 DAYS)

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTICOAGULANTS		
<i>dabigatran etexilate mesylate (110 mg cap, 150 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (0.15 MG CAP SPRINK, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (1.5 MG PACK) 3 X 0.5 MG TAB SOL	Tier 3	QL (12 PER 1 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ELIQUIS (2 MG PACK) 4 X 0.5 MG TAB SOL	Tier 3	QL (16 PER 1 DAYS)
ELIQUIS 0.5 MG TAB SOL	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	Tier 3	QL (74 PER 180 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsy, 150 mg/ml soln prsy, 300 mg/3ml solution)</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium (120 mg/0.8ml soln prsy, 80 mg/0.8ml soln prsy)</i>	Tier 4	QL (48 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsy</i>	Tier 4	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsy</i>	Tier 4	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsy</i>	Tier 4	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution</i>	Tier 5	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution</i>	Tier 4	QL (15 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution</i>	Tier 5	QL (12 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution</i>	Tier 5	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>heparin sodium (porcine) (1000 unit/ml solution, 10000 unit/ml solution, 20000 unit/ml solution, 5000 unit/ml solution)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>jantoven (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>rivaroxaban 1 mg/ml recon susp</i>	Tier 3	QL (20 ML PER 1 DAYS)
<i>rivaroxaban 2.5 mg tab</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>warfarin sodium (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 1	
XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
XARELTO 1 MG/ML RECON SUSP	Tier 3	QL (20 PER 1 DAYS)
XARELTO 2.5 MG TAB	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	Tier 3	QL (51 PER 180 OVER TIME)
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS, OTHER		
<i>anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)</i>	Tier 3	
ARANESP (ALBUMIN FREE) (10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 100 MCG/ML SOLUTION, 25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, 25 MCG/ML SOLUTION, 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MCG/ML SOLUTION, 60 MCG/ML SOLUTION)	Tier 4	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) (100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 200 MCG/ML SOLUTION, 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR, 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA
<i>eltrombopag olamine (12.5 mg packet, 12.5 mg tab)</i>	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>eltrombopag olamine (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>eltrombopag olamine 25 mg packet</i>	Tier 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>eltrombopag olamine 75 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
FULPHILA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
NIVESTYM (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION)	Tier 5	PA
RETACRIT (10000 UNIT/ML SOLUTION, 2000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION)	Tier 4	PA
UDENYCA (6 MG/0.6ML SOLN A-INJ, 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
HEMOSTASIS AGENTS		
<i>tranexamic acid 650 mg tab</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
PLATELET MODIFYING AGENTS		
<i>aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap er 12h</i>	Tier 4	
<i>cilostazol (100 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>	Tier 1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>dipyridamole (25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>prasugrel hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ticagrelor (60 mg tab, 90 mg tab)</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS		
<i>clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)</i>	Tier 3	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>droxidopa 100 mg cap</i>	Tier 4	PA, QL (18 PER 1 DAYS)
<i>droxidopa 200 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (9 PER 1 DAYS)
<i>droxidopa 300 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (84 PER 90 OVER TIME)
<i>guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
METHYLDOPA (250 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 2	
<i>midodrine hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 3	
ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<i>doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>terazosin hcl (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 1	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>candesartan cilexetil (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>irbesartan (150 mg tab, 300 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>losartan potassium (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>olmesartan medoxomil (20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>valsartan (160 mg tab, 320 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME (ACE) INHIBITORS		
<i>benazepril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>captopril (100 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>enalapril maleate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>lisinopril (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>moexipril hcl (15 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 1	
PERINDOPRIL ERBUMINE (2 MG TAB, 4 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 1	
<i>quinapril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>ramipril (1.25 mg cap, 10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 1	
<i>trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 1	
ANTIARRHYTHMICS		
<i>amiodarone hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>amiodarone hcl 200 mg tab</i>	Tier 2	
<i>digitek (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digox (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)</i>	Tier 4	
<i>flecainide acetate (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)</i>	Tier 2	
MULTAQ 400 MG TAB	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pacerone (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>pacerone 200 mg tab</i>	Tier 2	
<i>propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 2	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
QUINIDINE SULFATE (200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 2	
<i>sorine (120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>sotalol hcl (120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>sotalol hcl (af) (120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<i>acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>atenolol (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>bisoprolol fumarate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>carvedilol (12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metoprolol succinate er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
<i>metoprolol tartrate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>nebivolol hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>pindolol (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
PROPRANOLOL HCL (20 MG/5ML SOLUTION, 40 MG/5ML SOLUTION)	Tier 3	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>propranolol hcl er (120 mg cap er 24h, 160 mg cap er 24h, 60 mg cap er 24h, 80 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>timolol maleate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, DIHYDROPYRIDINES		
<i>amlodipine besylate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>felodipine er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>isradipine (2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 3	
<i>nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>nifedipine er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>nifedipine er osmotic release (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>nimodipine 30 mg cap</i>	Tier 4	
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, NONDIHYDROPYRIDINES		
<i>cartia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>dilt-xr (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl (120 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>diltiazem hcl er (120 mg cap er 12h, 120 mg cap er 24h, 120 mg tab er 24h, 180 mg cap er 24h, 180 mg tab er 24h, 240 mg cap er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h, 60 mg cap er 12h, 90 mg cap er 12h)</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl er beads 420 mg cap er 24h</i>	Tier 2	
<i>matzim la (180 mg tab er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>taztia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>tiadylt er (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h, 420 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>verapamil hcl (120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
VERAPAMIL HCL ER (100 MG CAP ER 24H, 200 MG CAP ER 24H, 300 MG CAP ER 24H, 360 MG CAP ER 24H)	Tier 4	
<i>verapamil hcl er (120 mg cap er 24h, 120 mg tab er, 180 mg cap er 24h, 180 mg tab er, 240 mg cap er 24h, 240 mg tab er)</i>	Tier 2	
CARDIOVASCULAR AGENTS, OTHER		
<i>acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab</i>	Tier 2	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>amlodipine besy-benazepril hcl (10-20 mg cap, 10-40 mg cap, 2.5-10 mg cap, 5-10 mg cap, 5-20 mg cap, 5-40 mg cap)</i>	Tier 1	
<i>amlodipine besylate-valsartan (10-160 mg tab, 10-320 mg tab, 5-160 mg tab, 5-320 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>amlodipine-atorvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab, 2.5-10 mg tab, 2.5-20 mg tab, 2.5-40 mg tab, 5-10 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 5-80 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>amlodipine-olmesartan (10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>amlodipine-valsartan-hctz (10-160-12.5 mg tab, 10-160-25 mg tab, 10-320-25 mg tab, 5-160-12.5 mg tab, 5-160-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>atenolol-chlorthalidone (100-25 mg tab, 50-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab, 5-6.25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (10-6.25 mg tab, 2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)</i>	Tier 1	
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE (25-15 MG TAB, 25-25 MG TAB, 50-15 MG TAB, 50-25 MG TAB)	Tier 1	
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	Tier 4	PA, QL (20 PER 1 DAYS)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide (10-25 mg tab, 5-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
ENTRESTO (15-16 MG CAP SPRINK, 6-6 MG CAP SPRINK)	Tier 3	QL (8 PER 1 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>losartan potassium-hctz (100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide (100-25 mg tab, 100-50 mg tab, 50-25 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metyrosine 250 mg cap</i>	Tier 5	
<i>olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>olmesartan-amlodipine-hctz (20-5-12.5 mg tab, 40-10-12.5 mg tab, 40-10-25 mg tab, 40-5-12.5 mg tab, 40-5-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>pentoxifylline er 400 mg tab er</i>	Tier 2	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>ranolazine er (1000 mg tab er 12h, 500 mg tab er 12h)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>sacubitril-valsartan (24-26 mg tab, 49-51 mg tab, 97-103 mg tab)</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>spironolactone-hctz 25-25 mg tab</i>	Tier 2	
<i>telmisartan-amlodipine (40-10 mg tab, 40-5 mg tab, 80-10 mg tab, 80-5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)</i>	Tier 1	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER (1-240 MG TAB ER, 2-180 MG TAB ER, 2-240 MG TAB ER, 4-240 MG TAB ER)	Tier 1	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide (160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab, 80-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
VERQUVO (10 MG TAB, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
DIURETICS, LOOP		
<i>bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>bumetanide 0.25 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>furosemide (10 mg/ml solution, 20 mg tab, 40 mg tab, 8 mg/ml solution, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>furosemide 10 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>torseamide (10 mg tab, 100 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
DIURETICS, POTASSIUM-SPARING		
<i>amiloride hcl 5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>spironolactone (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
DIURETICS, THIAZIDE		
<i>chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>metolazone (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
DYSLIPIDEMICS, FIBRIC ACID DERIVATIVES		
<i>fenofibrate (134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab, 200 mg cap, 48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap)</i>	Tier 2	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>fenofibrate micronized (130 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap, 43 mg cap, 67 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>fenofibric acid (135 mg cap dr, 45 mg cap dr)</i>	Tier 3	
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	Tier 2	
DYSLIPIDEMICS, HMG COA REDUCTASE INHIBITORS		
<i>atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 1	
<i>fluvastatin sodium er 80 mg tab er 24h</i>	Tier 2	
<i>lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>rosuvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>simvastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
DYSLIPIDEMICS, OTHER		
<i>cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	Tier 3	
<i>cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	Tier 2	
<i>colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)</i>	Tier 3	
<i>colestipol hcl 1 gm tab</i>	Tier 2	
<i>ezetimibe 10 mg tab</i>	Tier 2	
<i>ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i>	Tier 2	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACIN (ANTIHYPERTENSIVE) 500 MG TAB	Tier 4	
<i>niacin er (antihyperlipidemic) (1000 mg tab er, 750 mg tab er)</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab er</i>	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACOR 500 MG TAB	Tier 4	
<i>omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	Tier 3	
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	Tier 3	PA
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 3	PA
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)		
DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL (10 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
FARXIGA (10 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL		
<i>hydralazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>minoxidil (10 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	Tier 2	
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS		
<i>isosorbide dinitrate (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>isosorbide mononitrate er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

CARDIOVASCULAR AGENTS

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

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, AMPHETAMINES		
<i>amphetamine-dextroamphet er (10 mg cap er 24h, 15 mg cap er 24h, 20 mg cap er 24h, 25 mg cap er 24h, 30 mg cap er 24h, 5 mg cap er 24h)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine (10 mg tab, 15 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab</i>	Tier 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 15 mg tab</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 20 mg tab</i>	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 30 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, NON-AMPHETAMINES		
<i>atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)</i>	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>atomoxetine hcl (100 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>atomoxetine hcl 40 mg cap</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dexmethylphenidate hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>guanfacine hcl er (1 mg tab er 24h, 2 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab)</i>	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 10 mg chew tab</i>	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 10 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 20 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 5 mg tab</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 10 mg tab er</i>	Tier 3	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 20 mg tab er</i>	Tier 3	QL (3 PER 1 DAYS)
CENTRAL NERVOUS SYSTEM, OTHER		
<i>bac (butalbital-acetamin-caff) 50-325-40 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>riluzole 50 mg tab</i>	Tier 3	
<i>tetrabenazine 12.5 mg tab</i>	Tier 4	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>tetrabenazine 25 mg tab</i>	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
VEOZAH 45 MG TAB	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
FIBROMYALGIA AGENTS		
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAP DR	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP DR	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 40 MG CAP DR	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 60 MG CAP DR	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>duloxetine hcl (20 mg cp dr part, 60 mg cp dr part)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>duloxetine hcl 30 mg cp dr part</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>duloxetine hcl 40 mg cp dr part</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin (100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 3	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	Tier 3	QL (30 PER 1 DAYS)
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS		
BETASERON 0.3 MG KIT	Tier 5	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>dalfampridine er 10 mg tab er 12h</i>	Tier 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate 120 mg cap dr</i>	Tier 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate 240 mg cap dr</i>	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk</i>	Tier 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>fingolimod hcl 0.5 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr</i>	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr</i>	Tier 5	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>glatopa 20 mg/ml soln prsyr</i>	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatopa 40 mg/ml soln prsyr</i>	Tier 5	PA, QL (12 PER 28 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>teriflunomide (14 mg tab, 7 mg tab)</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

DENTAL AND ORAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
DENTAL AND ORAL AGENTS		
<i>cevimeline hcl 30 mg cap</i>	Tier 4	
<i>chlorhexidine gluconate 0.12 % solution</i>	Tier 2	
<i>kourzeq 0.1 % paste</i>	Tier 3	
<i>oralone 0.1 % paste</i>	Tier 3	
<i>periogard 0.12 % solution</i>	Tier 2	
<i>pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>triamcinolone acetonide 0.1 % paste</i>	Tier 3	

DERMATOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ACNE AND ROSACEA AGENTS		
<i>accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>amnesteam (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel</i>	Tier 4	
<i>claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox 1.2-5 % gel</i>	Tier 3	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

DERMATOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>myorisan (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion</i>	Tier 3	
<i>tazarotene (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.1 % cream, 0.1 % gel)</i>	Tier 4	
<i>tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % cream, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.1 % cream)</i>	Tier 4	PA
<i>zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
DERMATITIS AND PRURITUS AGENTS		
<i>ala-cort 1 % cream</i>	Tier 2	
<i>alclometasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	Tier 3	
<i>ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)</i>	Tier 2	
<i>betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>betamethasone dipropionate aug (0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	Tier 3	
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % cream</i>	Tier 2	
<i>betamethasone valerate (0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>	Tier 4	
<i>clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % foam, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)</i>	Tier 4	
<i>clobetasol propionate 0.05 % liquid</i>	Tier 4	QL (250 PER 30 DAYS)
<i>clobetasol propionate e 0.05 % cream</i>	Tier 4	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

DERMATOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>desonide (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	Tier 4	
<i>desoximetasone 0.25 % cream</i>	Tier 4	
EUCRISA 2 % OINTMENT	Tier 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
<i>fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)</i>	Tier 3	
<i>fluocinolone acetonide 0.01 % solution</i>	Tier 4	
<i>fluocinolone acetonide body 0.01 % oil</i>	Tier 4	
<i>fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil</i>	Tier 4	
<i>fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution, 0.1 % cream)</i>	Tier 3	
<i>fluocinonide emulsified base 0.05 % cream</i>	Tier 3	
<i>fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)</i>	Tier 2	
<i>halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	Tier 4	QL (200 PER 28 DAYS)
<i>hydrocortisone (1 % cream, 1 % ointment, 2.5 % cream, 2.5 % lotion, 2.5 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>hydrocortisone (perianal) (1 % cream, 2.5 % cream)</i>	Tier 2	
<i>hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment</i>	Tier 4	
<i>mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution)</i>	Tier 2	
<i>procto-med hc 2.5 % cream</i>	Tier 2	
<i>proctosol hc 2.5 % cream</i>	Tier 2	
<i>proctozone-hc 2.5 % cream</i>	Tier 2	
<i>selenium sulfide 2.5 % lotion</i>	Tier 2	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

DERMATOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>tacrolimus (0.03 % ointment, 0.1 % ointment)</i>	Tier 4	QL (100 PER 30 DAYS)
<i>triamcinolone acetonide (0.025 % cream, 0.025 % lotion, 0.025 % ointment, 0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment, 0.5 % cream, 0.5 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>triderm 0.5 % cream</i>	Tier 2	
DERMATOLOGICAL AGENTS, OTHER		
<i>alcohol wipes 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>calcipotriene (0.005 % cream, 0.005 % ointment)</i>	Tier 4	
<i>calcipotriene 0.005 % solution</i>	Tier 3	
<i>calcitrene 0.005 % ointment</i>	Tier 3	
<i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream</i>	Tier 2	
<i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion</i>	Tier 4	
<i>cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>fluorouracil (2 % solution, 5 % solution)</i>	Tier 2	
<i>fluorouracil 5 % cream</i>	Tier 3	
<i>imiquimod 5 % cream</i>	Tier 2	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>isopropyl alcohol 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>medpura alcohol pads 70 % misc</i>	Tier 2	
METHOXSALEN RAPID 10 MG CAP	Tier 5	
<i>nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)</i>	Tier 4	
OTEZLA (20 MG TAB, 30 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
OTEZLA XR 75 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>podofilox 0.5 % solution</i>	Tier 2	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

DERMATOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>qc alcohol 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	Tier 2	
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>silver sulfadiazine 1 % cream</i>	Tier 2	
<i>ssd 1 % cream</i>	Tier 2	
TOLAK 4 % CREAM	Tier 3	
VALCHLOR 0.016 % GEL	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEDICULICIDES/SCABICIDES		
<i>malathion 0.5 % lotion</i>	Tier 4	
<i>permethrin 5 % cream</i>	Tier 2	
TOPICAL ANTI-INFECTIVES		
<i>acyclovir 5 % ointment</i>	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ciclodan 8 % solution</i>	Tier 2	
<i>ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo)</i>	Tier 4	
<i>ciclopirox 8 % solution</i>	Tier 2	
<i>ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)</i>	Tier 2	
<i>clindamycin phos (once-daily) 1 % gel</i>	Tier 2	
<i>clindamycin phos (twice-daily) 1 % gel</i>	Tier 2	
<i>clindamycin phosphate (1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab)</i>	Tier 2	
ERY 2 % PAD	Tier 3	
<i>erythromycin 2 % gel</i>	Tier 4	
<i>erythromycin 2 % solution</i>	Tier 2	
<i>mupirocin 2 % ointment</i>	Tier 2	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ELECTROLYTE/MINERAL REPLACEMENT		
<i>dextrose 10 % solution</i>	Tier 4	
<i>dextrose 5 % solution</i>	Tier 3	
<i>dextrose in lactated ringers 5 % solution</i>	Tier 4	
DEXTROSE-NAACL 5-0.9 % SOLUTION	Tier 3	
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE (10-0.2 % SOLUTION, 10-0.45 % SOLUTION, 2.5-0.45 % SOLUTION, 5-0.2 % SOLUTION, 5-0.225 % SOLUTION, 5-0.3 % SOLUTION, 5-0.33 % SOLUTION)	Tier 4	
<i>dextrose-sodium chloride (5-0.45 % solution, 5-0.9 % solution)</i>	Tier 3	
<i>kcl in dextrose-nacl (20-5-0.2 meq/l-%-% solution, 20-5-0.225 meq/l-%-% solution, 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, 40-5-0.9 meq/l-%-% solution)</i>	Tier 4	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	Tier 4	
<i>klor-con 10 10 meq tab er</i>	Tier 2	
KLOR-CON 8 MEQ TAB ER	Tier 2	
<i>klor-con m10 10 meq tab er</i>	Tier 2	
<i>klor-con m15 15 meq tab er</i>	Tier 2	
<i>klor-con m20 20 meq tab er</i>	Tier 2	
<i>lactated ringers solution</i>	Tier 4	
<i>magnesium sulfate 50 % solution</i>	Tier 4	
<i>nafrinse 2.2 (1 f) mg chew tab</i>	Tier 2	
PNV 27-CA/FE/FA 60-1 MG TAB	Tier 3	
<i>potassium chloride (10 % solution, 10 meq/100ml solution, 2 meq/ml solution, 20 meq/100ml solution, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/15ml (20%) solution)</i>	Tier 4	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>potassium chloride crys er (10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er)</i>	Tier 2	
<i>potassium chloride er (10 meq cap er, 10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er, 8 meq cap er, 8 meq tab er)</i>	Tier 2	
<i>potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution</i>	Tier 4	
<i>potassium chloride in nacl (20-0.9 meq/l-% solution, 40-0.9 meq/l-% solution)</i>	Tier 4	
<i>potassium citrate er (10 meq (1080 mg) tab er, 15 meq (1620 mg) tab er, 5 meq (540 mg) tab er)</i>	Tier 3	
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 20 MEQ/L SOLUTION	Tier 4	
PREMASOL 10 % SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>prenatal vitamins</i>	Tier 3	
<i>ringers solution</i>	Tier 4	
<i>sodium chloride (0.45 % solution, 0.9 % solution, 2.5 meq/ml solution, 3 % solution, 5 % solution)</i>	Tier 4	
<i>sodium chloride (pf) 0.9 % solution</i>	Tier 4	
<i>sodium fluoride (0.55 (0.25 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg/ml solution, 2.2 (1 f) mg chew tab)</i>	Tier 2	
TPN ELECTROLYTES CONC	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ELECTROLYTE/MINERAL/METAL MODIFIERS		
<i>deferasirox (250 mg tab sol, 500 mg tab sol)</i>	Tier 5	
<i>deferasirox 125 mg tab sol</i>	Tier 3	
<i>tolvaptan (15 mg tab thpk, 30 & 15 mg tab thpk, 45 & 15 mg tab thpk, 60 & 30 mg tab thpk, 90 & 30 mg tab thpk)</i>	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>trientine hcl 250 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
TRIENTINE HCL 500 MG CAP	Tier 5	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
PHOSPHATE BINDERS		
<i>calcium acetate (phos binder) 667 mg cap</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sevelamer carbonate 800 mg tab</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
POTASSIUM BINDERS		
<i>kionex 15 gm/60ml suspension</i>	Tier 2	
LOKELMA (10 GM PACKET, 5 GM PACKET)	Tier 3	
<i>sodium polystyrene sulfonate (15 gm/60ml suspension, powder)</i>	Tier 2	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (15 GM/60ML SUSPENSION, 30 GM/120ML SUSPENSION)	Tier 2	

GASTROINTESTINAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTI-CONSTIPATION AGENTS		
<i>constulose 10 gm/15ml solution</i>	Tier 2	
<i>enulose 10 gm/15ml solution</i>	Tier 2	
<i>gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln</i>	Tier 2	
<i>generlac 10 gm/15ml solution</i>	Tier 2	
<i>lactulose (10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution)</i>	Tier 2	
<i>lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution</i>	Tier 2	
LINZESS (145 MCG CAP, 290 MCG CAP, 72 MCG CAP)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lubiprostone (24 mcg cap, 8 mcg cap)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

GASTROINTESTINAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution</i>	Tier 3	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln</i>	Tier 2	
ANTI-DIARRHEAL AGENTS		
<i>alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	PA
<i>diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab</i>	Tier 2	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG/5ML LIQUID	Tier 4	
<i>loperamide hcl 2 mg cap</i>	Tier 2	
XERMELO 250 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ANTISPASMODICS, GASTROINTESTINAL		
<i>dicyclomine hcl (10 mg cap, 20 mg tab)</i>	Tier 2	PA
<i>dicyclomine hcl 10 mg/5ml solution</i>	Tier 4	PA
<i>glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>methscopolamine bromide (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	
GASTROINTESTINAL AGENTS, OTHER		
<i>cromolyn sodium 100 mg/5ml conc</i>	Tier 4	
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	Tier 2	
<i>gavilyte-g 236 gm recon soln</i>	Tier 2	
OMNITROPE 10 MG/1.5ML SOLN CART	Tier 5	PA
<i>peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln</i>	Tier 2	
<i>ursodiol (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 3	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

GASTROINTESTINAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>ursodiol 300 mg cap</i>	Tier 4	
HISTAMINE2 (H2) RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>famotidine (20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
NIZATIDINE (150 MG CAP, 300 MG CAP)	Tier 2	
PROTECTANTS		
<i>misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)</i>	Tier 2	
<i>sucralfate 1 gm tab</i>	Tier 2	
PROTON PUMP INHIBITORS		
<i>esomeprazole magnesium 20 mg cap dr</i>	Tier 4	
<i>esomeprazole magnesium 40 mg cap dr</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lansoprazole 15 mg cap dr</i>	Tier 2	
<i>lansoprazole 30 mg cap dr</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>omeprazole 10 mg cap dr</i>	Tier 2	
<i>omeprazole 20 mg cap dr</i>	Tier 1	
<i>omeprazole 40 mg cap dr</i>	Tier 1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pantoprazole sodium 20 mg tab dr</i>	Tier 1	
<i>pantoprazole sodium 40 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>pantoprazole sodium 40 mg tab dr</i>	Tier 1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>rabeprazole sodium 20 mg tab dr</i>	Tier 3	

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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT		
ALDURAZYME 2.9 MG/5ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ARALAST NP (1000 MG RECON SOLN, 500 MG RECON SOLN)	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>betaine powder</i>	Tier 5	
<i>carglumic acid 200 mg tab sol</i>	Tier 5	PA, LA
CREON (12000-38000 UNIT CP DR PART, 24000-76000 UNIT CP DR PART, 3000-9500 UNIT CP DR PART, 36000-114000 UNIT CP DR PART, 6000-19000 UNIT CP DR PART)	Tier 3	
DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP)	Tier 3	
ELAPRASE 6 MG/3ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>l-glutamine 5 gm packet</i>	Tier 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>levocarnitine 330 mg tab</i>	Tier 2	
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>nitisinone (10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 5	PA
REVCOSI 2.4 MG/1.5ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA
<i>sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)</i>	Tier 5	PA
<i>sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)</i>	Tier 5	PA
ZENPEP (10000-32000 UNIT CP DR PART, 15000-47000 UNIT CP DR PART, 20000-63000 UNIT CP DR PART, 25000-79000 UNIT CP DR PART, 3000-10000 UNIT CP DR PART, 40000-126000 UNIT CP DR PART, 5000-24000 UNIT CP DR PART, 60000-189600 UNIT CP DR PART)	Tier 3	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

GENITOURINARY AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTISPASMODICS, URINARY		
GEMTESA 75 MG TAB	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)	Tier 3	
MYRBETRIQ 8 MG/ML SRER	Tier 3	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>oxybutynin chloride 5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>oxybutynin chloride er (10 mg tab er 24h, 15 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>solifenacin succinate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 4	ST
<i>tolterodine tartrate er (2 mg cap er 24h, 4 mg cap er 24h)</i>	Tier 4	ST
<i>tropium chloride 20 mg tab</i>	Tier 2	
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS		
<i>alfuzosin hcl er 10 mg tab er 24h</i>	Tier 2	
<i>dutasteride 0.5 mg cap</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>finasteride 5 mg tab</i>	Tier 1	
<i>silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil 2.5 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil 5 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>	Tier 1	
GENITOURINARY AGENTS, OTHER		
<i>bethanechol chloride (10 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>penicillamine 250 mg tab</i>	Tier 5	PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)		
CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	Tier 4	
<i>decadron (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>dexamethasone (0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml elixir, 0.5 mg/5ml solution, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i>	Tier 2	
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 4 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	
<i>dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 4 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	Tier 2	
<i>methylprednisolone (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>methylprednisolone acetate (40 mg/ml suspension, 80 mg/ml suspension)</i>	Tier 4	
<i>methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>prednisolone 15 mg/5ml solution</i>	Tier 2	
<i>prednisolone sodium phosphate (15 mg/5ml solution, 25 mg/5ml solution, 5 mg/5ml solution, 6.7 (5 base) mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>prednisone (1 mg tab, 10 mg (21) tab thpk, 10 mg (48) tab thpk, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg (21) tab thpk, 5 mg (48) tab thpk, 5 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
PREDNISONE 5 MG/5ML SOLUTION	Tier 3	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
PREDNISON INTENSOL 5 MG/ML CONC	Tier 4	

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)		
<i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution</i>	Tier 4	
<i>desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>desmopressin acetate 4 mcg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>desmopressin acetate spray 0.01 % solution</i>	Tier 4	
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA
OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN)	Tier 5	PA

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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANDROGENS		
<i>danazol (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>depo-testosterone (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)</i>	Tier 3	
<i>testosterone (1.62 % gel, 20.25 mg/act (1.62%) gel, 40.5 mg/2.5gm (1.62%) gel)</i>	Tier 4	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>testosterone (12.5 mg/act (1%) gel, 25 mg/2.5gm (1%) gel, 50 mg/5gm (1%) gel)</i>	Tier 3	PA, QL (300 PER 30 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel</i>	Tier 4	PA, QL (37.5 PER 30 DAYS)
<i>testosterone cypionate (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)</i>	Tier 3	
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)
ESTROGENS		
<i>afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>altavera 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>amethia 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
ARANELLE 0.5/1/0.5-35 MG-MCG TAB	Tier 3	
<i>ashlyna 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>aubra 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aviane 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>ayuna 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>balziva 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>briellyn 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>camrese 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>camrese lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i>	Tier 3	
<i>caziant 0.1/0.125/0.15 -0.025 mg tab</i>	Tier 3	
<i>chateal 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>cryselle 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>cyclafem 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>cyclafem 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>cyred 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>daysee 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>delyla 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>dotti (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>elinest 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 3	
<i>emoquette 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 3	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>enpresse-28 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>enskyce 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>estradiol (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>estradiol (0.025 mg/24hr patch wk, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch wk)</i>	Tier 3	QL (8 PER 28 DAYS)
<i>estradiol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>estradiol 0.01 % cream</i>	Tier 2	
<i>estradiol 10 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>estradiol valerate (10 mg/ml oil, 20 mg/ml oil, 40 mg/ml oil)</i>	Tier 4	
ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)	Tier 3	QL (1 PER 84 OVER TIME)
<i>estrogens conjugated (0.3 mg tab, 0.45 mg tab, 0.625 mg tab, 0.9 mg tab, 1.25 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 mg-mcg tab, 1-50 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 3	
<i>falmina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>feirza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>femynor 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>fyavolv (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)</i>	Tier 4	
<i>hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 3	
<i>iclevia 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>introvale 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>isibloom 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>jaimiess 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>jasmiel 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>jinteli 1-5 mg-mcg tab</i>	Tier 4	
<i>jolessa 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>joyeaux 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	Tier 3	
<i>juleber 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>junel 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>kalliga 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larissia 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lessina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>levonest 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	Tier 3	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day (0.1-0.02 & 0.01 mg tab, 0.15-0.03 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>levonorgest-eth estradiol-iron 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	Tier 3	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad (0.1-20 mg-mcg tab, 0.15-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lillow 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lo-zumandimine 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lojaimiess 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i>	Tier 3	
<i>loryna 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>luizza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>luizza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lutera 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lyllana (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>marlissa 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)	Tier 4	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>mili 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>minzoya 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	Tier 3	
<i>mono-lynyah 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nikki 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	Tier 3	
<i>norethin ace-eth estrad-fe (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>norethin-eth estradiol-fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	Tier 3	
<i>norethindrone acet-ethinyl est (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)</i>	Tier 4	
<i>norgestim-eth estrad triphasic 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nymyo 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>ocella 3-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>orsythia 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>philith 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>pimtrea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>pirmella 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>pirmella 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>portia-28 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	Tier 3	
<i>previfem 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>setlakin 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>simpesse 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>sronyx 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>syeda 3-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-previfem 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>turqoz 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>valtya 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>valtya 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	Tier 3	
<i>vestura 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>vienva 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>vylibra 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>wera 0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	Tier 3	
<i>xelria fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	Tier 3	
<i>xulane 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	Tier 3	
<i>yuvaferm 10 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>zafemy 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	Tier 3	
<i>zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>zovia 1/35e (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>zumandimine 3-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
PROGESTINS		
<i>camila 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>deblitane 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	Tier 3	
<i>emzahh 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>errin 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>gallifrey 5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>heather 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>incassia 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>jencycla 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD	Tier 3	
<i>lyleq 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>lyza 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>medroxyprogesterone acetate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsy, 150 mg/ml suspension)</i>	Tier 3	
<i>megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>meleya 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	Tier 3	
<i>nora-be 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>norethindrone 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>norethindrone acetate 5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>norlyda 0.35 mg tab</i>	Tier 3	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>norlyroc 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>orquidea 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>sharobel 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>tulana 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODIFYING AGENTS		
OSPHENA 60 MG TAB	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>raloxifene hcl 60 mg tab</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
<i>euthyrox (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 1	
<i>levo-t (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>levothyroxine sodium (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 1	
<i>levoxyl (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>liothyronine sodium (25 mcg tab, 5 mcg tab, 50 mcg tab)</i>	Tier 2	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
REZDIFFRA (100 MG TAB, 60 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNTHROID (100 MCG TAB, 112 MCG TAB, 125 MCG TAB, 137 MCG TAB, 150 MCG TAB, 175 MCG TAB, 200 MCG TAB, 25 MCG TAB, 300 MCG TAB, 50 MCG TAB, 75 MCG TAB, 88 MCG TAB)	Tier 3	
<i>unithroid (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 3	

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)		
<i>cabergoline 0.5 mg tab</i>	Tier 3	
<i>leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit</i>	Tier 4	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) (3.75 MG KIT, 7.5 MG KIT)	Tier 5	
LUPRON DEPOT (3-MONTH) (11.25 MG KIT, 22.5 MG KIT)	Tier 5	
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	Tier 5	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	Tier 5	
<i>mifepristone 300 mg tab</i>	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>octreotide acetate (100 mcg/ml soln prsy, 100 mcg/ml solution, 1000 mcg/ml solution, 200 mcg/ml solution, 50 mcg/ml soln prsy, 50 mcg/ml solution, 500 mcg/ml solution)</i>	Tier 4	PA
OCTREOTIDE ACETATE 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ORGOVYX 120 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SIGNIFOR (0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
SOMAVERT (10 MG RECON SOLN, 15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN, 25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN)	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	Tier 5	

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)

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

IMMUNOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANGIOEDEMA AGENTS		
HAEGARDA (2000 UNIT RECON SOLN, 3000 UNIT RECON SOLN)	Tier 5	PA, LA
<i>icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsyr</i>	Tier 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
<i>sajazir 30 mg/3ml soln prsyr</i>	Tier 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
IMMUNOGLOBULINS		
GAMUNEX-C (1 GM/10ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	Tier 5	PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
HIZENTRA (1 GM/5ML SOLN PRSYR, 1 GM/5ML SOLUTION, 10 GM/50ML SOLN PRSYR, 10 GM/50ML SOLUTION, 2 GM/10ML SOLN PRSYR, 2 GM/10ML SOLUTION, 4 GM/20ML SOLN PRSYR, 4 GM/20ML SOLUTION)	Tier 5	PA, LA
IMMUNOLOGICAL AGENTS, OTHER		
ARCALYST 220 MG RECON SOLN	Tier 5	PA, LA
AURANOFIN 3 MG CAP	Tier 3	
BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 28 DAYS)
COSENTYX (150 MG/ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA
COSENTYX (300 MG DOSE) 150 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA
COSENTYX UNOREADY 300 MG/2ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA
DUPIXENT (100 MG/0.67ML SOLN PRSYR, 200 MG/1.14ML SOLN A-INJ, 200 MG/1.14ML SOLN PRSYR, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
OTEZLA (10 & 20 & 30 MG TAB THPK, 4 X 10 & 51 X20 MG TAB THPK)	Tier 5	PA, QL (55 PER 28 OVER TIME)
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK 10&20&30&(ER)75 MG TAB THPK	Tier 5	PA, QL (41 PER 28 DAYS)
RIDAURA 3 MG CAP	Tier 3	
RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
RINVOQ 45 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA, QL (168 PER 365 OVER TIME)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (12 ML PER 1 DAYS)
SKYRIZI (150 MG DOSE) 75 MG/0.83ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 150 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 180 MG/1.2ML SOLN CART	Tier 5	PA, QL (1.2 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 360 MG/2.4ML SOLN CART	Tier 5	PA, QL (2.4 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 600 MG/10ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (30 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
STELARA 45 MG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
TYENNE (162 MG/0.9ML SOLN A-INJ, 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, QL (3.6 PER 28 DAYS)
USTEKINUMAB 45 MG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
USTEKINUMAB-AEKN 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
USTEKINUMAB-AEKN 90 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (1 ML PER 28 DAYS)
XELJANZ (10 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (10 PER 1 DAYS)
XELJANZ XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H)	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
XOLAIR (150 MG/ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
XOLAIR (150 MG/ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (8 PER 28 DAYS)
YESINTEK (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION)	Tier 4	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
YESINTEK 130 MG/26ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (104 ML PER 365 OVER TIME)
YESINTEK 90 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (1 ML PER 28 DAYS)
IMMUNOSTIMULANTS		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	LA, QL (2 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (4 PER 30 DAYS)
IMMUNOSUPPRESSANTS		
<i>azathioprine 50 mg tab</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg/ml solution)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine modified (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
ENBREL (25 MG RECON SOLN, 50 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (4.08 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
ENBREL MINI 50 MG/ML SOLN CART	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENVARUSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>everolimus 0.25 mg tab</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>gengraf (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
HADLIMA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.4ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
<i>leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
METHOTREXATE SODIUM (250 MG/10ML SOLUTION, 50 MG/2ML SOLUTION)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium (pf) (1 gm/40ml solution, 1000 mg/40ml solution, 250 mg/10ml solution)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium 2.5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>mycophenolate mofetil (200 mg/ml recon susp, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil (250 mg cap, 500 mg tab)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil hcl 500 mg recon soln</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
SIMLANDI (1 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 PEN) 80 MG/0.8ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 SYRINGE) 80 MG/0.8ML PEF SY KT	Tier 5	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) 20 MG/0.2ML PEF SY KT	Tier 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) 40 MG/0.4ML PEF SY KT	Tier 5	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
<i>sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
VACCINES		
ABRYSCO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN	Tier 3	VAC
ACTHIB RECON SOLN	Tier 3	
ADACEL (5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	Tier 3	VAC
AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN	Tier 3	VAC
BEXSERO SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
BOOSTRIX (5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2.5-18.5 LF- MCG/0.5 SUSPENSION)	Tier 3	VAC
DAPTACEL 23-15-5 SUSPENSION	Tier 3	
DENGVAXIA RECON SUSP	Tier 4	
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT 25-5 LFU/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا
الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ENGERIX-B (10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSPENSION)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
GARDASIL 9 (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 3	VAC
HAVRIX (720 EL U/0.5ML SUSP PRSYR, 720 EL U/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	
HAVRIX 1440 EL U/ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	Tier 3	
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
INFANRIX 25-58-10 SUSPENSION	Tier 3	
IPOL SUSPENSION	Tier 3	VAC
IXIARO SUSPENSION	Tier 4	VAC
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
KINRIX 0.5 ML SUSP PRSYR	Tier 3	
M-M-R II RECON SOLN	Tier 3	VAC
MENACTRA SOLUTION	Tier 3	VAC
MENQUADFI (0.5 ML SOLUTION, SOLUTION)	Tier 3	VAC
MENVEO (RECON SOLN, SOLUTION)	Tier 3	VAC
MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
PEDIARIX SUSP PRSYR	Tier 3	
PEDVAX HIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	
PENMENVY RECON SUSP	Tier 3	
PENTACEL RECON SUSP	Tier 3	
PRIORIX RECON SUSP	Tier 3	VAC

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
PROQUAD RECON SUSP	Tier 3	
QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 3	
RABAVERT RECON SUSP	Tier 3	VAC
RECOMBIVAX HB (10 MCG/ML SUSP PRSYR, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION, 5 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 5 MCG/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
ROTARIX (RECON SUSP, SUSPENSION)	Tier 3	
ROTATEQ SOLUTION	Tier 3	
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	QL (2 PER 365 OVER TIME), VAC
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	QL (1 ML PER 365 DAYS), VAC
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
TENIVAC 5-2 LF/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
TICOVAC 1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 3	
TICOVAC 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
TRUMENBA SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION)	Tier 4	VAC
VAQTA (25 UNIT/0.5ML SUSP PRSYR, 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	
VAQTA (50 UNIT/ML SUSP PRSYR, 50 UNIT/ML SUSPENSION)	Tier 3	VAC
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	VAC

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
VAXCHORA RECON SUSP	Tier 4	VAC
VIMKUNYA 40 MCG/0.8ML SUSP PRSYR	Tier 4	
VIVOTIF CAP DR	Tier 4	
YF-VAX RECON SUSP	Tier 4	VAC

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
AMINOSALICYLATES		
<i>balsalazide disodium 750 mg cap</i>	Tier 3	
<i>mesalamine (1000 mg suppos, 4 gm enema)</i>	Tier 4	
<i>mesalamine 1.2 gm tab dr</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>mesalamine er 0.375 gm cap er 24h</i>	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)</i>	Tier 2	
GLUCOCORTICOIDS		
<i>budesonide 3 mg cp dr part</i>	Tier 4	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>budesonide er 9 mg tab er 24h</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
CORTIFOAM 10 % FOAM		
<i>hydrocortisone (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>hydrocortisone 100 mg/60ml enema</i>	Tier 3	

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
<i>alendronate sodium (10 mg tab, 35 mg tab, 70 mg tab)</i>	Tier 1	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ALENDRONATE SODIUM 5 MG TAB	Tier 2	
<i>alendronate sodium 70 mg/75ml solution</i>	Tier 4	
<i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i>	Tier 2	QL (3.7 PER 30 DAYS)
<i>calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)</i>	Tier 2	
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>doxercalciferol 4 mcg/2ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	Tier 1	
<i>ibandronate sodium 3 mg/3ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
JUBBONTI 60 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA
<i>paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 2 mcg/ml solution, 4 mcg cap, 5 mcg/ml solution)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>risedronate sodium (150 mg tab, 35 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen</i>	Tier 5	PA
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	Tier 5	PA, QL (1.56 PER 28 DAYS)
WYOST 120 MG/1.7ML SOLUTION	Tier 5	QL (1.7 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>zoledronic acid (4 mg/100ml solution, 4 mg/5ml conc, 5 mg/100ml solution)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
ALCOHOL 70% PADS	Tier 2	
ALCOHOL PREP PAD	Tier 2	
ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
ALCOHOL SWABS 70 % PAD	Tier 2	
ALCOHOL SWABSTICK PAD	Tier 2	
AQ INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
AQINJECT PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
ARGYLE STERILE WATER SOLUTION	Tier 2	
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC	Tier 3	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30G X 5 MM MISC	Tier 3	
AUM ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE (31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	Tier 3	
AUM PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC)	Tier 3	
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC	Tier 3	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC	Tier 3	
BIOGUARD GAUZE SPONGES 2"X2" PAD	Tier 2	
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	Tier 2	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (27G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC)	Tier 3	
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (30G X 8 MM MISC, 31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	Tier 3	
CVS ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE 2"X2" PAD	Tier 2	
DROPLET INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 0.3 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.3 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM MISC	Tier 3	
DROPLET PEN NEEDLES (29G X 10MM MISC, 29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC)	Tier 3	
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO (X 4 MM MISC, X 5 MM MISC, X 8 MM MISC)	Tier 3	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (29G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE (29G X 5/16" 0.5 ML MISC, 29G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 1/2" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 32G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
EASY COMFORT PEN NEEDLES (29G X 4MM MISC, 29G X 5MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
EASY TOUCH INSULIN BARRELS U-100 1 ML MISC	Tier 3	
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM MISC	Tier 3	
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT (31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.5 ML MISC, X 1/2" 1 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 27G X 5/8" 1 ML MISC	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML MISC	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F (30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 32G X 4 MM MISC	Tier 3	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
EMBECTA PEN NEEDLE U/F 29G X 12.7MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE (29G X 12.7MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
EMBRACE PEN NEEDLES (29G X 12MM MISC, 30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
<i>gauze pads 2</i>	Tier 2	
GNP PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
GOODSENSE ALCOHOL SWABS 70 % PAD	Tier 2	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 1 ML	Tier 3	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (27G X 1/2" 0.5 ML MISC, 27G X 1/2" 1 ML MISC, 28G X 1/2" 0.5 ML MISC, 28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
INSUPEN PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
INSUPEN32G EXTR3ME 32G X 6 MM MISC	Tier 3	
INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>lactated ringers solution</i>	Tier 2	
<i>methergine 0.2 mg tab</i>	Tier 4	
<i>methylergonovine maleate 0.2 mg tab</i>	Tier 4	
<i>novofine 32g x 6 mm misc</i>	Tier 3	
<i>novotwist 32g x 5 mm misc</i>	Tier 3	
NUTRILIPID 20 % EMULSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
OPVEE 2.7 MG/0.1ML SOLUTION	Tier 4	QL (2 PER 30 DAYS)
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP (31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
PEN NEEDLES (30G X 5 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
PENBRAYA RECON SUSP	Tier 3	VAC
PRO COMFORT ALCOHOL 70 % PAD	Tier 2	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE (29G X 12.7MM MISC, 31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC, 33G X 8 MM MISC)	Tier 3	
<i>ringers irrigation solution</i>	Tier 2	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.5 ML MISC, X 1/2" 1 ML MISC)	Tier 3	
SILIGENTLE FOAM DRESSING 2"X2" PAD	Tier 2	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
SMOFLIPID 20 % EMULSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sterile water for irrigation solution</i>	Tier 2	
SURE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
<i>tis-u-sol solution</i>	Tier 2	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE (30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC, 32G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE OTC PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE PENTIPS 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE (30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC)	Tier 3	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE (29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
VERIFINE INSULIN SYRINGE (28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
VOWST CAP	Tier 5	PA, LA, QL (12 PER 30 DAYS)
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE 70 % PAD	Tier 2	

OPHTHALMIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
OPHTHALMIC AGENTS, OTHER		
<i>ak-poly-bac 500-10000 unit/gm ointment</i>	Tier 2	
<i>atropine sulfate 1 % solution</i>	Tier 3	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment</i>	Tier 2	
BACITRACIN-POLYMYXIN B 500-10000 UNIT/GM OINTMENT	Tier 2	
<i>brimonidine tartrate-timolol 0.2-0.5 % solution</i>	Tier 3	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal (2-0.5 % solution, 22.3-6.8 mg/ml solution)</i>	Tier 2	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution</i>	Tier 3	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

OPHTHALMIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>loteprednol-tobramycin 0.5-0.3 % suspension</i>	Tier 4	
<i>neo-polycin 3.5-400-10000 ointment</i>	Tier 2	
<i>neo-polycin hc 1 % ointment</i>	Tier 2	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx (3.5-400-10000 ointment, 5-400-10000 ointment)</i>	Tier 2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (0.1 % suspension, 3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)</i>	Tier 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION	Tier 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5-10000-1 SUSPENSION	Tier 4	
<i>polycin 500-10000 unit/gm ointment</i>	Tier 2	
RESTASIS 0.05 % EMULSION	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION	Tier 4	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION	Tier 2	
<i>tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	Tier 2	
XDEMYVY 0.25 % SOLUTION	Tier 5	PA, QL (10 PER 30 DAYS)
XIIDRA 5 % SOLUTION	Tier 3	
ZYLET 0.5-0.3 % SUSPENSION	Tier 3	
OPHTHALMIC ANTI-ALLERGY AGENTS		
<i>azelastine hcl 0.05 % solution</i>	Tier 2	
<i>cromolyn sodium 4 % solution</i>	Tier 2	
OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVES		
BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	Tier 4	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

OPHTHALMIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>erythromycin 5 mg/gm ointment</i>	Tier 2	
GENTAK 0.3 % OINTMENT	Tier 2	
<i>gentamicin sulfate 0.3 % solution</i>	Tier 2	
LEVOFLOXACIN (0.5 % SOLUTION, 1.5 % SOLUTION)	Tier 3	
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	Tier 2	
<i>moxifloxacin hcl 0.5 % solution</i>	Tier 3	
NATACYN 5 % SUSPENSION	Tier 3	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	Tier 2	
<i>polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution</i>	Tier 2	
SULFACETAMIDE SODIUM 10 % OINTMENT	Tier 3	
<i>sulfacetamide sodium 10 % solution</i>	Tier 2	
<i>tobramycin 0.3 % solution</i>	Tier 2	
TRIFLURIDINE 1 % SOLUTION	Tier 3	
ZIRGAN 0.15 % GEL	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)
OPHTHALMIC ANTI-INFLAMMATORIES		
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	Tier 2	
<i>diclofenac sodium 0.1 % solution</i>	Tier 2	
<i>difluprednate 0.05 % emulsion</i>	Tier 4	
<i>fluorometholone 0.1 % suspension</i>	Tier 2	
FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION	Tier 2	
FML 0.1 % OINTMENT	Tier 4	
FML FORTE 0.25 % SUSPENSION	Tier 4	
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	Tier 3	QL (3 PER 30 DAYS)
<i>ketorolac tromethamine (0.4 % solution, 0.5 % solution)</i>	Tier 2	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

OPHTHALMIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>prednisolone acetate 1 % suspension</i>	Tier 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	Tier 3	
OPHTHALMIC BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<i>betaxolol hcl 0.5 % solution</i>	Tier 2	
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	Tier 2	
LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	Tier 2	
<i>timolol maleate (0.25 % gel f soln, 0.5 % gel f soln)</i>	Tier 3	
<i>timolol maleate (0.25 % solution, 0.5 % solution)</i>	Tier 1	
OPHTHALMIC INTRAOCULAR PRESSURE LOWERING AGENTS, OTHER		
<i>acetazolamide er 500 mg cap er 12h</i>	Tier 2	
<i>apraclonidine hcl 0.5 % solution</i>	Tier 3	
<i>brimonidine tartrate 0.1 % solution</i>	Tier 3	
<i>brimonidine tartrate 0.15 % solution</i>	Tier 4	
<i>brimonidine tartrate 0.2 % solution</i>	Tier 2	
<i>brinzolamide 1 % suspension</i>	Tier 3	
<i>dorzolamide hcl 2 % solution</i>	Tier 2	
<i>methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>pilocarpine hcl (1 % solution, 2 % solution, 4 % solution)</i>	Tier 2	
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	Tier 3	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION	Tier 3	
OPHTHALMIC PROSTAGLANDIN AND PROSTAMIDE ANALOGS		
<i>bimatoprost 0.03 % solution</i>	Tier 4	ST, QL (5 PER 30 DAYS)
<i>latanoprost 0.005 % solution</i>	Tier 1	
LUMIGAN 0.01 % SOLUTION	Tier 3	QL (5 PER 30 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

OPHTHALMIC AGENTS

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

OTIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid 2 % solution</i>	Tier 2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	Tier 4	
CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	Tier 3	
DERMOTIC 0.01 % OIL	Tier 3	
<i>hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution</i>	Tier 3	
<i>neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)</i>	Tier 2	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	Tier 2	

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTI-INFLAMMATORIES, INHALED CORTICOSTEROIDS		
ARNUITY ELLIPTA (100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA, 50 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ASMANEX (120 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (14 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ASMANEX (30 METERED DOSES) (110 MCG/ACT AER POW BA, 220 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (60 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX HFA (100 MCG/ACT AEROSOL, 200 MCG/ACT AEROSOL, 50 MCG/ACT AEROSOL)	Tier 3	QL (13 PER 30 DAYS)
<i>budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
QVAR REDHALER (40 MCG/ACT AERO BA, 80 MCG/ACT AERO BA)	Tier 3	QL (21.2 PER 30 DAYS)
ANTIHISTAMINES		
<i>azelastine hcl (0.1 % solution, 137 mcg/spray solution)</i>	Tier 2	QL (30 PER 25 DAYS)
<i>cetirizine hcl (1 mg/ml solution, 5 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>cyproheptadine hcl 4 mg tab</i>	Tier 3	PA
<i>hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	PA
<i>hydroxyzine pamoate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 4	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab</i>	Tier 1	
<i>promethazine hcl (12.5 mg/10ml solution, 6.25 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	PA
ANTILEUKOTRIENES		
<i>montelukast sodium (4 mg chew tab, 4 mg packet, 5 mg chew tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>montelukast sodium 10 mg tab</i>	Tier 1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
BRONCHODILATORS, ANTICHOLINERGIC		
ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN	Tier 4	QL (25.8 GM PER 30 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.02 % solution</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ipratropium bromide 0.03 % solution</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.06 % solution</i>	Tier 2	QL (45 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN)	Tier 3	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>tiotropium bromide 18 mcg cap</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
BRONCHODILATORS, SYMPATHOMIMETIC		
<i>albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)</i>	Tier 2	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)</i>	Tier 2	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)</i>	Tier 2	QL (13.4 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin)</i>	Tier 2	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>albuterol sulfate ((2.5 mg/3ml) 0.083% nebu soln, (5 mg/ml) 0.5% nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln, 2.5 mg/0.5ml nebu soln)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>albuterol sulfate (2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>albuterol sulfate (2 mg/5ml syrup, 8 mg/20ml syrup)</i>	Tier 2	
<i>albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln</i>	Tier 2	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>epinephrine (0.15 mg/0.15ml soln a-inj, 0.15 mg/0.3ml soln a-inj, 0.3 mg/0.3ml soln a-inj)</i>	Tier 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	Tier 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا
الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/0.5ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln)</i>	Tier 4	PA
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
CYSTIC FIBROSIS AGENTS		
KALYDECO (13.4 MG PACKET, 150 MG TAB, 25 MG PACKET, 5.8 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET)	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	Tier 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>tobramycin 300 mg/4ml nebu soln</i>	Tier 5	PA, QL (224 PER 28 DAYS)
<i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i>	Tier 5	PA, QL (280 PER 56 OVER TIME)
TRIKAFTA (100-50-75 & 150 MG TAB THPK, 50-25-37.5 & 75 MG TAB THPK)	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
MAST CELL STABILIZERS		
<i>cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS, AIRWAYS DISEASE		
<i>roflumilast 250 mcg tab</i>	Tier 4	QL (28 PER 180 OVER TIME)
<i>roflumilast 500 mcg tab</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>theophylline er (100 mg tab er 12h, 200 mg tab er 12h, 300 mg tab er 12h, 400 mg tab er 24h, 450 mg tab er 12h, 600 mg tab er 24h)</i>	Tier 3	
PULMONARY ANTIHYPERTENSIVES		
ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB)	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>alyq 20 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>ambrisentan (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>bosentan (125 mg tab, 62.5 mg tab)</i>	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bosentan 32 mg tab sol</i>	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
OPSUMIT 10 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
UPTRAVI (1000 MCG TAB, 1200 MCG TAB, 1400 MCG TAB, 1600 MCG TAB, 200 MCG TAB, 400 MCG TAB, 600 MCG TAB, 800 MCG TAB)	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
UPTRAVI 200 & 800 MCG TAB THPK	Tier 5	PA, LA, QL (200 PER 180 OVER TIME)
WINREVAIR (2 X 45 MG KIT, 2 X 60 MG KIT, 45 MG KIT, 60 MG KIT)	Tier 5	PA, QL (1 PER 21 OVER TIME)
PULMONARY FIBROSIS AGENTS		
OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)</i>	Tier 5	PA, QL (9 PER 1 DAYS)
PIRFENIDONE 534 MG TAB	Tier 5	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
<i>pirfenidone 801 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
RESPIRATORY TRACT AGENTS, OTHER		
<i>acetylcysteine (10 % solution, 20 % solution)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
ADVAIR HFA (115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL, 45-21 MCG/ACT AEROSOL)	Tier 3	QL (12 PER 30 DAYS)
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
BREO ELLIPTA (100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA, 50-25 MCG/INH AER POW BA)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>breyna (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)</i>	Tier 3	QL (10.3 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	Tier 3	QL (10.7 PER 30 DAYS)
<i>budesonide-formoterol fumarate (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)</i>	Tier 3	QL (10.2 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	Tier 4	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution</i>	Tier 2	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate 50 mcg/act suspension</i>	Tier 2	QL (16 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE-SALMETEROL (113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA, 55-14 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 2	QL (1 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACT AERO SOLN	Tier 3	
TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>wixela inhub (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)

SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

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

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
<i>cyclobenzaprine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	PA
<i>methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 3	PA
<i>vanadom 350 mg tab</i>	Tier 2	PA, QL (4 PER 1 DAYS)

SLEEP DISORDER AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
SLEEP PROMOTING AGENTS		
<i>eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ramelteon 8 mg tab</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tasimelteon 20 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>temazepam 15 mg cap</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>temazepam 30 mg cap</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>triazolam 0.125 mg tab</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>triazolam 0.25 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zaleplon 10 mg cap</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zaleplon 5 mg cap</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 10 mg tab</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 5 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
WAKEFULNESS PROMOTING AGENTS		
<i>armodafinil (150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>modafinil 100 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>modafinil 200 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>sodium oxybate 500 mg/ml solution</i>	Tier 5	PA, LA, QL (540 PER 30 DAYS)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول من خلال الانتقال إلى المصطلحات المدرجة في القسم C1.

فأذه، مسقلا كنكميروثعلا لءءاودنم ل لاخذ ثحبلا نء مسا. أءءبأ كملعلس اذه مقربء ءحفصلا مسا. أءءبأ كملعلس اذه مقربء ءحفصلا ثءء كنكميروثعلا لءءءامولعم ءءطءءء ءفءاضا. كءاودا

A

abacavir sulfate	78	Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Ventolin)	152
abacavir sulfate-lamivudine	79	albuterol sulfate	152
ABELCET	48	albuterol sulfate hfa	152
ABILIFY MAINTENA	72	alclometasone dipropionate	106
abiraterone acetate	52	ALCOHOL 70% PADS	140
abirtega	52	ALCOHOL PREP	140
ABRYSVO	135	ALCOHOL PREP PADS	140
acamprosate calcium	29	ALCOHOL SWABS	140
acarbose	84	ALCOHOL SWABSTICK	140
accutane	105	alcohol wipes	108
acebutolol hcl	94	ALDURAZYME	114
acetaminophen-codeine	27	ALECENSA	56
acetazolamide	96	alendronate sodium	138,139
acetazolamide er	149	ALENDRONATE SODIUM	139
acetic acid	150	alfuzosin hcl er	116
acetylcysteine	154	aliskiren fumarate	96
acitretin	105	allopurinol	50
ACTHIB	135	alose tron hcl	113
ACTIMMUNE	133	alprazolam	82
acyclovir	82,109	altavera	119
acyclovir sodium	82	ALUNBRIG	56
ADACEL	135	alyacen 1/35	119
adefovir dipivoxil	77	alyacen 7/7/7	119
ADEMPAS	153	alyq	154
ADVAIR HFA	154	amantadine hcl	70
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	140	ambrisentan	154
afirmelle	119	amethia	119
AIMOVIG	50	amikacin sulfate	30
ak-poly-bac	146	amiloride hcl	99
AKEEGA	54	amiloride-hydrochlorothiazide	96
ala-cort	106	amiodarone hcl	93
albendazole	68	amitriptyline hcl	46
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)	152	amlodipine besy-benazepril hcl	97
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)	152	amlodipine besylate	95
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)	152	amlodipine besylate-valsartan	97
		amlodipine-atorvastatin	97
		amlodipine-olmesartan	97
		amlodipine-valsartan-hctz	97
		ammonium lactate	106

amnesteam.....	105	ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES.....	140
amoxapine.....	46	ASSURE ID PRO PEN NEEDLES.....	140
amoxicillin.....	34	atazanavir sulfate.....	80
amoxicillin-pot clavulanate.....	34	atenolol.....	94
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE.....	34	atenolol-chlorthalidone.....	97
amoxicillin-pot clavulanate er.....	34	atomoxetine hcl.....	103
amphetamine-dextroamphet er.....	102	atorvastatin calcium.....	100
amphetamine-dextroamphetamine.....	102	atovaquone.....	69
AMPHOTERICIN B.....	48	atovaquone-proguanil hcl.....	69
amphotericin b liposome.....	48	atropine sulfate.....	146
ampicillin.....	34	ATROVENT HFA.....	151
ampicillin sodium.....	34	aubra.....	119
ampicillin-sulbactam sodium.....	34	aubra eq.....	119
anagrelide hcl.....	90	AUGTYRO.....	54
anastrozole.....	55	AUM ALCOHOL PREP PADS.....	140
ANORO ELLIPTA.....	154	AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE.....	140
apraclonidine hcl.....	149	AUM PEN NEEDLE.....	140
aprepitant.....	47,48	AURANOFIN.....	131
apri.....	119	aurovela 1.5/30.....	119
APTIVUS.....	80	aurovela 1/20.....	119
AQ INSULIN SYRINGE.....	140	aurovela fe 1.5/30.....	119
AQINJECT PEN NEEDLE.....	140	aurovela fe 1/20.....	119
ARALAST NP.....	115	AUVELITY.....	43
ARANELLE.....	119	aviane.....	119
ARANESP (ALBUMIN FREE).....	90	avidoxy.....	37
ARCALYST.....	131	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK.....	56
AREXVY.....	135	ayuna.....	119
ARGYLE STERILE WATER.....	140	AYVAKIT.....	56
ARIKAYCE.....	30	azathioprine.....	133
aripiprazole.....	72	AZATHIOPRINE SODIUM.....	133
armodafinil.....	156	azelastine hcl.....	147,151
ARNUIITY ELLIPTA.....	150	azithromycin.....	35
asenapine maleate.....	72	AZITHROMYCIN.....	35
ashlyna.....	119	aztreonam.....	31
ASMANEX (120 METERED DOSES).....	150	azurette.....	119
ASMANEX (14 METERED DOSES).....	150		
ASMANEX (30 METERED DOSES).....	151	B	
ASMANEX (60 METERED DOSES).....	151	bac (butalbital-acetamin-caff).....	103
ASMANEX HFA.....	151	bacitra-neomycin-polymyxin-hc.....	146
aspirin-dipyridamole er.....	91	BACITRACIN.....	147

BACITRACIN-POLYMYXIN B	146	bisoprolol fumarate	94
baclofen	76	bisoprolol-hydrochlorothiazide	97
balsalazide disodium	138	blisovi fe 1.5/30	119
BALVERSA	56	blisovi fe 1/20	119
balziva	119	BOOSTRIX	135
BAQSIMI ONE PACK	86	bosentan	154
BAQSIMI TWO PACK	86	BOSULIF	57
BARACLUDE	77	BRAFTOVI	57
BCG VACCINE	135	BREO ELLIPTA	154
BD INSULIN SYRINGE	140	breyna	155
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM		BREZTRI AEROSPHERE	155
MISC	140	briellyn	120
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM		brimonidine tartrate	149
MISC	140	brimonidine tartrate-timolol	146
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM		brinzolamide	149
MISC	140	brivaracetam	37,38
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM		BRIVIACT	38
MISC	141	bromocriptine mesylate	70
benazepril hcl	92	BRUKINSA	57
benazepril-hydrochlorothiazide	97	budesonide	138,151
BENLYSTA	131	budesonide er	138
BENZNIDAZOLE	69	budesonide-formoterol fumarate	155
benzoyl peroxide-erythromycin	105	bumetanide	99
benztropine mesylate	70	buprenorphine	26
BESIVANCE	36	buprenorphine hcl	29
BESREMI	133	buprenorphine hcl-naloxone hcl	29
betaine	115	bupropion hcl	43,44
betamethasone dipropionate	106	bupropion hcl er (smoking det)	30
betamethasone dipropionate aug	106	bupropion hcl er (sr)	44
betamethasone valerate	106	bupropion hcl er (xl)	44
BETASERON	104	bupirone hcl	82
betaxolol hcl	94,149	butalbital-apap-caffeine	103
bethanechol chloride	116	butalbital-aspirin-caffeine	25
bexarotene	68	butorphanol tartrate	27
BEXSERO	135		
bicalutamide	52	C	
BICILLIN L-A	34	CABENUVA	79,80
BIKTARVY	77	cabergoline	129
bimatoprost	149	CABOMETYX	57
BIOGUARD GAUZE SPONGES	141	calcipotriene	108

calcitonin (salmon)	139	CEFTAZIDIME	33
calcitrene	108	ceftriaxone sodium	33
calcitriol	139	cefuroxime axetil	33
CALCITRIOL	139	cefuroxime sodium	33
calcium acetate (phos binder)	112	celecoxib	25
CALQUENCE	57	cephalexin	33
camila	127	cetirizine hcl	151
camrese	120	cevimeline hcl	105
camrese lo	120	chateal	120
candesartan cilexetil	92	chateal eq	120
candesartan cilexetil-hctz	97	chlorhexidine gluconate	105
CAPLYTA	72	chloroquine phosphate	69
CAPRELSA	57	chlorpromazine hcl	71
captopril	92	chlorthalidone	99
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE	97	cholestyramine	100
carbamazepine	41	cholestyramine light	100
carbamazepine er	41	ciclodan	109
carbidopa	70	ciclopirox	109
carbidopa-levodopa	70	ciclopirox olamine	109
carbidopa-levodopa er	71	cilostazol	91
carbidopa-levodopa-entacapone	70	CILOXAN	36
CARETOUCH ALCOHOL PREP	141	CIMDUO	79
carglumic acid	115	cimetidine	114
carisoprodol	155	cinacalcet hcl	139
CARTEOLOL HCL	149	ciprofloxacin	36
cartia xt	95	ciprofloxacin hcl	36
carvedilol	94	ciprofloxacin in d5w	36
cataflam	25	ciprofloxacin-dexamethasone	150
CAYSTON	31	citalopram hydrobromide	45
caziant	120	claravis	105
CEFACLOR	32	CLARITHROMYCIN	35
cefadroxil	32	clarithromycin	35
cefazolin sodium	33	clarithromycin er	36
cefdinir	33	clindamycin hcl	31
CEFEPIME HCL	33	clindamycin palmitate hcl	31
cefixime	33	clindamycin phos (once-daily)	109
cefoxitin sodium	33	clindamycin phos (twice-daily)	109
CEFPODOXIME PROXETIL	33	clindamycin phos-benzoyl perox	105
cefprozil	33	clindamycin phosphate	31,109
ceftaroline fosamil	33	clindamycin phosphate in d5w	31

CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL	31	COSENTYX SENSOREADY PEN	131
clobazam	39,40	COSENTYX UNOREADY	131
clobetasol prop emollient base	106	COTELLIC	58
clobetasol propionate	106	CREON	115
clobetasol propionate e	106	CRESEMBA	49
clomipramine hcl	46	cromolyn sodium	113,147,153
clonazepam	82,83	cryselle	120
clonidine	91	cryselle-28	120
clonidine hcl	92	CVS ALCOHOL PREP PADS	141
clopidogrel bisulfate	91	CVS ANTIBACTERIAL GAUZE	141
clorazepate dipotassium	83	cvs isopropyl alcohol wipes	108
clotrimazole	48	cyclafem 1/35	120
clotrimazole-betamethasone	108	cyclafem 7/7/7	120
clozapine	76	cyclobenzaprine hcl	156
COARTEM	69	CYCLOPHOSPHAMIDE	52
COBENFY	75	cyclosporine	133
COBENFY STARTER PACK	75	cyclosporine modified	133
CODEINE SULFATE	27	cyproheptadine hcl	151
codeine sulfate	27	cyred	120
colchicine	50	cyred eq	120
colchicine-probenecid	50		
colesevelam hcl	100	D	
colestipol hcl	100	dabigatran etexilate mesylate	88
colistimethate sodium (cba)	31	dalfampridine er	104
COMBIVENT RESPIMAT	155	danazol	118
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	57	dantrolene sodium	76
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	57	DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL	101
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	57	dapsone	51
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE	141	DAPTACEL	135
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES	141	daptomycin	31
compro	47	darunavir	80
constulose	112	dasatinib	58
COPIKTRA	57	dasetta 1/35	120
CORLANOR	97	dasetta 7/7/7	120
CORTIFOAM	138	DAURISMO	58
CORTISONE ACETATE	117	daysee	120
CORTISPORIN-TC	150	deblitane	127
COSENTYX	131	decadron	117
COSENTYX (300 MG DOSE)	131	deferasirox	111
COSENTYX SENSOREADY (300 MG)	131	DELSTRIGO	78

delyla.....	120	digox.....	93
DENGVAXIA.....	135	digoxin.....	93
DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	127	dihydroergotamine mesylate.....	50
depo-testosterone.....	118	DILANTIN.....	41
DERMOTIC.....	150	dilt-xr.....	95
DESCOVY.....	79	diltiazem hcl.....	95
desipramine hcl.....	46	diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule.....	95
desmopressin ace spray refrig.....	118	diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule.....	95
desmopressin acetate.....	118	diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule.....	95
desmopressin acetate pf.....	118	diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule.....	95
desogestrel-ethinyl estradiol.....	120	diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule.....	95
desonide.....	107	diltiazem hcl er.....	96
desoximetasone.....	107	diltiazem hcl er beads.....	96
desvenlafaxine succinate er.....	45	dimethyl fumarate.....	104
dexamethasone.....	117	dimethyl fumarate starter pack.....	104
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID.....	117	diphenoxylate-atropine.....	113
dexamethasone sod phosphate pf.....	117	DIPHENOXYLATE-ATROPINE.....	113
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE.....	117,148	DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT.....	135
dexmethylphenidate hcl.....	103	dipyridamole.....	91
dextroamphetamine sulfate.....	102	disulfiram.....	29
dextrose.....	110	divalproex sodium.....	38
dextrose in lactated ringers.....	110	divalproex sodium er.....	38
DEXTROSE-NACL.....	110	dofetilide.....	93
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE.....	110	donepezil hcl.....	43
dextrose-sodium chloride.....	110	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg.....	43
DIACOMIT.....	38	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg.....	43
diazepam.....	40,83	dorzolamide hcl.....	149
diazepam intensol.....	83	dorzolamide hcl-timolol mal.....	146
diazoxide.....	86	dorzolamide hcl-timolol mal pf.....	146
diclofenac potassium.....	25	dotti.....	120
diclofenac sodium.....	25,148	DOVATO.....	77
diclofenac sodium er.....	25	doxazosin mesylate.....	92
dicloxacillin sodium.....	34	doxepin hcl.....	46
dicyclomine hcl.....	113		
DIFICID.....	36		
diflunisal.....	25		
difluprednate.....	148		
digitek.....	93		

doxercalciferol	139
doxy 100	37
doxycycline hyclate	37
doxycycline monohydrate	37
DRIZALMA SPRINKLE	104
dronabinol	48
DROPLET INSULIN SYRINGE	141
DROPLET MICRON	141
DROPLET PEN NEEDLES	141
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO	141
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE	142
drosiprenone-ethinyl estradiol	120
DROXIA	115
droxidopa	92
duloxetine hcl	104
DUPIXENT	131
dutasteride	116
dutasteride-tamsulosin hcl	116

E

EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	142
EASY COMFORT PEN NEEDLES	142
EASY TOUCH INSULIN BARRELS	142
ec-naproxen	25
econazole nitrate	49
EDURANT	78
EDURANT PED	78
EFAVIRENZ	78
efavirenz	78
efavirenz-emtricitab-tenofo df	78
efavirenz-lamivudine-tenofovir	78
ELAPRASE	115
elinest	120
ELIQUIS	88,89
ELIQUIS (1.5 MG PACK)	88
ELIQUIS (2 MG PACK)	89
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	89
eltrombopag olamine	90
eluryng	120
EMBECTA AUTOSHIELD DUO	142
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT	142
EMBECTA INSULIN SYRINGE	142
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100	142
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500	142
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F	142
EMBECTA PEN NEEDLE NANO	142
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN	142
EMBECTA PEN NEEDLE U/F	143
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE	143
EMBRACE PEN NEEDLES	143
EMGALITY	50
EMGALITY (300 MG DOSE)	50
emoquette	120
EMSAM	44
emtricitab-rilpivir-tenofof df	78
emtricitabine	79
emtricitabine-tenofovir df	79
EMTRIVA	79
emzahh	127
enalapril maleate	93
enalapril-hydrochlorothiazide	97
ENBREL	133
ENBREL MINI	133
ENBREL SURECLICK	133
endocet	27
ENGERIX-B	136
enilloring	120
enoxaparin sodium	89
enpresse-28	121
ENSACOVE	56
enskyce	121
entacapone	70
entecavir	77
ENTRESTO	97
enulose	112
ENVARUSUS XR	133
EPIDIOLEX	38
epinephrine	152
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	152

epitol.....	41	EXXUA TITRATION PACK.....	44
EPIVIR HBV.....	77	ezetimibe.....	100
eplerenone.....	99	ezetimibe-simvastatin.....	100
ERGOLOID MESYLATES.....	42		
ERGOTAMINE-CAFFEINE.....	50	F	
ERIVEDGE.....	58	falmina.....	121
ERLEADA.....	53	famciclovir.....	82
erlotinib hcl.....	58	famotidine.....	114
errin.....	127	FANAPT.....	73
ertapenem sodium.....	35	FANAPT TITRATION PACK A.....	73
ERY.....	109	FANAPT TITRATION PACK B.....	73
erythrocin lactobionate.....	36	FANAPT TITRATION PACK C.....	73
erythromycin.....	109,148	FARXIGA.....	101
erythromycin base.....	36	febuxostat.....	50
erythromycin ethylsuccinate.....	36	feirza 1.5/30.....	121
erythromycin lactobionate.....	36	feirza 1/20.....	121
ERZOFRI.....	72,73	felbamate.....	38
escitalopram oxalate.....	45	felodipine er.....	95
eslicarbazepine acetate.....	41	femynor.....	121
esomeprazole magnesium.....	114	fenofibrate.....	99
estarylla.....	121	fenofibrate micronized.....	100
estradiol.....	121	fenofibric acid.....	100
estradiol valerate.....	121	fentanyl.....	26
ESTRING.....	121	FETZIMA.....	45
estrogens conjugated.....	121	FETZIMA TITRATION.....	45
eszopiclone.....	156	FIASP.....	86
ethambutol hcl.....	52	FIASP FLEXTOUCH.....	86
ethosuximide.....	39	FIASP PENFILL.....	86
ethynodiol diac-eth estradiol.....	121	FIASP PUMPCART.....	86
etodolac.....	25	fidaxomicin.....	36
etodolac er.....	25	finasteride.....	116
etonogestrel-ethinyl estradiol.....	121	fingolimod hcl.....	104
etravirine.....	78	FINTEPLA.....	38
EUCRISA.....	107	flecainide acetate.....	93
EULEXIN.....	53	fluconazole.....	49
euthyrox.....	128	fluconazole in sodium chloride.....	49
everolimus.....	58,133,134	flucytosine.....	49
EVOTAZ.....	80	fludrocortisone acetate.....	117
exemestane.....	55	flunisolide.....	155
EXXUA.....	44	fluocinolone acetonide.....	107

fluocinolone acetonide body	107
fluocinolone acetonide scalp	107
fluocinonide	107
fluocinonide emulsified base	107
fluorometholone	148
fluorouracil	108
fluoxetine hcl	45
FLUOXETINE HCL	45
fluphenazine decanoate	71
FLUPHENAZINE HCL	71
FLURBIPROFEN	25
FLURBIPROFEN SODIUM	148
FLUTAMIDE	53
fluticasone propionate	107,155
fluticasone-salmeterol	155
FLUTICASONE-SALMETEROL	155
fluvastatin sodium	100
fluvastatin sodium er	100
flvoxamine maleate	45
FML	148
FML FORTE	148
fondaparinux sodium	89
fosamprenavir calcium	80
fosfomycin tromethamine	31
fosinopril sodium	93
fosinopril sodium-hctz	98
FOTIVDA	58
FRUZAQLA	54
FULPHILA	90
fulvestrant	54
furosemide	99
fyavolv	121

G

gabapentin	40
galantamine hydrobromide	43
galantamine hydrobromide er	43
gallifrey	127
GAMUNEX-C	130
GARDASIL 9	136

gauze pads 2	143
GAVILYTE-C	113
gavilyte-g	113
gavilyte-n with flavor pack	112
GAVRETO	58
gefitinib	58
gemfibrozil	100
GEMTESA	116
generlac	112
gengraf	134
GENTAK	148
gentamicin sulfate	30,148
GENVOYA	77
GILOTRIF	58
glatiramer acetate	104
glatopa	104
glimepiride	84
glipizide	84
glipizide er	84
glipizide xl	84
glipizide-metformin hcl	84
GLUCAGEN HYPOKIT	86
GLUCAGON EMERGENCY	86
glyburide	84
GLYBURIDE MICRONIZED	84
glyburide-metformin	84
glycopyrrolate	113
GLYXAMBI	84
GNP PEN NEEDLES	143
GOMEKLI	59
GOODSENSE ALCOHOL SWABS	143
granisetron hcl	48
griseofulvin microsize	49
griseofulvin ultramicrosize	49
guanfacine hcl	92
guanfacine hcl er	103

H

HADLIMA	134
HADLIMA PUSH TOUCH	134

HAEGARDA.....	130	hydroxyzine hcl.....	151
hailey 1.5/30.....	121	hydroxyzine pamoate.....	151
hailey fe 1.5/30.....	122	HYRNUO.....	59
hailey fe 1/20.....	122		
halobetasol propionate.....	107	I	
haloette.....	122	ibandronate sodium.....	139
haloperidol.....	71	IBRANCE.....	59
haloperidol decanoate.....	71	IBTROZI.....	59
haloperidol lactate.....	71	ibu.....	25
HAVRIX.....	136	ibuprofen.....	25
heather.....	127	icatibant acetate.....	130
heparin sodium (porcine).....	89	iclevia.....	122
heparin sodium (porcine) pf.....	89	ICLUSIG.....	59
HEPLISAV-B.....	136	icosapent ethyl.....	101
HERNEXEOS.....	59	IDHIFA.....	59
HIBERIX.....	136	ILEVRO.....	148
HIZENTRA.....	131	imatinib mesylate.....	59
HUMALOG.....	86	IMBRUVICA.....	59,60
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	86	imipenem-cilastatin.....	35
HUMALOG KWIKPEN.....	86	imipramine hcl.....	47
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN.....	87	imiquimod.....	108
HUMALOG MIX 75/25.....	87	IMKELDI.....	60
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN.....	87	IMOVAX RABIES.....	136
HUMULIN 70/30.....	87	IMPAVIDO.....	69
HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	87	incassia.....	127
HUMULIN N.....	87	INCRELEX.....	118
HUMULIN N KWIKPEN.....	87	INCRUSE ELLIPTA.....	152
HUMULIN R.....	87	indapamide.....	99
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED).....	87	indomethacin.....	25
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	87	INFANRIX.....	136
hydralazine hcl.....	101	INLURIYO.....	54
hydrochlorothiazide.....	99	INLYTA.....	60
hydrocodone-acetaminophen.....	27	INQOVI.....	55
hydrocortisone.....	107,138	INREBIC.....	60
hydrocortisone (perianal).....	107	INSULIN ASPART.....	87
hydrocortisone butyrate.....	107	INSULIN ASPART FLEXPEN.....	87
hydrocortisone-acetic acid.....	150	INSULIN ASPART PENFILL.....	87
hydromorphone hcl.....	27,28	INSULIN LISPRO.....	87
hydroxychloroquine sulfate.....	69	INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL).....	87
hydroxyurea.....	54	INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN.....	87

INSULIN LISPRO PROT & LISPRO	87
INSULIN PEN NEEDLES	143
INSULIN PEN NEEDLES	143
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	143
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	143
INSULIN SYRINGE 1 ML	143
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	143
INSUPEN PEN NEEDLES	143
INSUPEN32G EXTR3ME	143
INTELENCE	78
INTRALIPID	143
introvale	122
INVEGA HAFYERA	73
INVEGA SUSTENNA	73
INVEGA TRINZA	73,74
IPOL	136
ipratropium bromide	152
ipratropium-albuterol	155
irbesartan	92
irbesartan-hydrochlorothiazide	98
ISENTRESS	77
ISENTRESS HD	77
isibloom	122
isoniazid	52
isopropyl alcohol	108
isopropyl alcohol wipes	108
isosorbide dinitrate	101
isosorbide mononitrate	101
isosorbide mononitrate er	101,102
isotretinoin	106
isradipine	95
ITOVEBI	60
itraconazole	49
ivabradine hcl	98
ivermectin	69
IWILFIN	55
IXIARO	136

J

jaimiess	122
----------	-----

JAKAFI	60
jantoven	89
JANUMET	84
JANUMET XR	84
JANUVIA	84
JARDIANCE	101
jasmiel	122
JAYPIRCA	60
jencycla	127
JENTADUETO	84
JENTADUETO XR	84
jinteli	122
jolessa	122
joyeaux	122
JUBBONTI	139
juleber	122
JULUCA	77
junel 1.5/30	122
junel 1/20	122
junel fe 1.5/30	122
junel fe 1/20	122
JYNNEOS	136

K

KALETRA	80
kalliga	122
KALYDECO	153
kariva	122
kcl in dextrose-nacl	110
KCL-LACTATED RINGERS-D5W	110
kelnor 1/35	122
kelnor 1/50	122
KERENDIA	85
ketoconazole	49
ketorolac tromethamine	148
KINRIX	136
kionex	112
KISQALI (200 MG DOSE)	60
KISQALI (400 MG DOSE)	60
KISQALI (600 MG DOSE)	60

KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)	60	lenalidomide	53
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	61	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	61
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	61	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	61
klayesta	49	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	61
KLOR-CON	110	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	61
klor-con 10	110	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	61
klor-con m10	110	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	61
klor-con m15	110	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	62
klor-con m20	110	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	62
KLOXXADO	29	lessina	122
KOSELUGO	61	letrozole	55
kourzeq	105	leucovorin calcium	55
KRAZATI	61	LEUKERAN	52
kurvelo	122	leuprolide acetate	129
L		levalbuterol hcl	153
l-glutamine	115	LEVALBUTEROL TARTRATE	153
labetalol hcl	94	levetiracetam	38
lacosamide	41	levetiracetam er	38
lactated ringers	110,144	levo-t	128
lactulose	112	LEVOBUNOLOL HCL	149
lactulose encephalopathy	112	levocarnitine	115
LAGEVRIO	82	levocetirizine dihydrochloride	151
lamivudine	77,79	levofloxacin	36
lamivudine-zidovudine	79	LEVOFLOXACIN	148
lamotrigine	38	levofloxacin in d5w	36
lansoprazole	114	levonest	122
LANTUS	87	levonorg-eth estrad triphasic	123
LANTUS SOLOSTAR	88	levonorgest-eth estrad 91-day	123
lapatinib ditosylate	61	levonorgest-eth estradiol-iron	123
larin 1.5/30	122	levonorgestrel-ethinyl estrad	123
larin 1/20	122	levora 0.15/30 (28)	123
larin fe 1.5/30	122	levothyroxine sodium	128
larin fe 1/20	122	levoxyl	128
larissia	122	LEXIVA	80
latanoprost	149	lidocaine	29
LAZCLUZE	56	lidocaine hcl	29
LEDERLE LEUCOVORIN	55	lidocaine viscous hcl	29
leena	122	lidocaine-prilocaine	29
leflunomide	134	lidocan	29
		LILETTA (52 MG)	127

lillow	123
lincomycin hcl	31
linezolid	31
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE	31
LINZESS	112
liothyronine sodium	128
lisinopril	93
lisinopril-hydrochlorothiazide	98
lithium	83
lithium carbonate	83
lithium carbonate er	83
LIVTENCITY	76
lo-zumandimine	123
loestrin 1.5/30 (21)	123
loestrin 1/20 (21)	123
loestrin fe 1.5/30	123
loestrin fe 1/20	123
lojaimiess	123
LOKELMA	112
lomustine	52
LONSURF	55
loperamide hcl	113
lopinavir-ritonavir	80,81
lorazepam	83
lorazepam intensol	83
LORBRENA	62
loryna	123
losartan potassium	92
losartan potassium-hctz	98
loteprednol-tobramycin	147
lovastatin	100
low-ogestrel	123
loxapine succinate	71
lubiprostone	112
luizza 1.5/30	123
luizza 1/20	123
LUMAKRAS	62
LUMIGAN	149
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	129
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	129

LUPRON DEPOT (4-MONTH)	129
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	129
lurasidone hcl	74
lutera	123
lyleq	127
lyllana	123
LYNPARZA	62
LYSODREN	55
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	62
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	62
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	62
lyza	127

M

M-M-R II	136
magnesium sulfate	110
malathion	109
maraviroc	80
marlissa	123
MARPLAN	44
MATULANE	52
matzim la	96
MAVYRET	77
meclizine hcl	47
medpura alcohol pads	108
medroxyprogesterone acetate	127
mefloquine hcl	69
megestrol acetate	127
MEKINIST	62
MEKTOVI	63
meleya	127
meloxicam	26
memantine hcl	43
memantine hcl er	43
MENACTRA	136
MENEST	123
MENQUADFI	136
MENVEO	136
mercaptopurine	54
meropenem	35

MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE.....	35	mifepristone.....	129
mesalamine.....	138	mili.....	124
mesalamine er.....	138	minocycline hcl.....	37
mesna.....	68	minoxidil.....	101
metformin hcl.....	85	minzoya.....	124
metformin hcl er.....	85	mirtazapine.....	44
methadone hcl.....	26	misoprostol.....	114
methazolamide.....	149	modafinil.....	156
methenamine hippurate.....	31	MODEYSO.....	55
methergine.....	144	moexipril hcl.....	93
methimazole.....	130	MOLINDONE HCL.....	71,72
methocarbamol.....	156	mometasone furoate.....	107
METHOTREXATE SODIUM.....	134	mondoxyne nl.....	37
methotrexate sodium.....	134	mono-lynyah.....	124
methotrexate sodium (pf).....	134	montelukast sodium.....	151
METHOXSALLEN RAPID.....	108	morphine sulfate.....	28
methscopolamine bromide.....	113	morphine sulfate (concentrate).....	28
methsuximide.....	39	morphine sulfate er.....	26,27
METHYLDOPA.....	92	MOUNJARO.....	85
methylergonovine maleate.....	144	MOVANTIK.....	113
methylphenidate hcl.....	103	moxifloxacin hcl.....	36,148
methylphenidate hcl er.....	103	MOXIFLOXACIN HCL.....	36
methylprednisolone.....	117	MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY).....	148
methylprednisolone acetate.....	117	MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL.....	36
methylprednisolone sodium succ.....	117	MRESVIA.....	136
metoclopramide hcl.....	47	MULTAQ.....	93
metolazone.....	99	mupirocin.....	109
metoprolol succinate er.....	94	mycophenolate mofetil.....	134
metoprolol tartrate.....	94	mycophenolate mofetil hcl.....	134
metoprolol-hydrochlorothiazide.....	98	mycophenolate sodium.....	134
metronidazole.....	32	mycophenolic acid.....	134
metyrosine.....	98	myorisan.....	106
mexiletine hcl.....	93	MYRBETRIQ.....	116
micafungin sodium.....	49		
MICONAZOLE 3.....	49	N	
microgestin 1.5/30.....	124	na sulfate-k sulfate-mg sulf.....	113
microgestin 1/20.....	124	nabumetone.....	26
microgestin fe 1.5/30.....	124	nadolol.....	94
microgestin fe 1/20.....	124	nafcillin sodium.....	34
midodrine hcl.....	92	nafrinse.....	110

NAGLAZYME.....	115	nitazoxanide.....	69
naloxone hcl.....	29	nitisinone.....	115
naltrexone hcl.....	30	NITRO-BID.....	102
naproxen.....	26	nitrofurantoin macrocrystal.....	32
naproxen dr.....	26	nitrofurantoin monohyd macro.....	32
naproxen sodium.....	26	nitroglycerin.....	102
naratriptan hcl.....	51	NIVESTYM.....	91
NATACYN.....	148	NIZATIDINE.....	114
nateglinide.....	85	nora-be.....	127
NAYZILAM.....	29	norelgestromin-eth estradiol.....	124
nebivolol hcl.....	94	norethin ace-eth estrad-fe.....	124
necon 0.5/35 (28).....	124	norethin-eth estradiol-fe.....	124
NEFAZODONE HCL.....	45	norethindrone.....	127
neo-polycin.....	147	norethindrone acet-ethinyl est.....	124
neo-polycin hc.....	147	norethindrone acetate.....	127
neomycin sulfate.....	30	norethindrone-eth estradiol.....	124
neomycin-bacitracin zn-polymyx.....	147	norgestim-eth estrad triphasic.....	124
neomycin-polymyxin-dexameth.....	147	norgestimate-eth estradiol.....	124
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN.....	147	norlyda.....	127
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC.....	147	norlyroc.....	128
neomycin-polymyxin-hc.....	150	nortrel 0.5/35 (28).....	124
NERLYNX.....	63	nortrel 1/35 (21).....	124
nevirapine.....	78	nortrel 1/35 (28).....	124
NEVIRAPINE.....	78	nortrel 7/7/7.....	124
NEVIRAPINE ER.....	78	nortriptyline hcl.....	47
nevirapine er.....	78	NORVIR.....	81
NEXPLANON.....	127	NovoFine 32G X 6 MM MISC.....	144
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC).....	101	NOVOLIN R FLEXPEN.....	88
niacin er (antihyperlipidemic).....	101	NOVOLIN R FLEXPEN RELION.....	88
NIACOR.....	101	NOVOLOG.....	88
nicardipine hcl.....	95	NOVOLOG FLEXPEN.....	88
NICOTROL.....	30	NOVOLOG FLEXPEN RELION.....	88
NICOTROL NS.....	30	NOVOLOG PENFILL.....	88
nifedipine er.....	95	NOVOLOG RELION.....	88
nifedipine er osmotic release.....	95	NovoTwist 32G X 5 MM MISC.....	144
nikki.....	124	NUBEQA.....	53
nilotinib hcl.....	63	NUPLAZID.....	74
nilutamide.....	53	NURTEC.....	50
nimodipine.....	95	NUTRILIPID.....	144
NINLARO.....	63	nyamyc.....	49

nylia 1/35.....	125
nylia 7/7/7.....	125
nymyo.....	125
nystatin.....	49
nystatin-triamcinolone.....	108
nystop.....	49

O

ocella.....	125
octreotide acetate.....	129
OCTREOTIDE ACETATE.....	129
ODEFSEY.....	78
ODOMZO.....	63
OFEV.....	154
ofloxacin.....	148,150
OGSIVEO.....	63
OJEMDA.....	63
OJJAARA.....	55
olanzapine.....	74
olmesartan medoxomil.....	92
olmesartan medoxomil-hctz.....	98
olmesartan-amlodipine-hctz.....	98
omega-3-acid ethyl esters.....	101
omeprazole.....	114
OMNITROPE.....	113,118
ondansetron.....	48
ONDANSETRON HCL.....	48
ondansetron hcl.....	48
ONUREG.....	54
OPIPZA.....	74
OPSUMIT.....	154
OPVEE.....	144
oralone.....	105
ORGOVYX.....	130
orquidea.....	128
ORSERDU.....	53
orsythia.....	125
oseltamivir phosphate.....	81
OSPHENA.....	128
OTEZLA.....	108,131

OTEZLA XR.....	108
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK.....	131
oxaprozin.....	26
oxcarbazepine.....	41,42
oxybutynin chloride.....	116
oxybutynin chloride er.....	116
oxycodone hcl.....	28
oxycodone-acetaminophen.....	28
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	85
OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	85
OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	85

P

pacerone.....	93
paliperidone er.....	74
PANRETIN.....	68
pantoprazole sodium.....	114
paricalcitol.....	139
paroxetine hcl.....	45
PAROXETINE HCL.....	45
paroxetine hcl er.....	46
PAXLOVID (150/100).....	82
PAXLOVID (300/100 & 150/100).....	82
PAXLOVID (300/100).....	82
pazopanib hcl.....	63
PAZOPANIB HCL.....	63
PEDIARIX.....	136
PEDVAX HIB.....	136
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl.....	113
peg-3350/electrolytes.....	113
PEGASYS.....	133
PEMAZYRE.....	63
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP.....	144
PEN NEEDLES.....	144
PENBRAYA.....	144
penicillamine.....	116
penicillin g potassium.....	35
PENICILLIN G SODIUM.....	35
penicillin v potassium.....	35
PENMENVY.....	136

PENTACEL.....	136	POMALYST.....	53
pentamidine isethionate.....	69	portia-28.....	125
pentoxifylline er.....	98	posaconazole.....	49
perampanel.....	38,39	potassium chloride.....	110
PERINDOPRIL ERBUMINE.....	93	potassium chloride crys er.....	111
perlogard.....	105	potassium chloride er.....	111
permethrin.....	109	potassium chloride in dextrose.....	111
perphenazine.....	47	potassium chloride in nacl.....	111
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE.....	44	potassium citrate er.....	111
PERSERIS.....	74	POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5%.....	111
pfizerpen.....	35	pramipexole dihydrochloride.....	70
PHENELZINE SULFATE.....	44	prasugrel hcl.....	91
phenobarbital.....	40	pravastatin sodium.....	100
phenytek.....	42	praziquantel.....	69
phenytoin.....	42	prazosin hcl.....	92
phenytoin infatabs.....	42	prednisolone.....	117
phenytoin sodium extended.....	42	prednisolone acetate.....	149
philith.....	125	prednisolone sodium phosphate.....	117
PIFELTRO.....	78	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	149
pilocarpine hcl.....	105,149	prednisone.....	117
PIMOZIDE.....	72	PREDNISONE.....	117
pimtrea.....	125	PREDNISONE INTENSOL.....	118
pindolol.....	94	pregabalin.....	104
pioglitazone hcl.....	85	PREMARIN.....	125
pioglitazone hcl-glimepiride.....	85	PREMASOL.....	111
pioglitazone hcl-metformin hcl.....	85	PREMIUM LIDOCAINE.....	29
piperacillin sod-tazobactam so.....	35	prenatal vitamins.....	111
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	63	prevalite.....	101
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	63	previfem.....	125
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	64	PREVYMIS.....	76
pirfenidone.....	154	PREZCOBIX.....	81
PIRFENIDONE.....	154	PREZISTA.....	81
pirmella 1/35.....	125	PRIFTIN.....	52
pirmella 7/7/7.....	125	primaquine phosphate.....	69
piroxicam.....	26	primidone.....	40
PNV 27-CA/FE/FA.....	110	PRIORIX.....	136
podofilox.....	108	PRO COMFORT ALCOHOL.....	144
polycin.....	147	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....	144
polymyxin b-trimethoprim.....	148	probenecid.....	50
pomalidomide.....	53	prochlorperazine.....	47

prochlorperazine maleate	47	ramelteon	156
procto-med hc	107	ramipril	93
proctosol hc	107	ranolazine er	98
proctozone-hc	107	rasagiline mesylate	71
progesterone	128	reclipsen	125
PROGRAF	134	RECOMBIVAX HB	137
promethazine hcl	47,151	relafen	26
propafenone hcl	93	RELENZA DISKHALER	81
propranolol hcl	94	repaglinide	85
PROPRANOLOL HCL	94	REPATHA	101
propranolol hcl er	95	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	101
propylthiouracil	130	REPATHA SURECLICK	101
PROQUAD	137	RESTASIS	147
protriptyline hcl	47	RETACRIT	91
PULMOZYME	153	RETEVMO	64
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	144	REVCOVI	115
pyrazinamide	52	REVUFORJ	64
pyridostigmine bromide	51	REXULTI	75
pyridostigmine bromide er	51	REYATAZ	81
pyrimethamine	69	REZDIFFRA	129
		REZLIDHIA	64
Q		RHOPRESSA	149
qc alcohol	109	RIBAVIRIN	77
QINLOCK	55	ribavirin	77
QUADRACEL	137	RIDAURA	131
quetiapine fumarate	74	rifabutin	51
quetiapine fumarate er	74	rifampin	52
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE	144	rilpivirine hcl	78
quinapril hcl	93	riluzole	103
quinapril-hydrochlorothiazide	98	RIMANTADINE HCL	81
QUINIDINE SULFATE	94	ringers	111
quinine sulfate	69	ringers irrigation	144
QVAR REDIHALER	151	RINVOQ	131
		RINVOQ LQ	132
R		risedronate sodium	139
ra isopropyl alcohol wipes	109	risperidone	75
RABAVERT	137	risperidone microspheres er	75
rabeprazole sodium	114	ritonavir	81
RALDESY	46	rivaroxaban	89
raloxifene hcl	128	rivastigmine	43

rivastigmine tartrate	43	SILIGENTLE FOAM DRESSING	144
rizatriptan benzoate	51	silodosin	116
ROCKLATAN	147	silver sulfadiazine	109
roflumilast	153	SIMBRINZA	149
ROMVIMZA	64	SIMLANDI (1 PEN)	135
ropinirole hcl	70	SIMLANDI (1 SYRINGE)	135
ropinirole hcl er	70	SIMLANDI (2 PEN)	135
rosadan	32	SIMLANDI (2 SYRINGE)	135
rosuvastatin calcium	100	simliya	125
ROTARIX	137	simpesse	125
ROTATEQ	137	simvastatin	100
roweepa	39	sirolimus	135
ROZLYTREK	64	SIRTURO	52
RUBRACA	64	SKYRIZI	132
rufinamide	42	SKYRIZI (150 MG DOSE)	132
RUKOBIA	80	SKYRIZI PEN	132
RYBELSUS	85	SMOFLIPID	145
RYDAPT	64	sodium chloride	111
S		sodium chloride (pf)	111
sacubitril-valsartan	98	sodium fluoride	111
sajazir	130	sodium oxybate	156
SANDIMMUNE	134	sodium phenylbutyrate	115
SANTYL	109	sodium polystyrene sulfonate	112
sapropterin dihydrochloride	115	solifenacin succinate	116
SCEMBLIX	64,65	SOLTAMOX	54
scopolamine	47	SOMAVERT	130
SECUADO	75	sorafenib tosylate	65
SECURESAFE INSULIN SYRINGE	144	sorine	94
selegiline hcl	71	sotalol hcl	94
selenium sulfide	107	sotalol hcl (af)	94
SELZENTRY	80	SPIRIVA RESPIMAT	152
SEREVENT DISKUS	153	spironolactone	99
sertraline hcl	46	spironolactone-hctz	98
setlakin	125	sprintec 28	125
sevelamer carbonate	112	SPRITAM	39
sharobel	128	SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF)	112
SHINGRIX	137	sronyx	125
SIGNIFOR	130	ssd	109
sildenafil citrate	154	STAVUDINE	79
		STELARA	132

sterile water for irrigation	145
STIOLTO RESPIMAT	155
STIVARGA	65
STREPTOMYCIN SULFATE	30
STRIBILD	77
subvenite	39
SUBVENITE	39
sucrafate	114
SULFACETAMIDE SODIUM	148
sulfacetamide sodium	148
sulfacetamide sodium (acne)	106
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE	147
sulfadiazine	37
sulfamethoxazole-trimethoprim	37
sulfasalazine	138
sulfatrim pediatric	37
sulindac	26
sumatriptan	51
sumatriptan succinate	51
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL	51
sunitinib malate	65
SUNLENCA	80
SURE COMFORT PEN NEEDLES	145
syeda	125
SYMPAZAN	40
SYMTUZA	81
SYNAREL	130
SYNJARDY	85
SYNJARDY XR	85
SYNRIBO	65
SYNTHROID	129

T

TABLOID	54
TABRECTA	65
tacrolimus	108,135
tadalafil	116
tadalafil (pah)	116,154
TAFINLAR	65
TAGRISSO	65

TALZENNA	65
tamoxifen citrate	54
tamsulosin hcl	116
tarina fe 1/20	125
tarina fe 1/20 eq	125
tasimelteon	156
tazarotene	106
TAZICEF	34
taztia xt	96
TAZVERIK	65
TDVAX	137
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES	145
TEFLARO	34
telmisartan	92
telmisartan-amlodipine	98
telmisartan-hctz	98
temazepam	156
TENIVAC	137
tenofovir disoproxil fumarate	79
TEPMETKO	65
terazosin hcl	92
terbinafine hcl	49
terconazole	49
teriflunomide	105
teriparatide	139
testosterone	118,119
testosterone cypionate	119
TESTOSTERONE ENANTHATE	119
tetrabenazine	103
tetracycline hcl	37
THALOMID	53,54
theophylline er	153
thioridazine hcl	72
thiothixene	72
tiadylt er	96
tiagabine hcl	40
TIBSOVO	66
ticagrelor	91
TICOVAC	137
tigecycline	32

timolol maleate.....	95,149	tri-previfem.....	126
tinidazole.....	32	tri-sprintec.....	126
tiotropium bromide.....	152	tri-vylibra.....	126
tis-u-sol.....	145	triamcinolone acetonide.....	105,108
TIVICAY.....	77	triamterene-hctz.....	99
TIVICAY PD.....	78	triazolam.....	156
tizanidine hcl.....	76	triderm.....	108
tobramycin.....	148,153	trientine hcl.....	112
tobramycin sulfate.....	30	TRIENTINE HCL.....	112
tobramycin-dexamethasone.....	147	trifluoperazine hcl.....	72
TOLAK.....	109	TRIFLURIDINE.....	148
tolterodine tartrate.....	116	trihexyphenidyl hcl.....	70
tolterodine tartrate er.....	116	TRIKAFTA.....	153
tolvaptan.....	111	trimethoprim.....	32
topiramate.....	39	trimipramine maleate.....	47
toremifene citrate.....	54	TRINTELLIX.....	46
toremide.....	99	TRIUMEQ.....	79
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	88	TRIUMEQ PD.....	79
TOUJEO SOLOSTAR.....	88	trivora (28).....	126
TPN ELECTROLYTES.....	111	TRIZIVIR.....	79
TRADJENTA.....	86	tropium chloride.....	116
tramadol hcl.....	28	TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	145
tramadol hcl er.....	27	TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....	145
tramadol-acetaminophen.....	28	TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES.....	145
trandolapril.....	93	TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	145
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER.....	98	TRULICITY.....	86
tranexamic acid.....	91	TRUMENBA.....	137
tranylcypromine sulfate.....	45	TRUQAP.....	66
travoprost (bak free).....	150	TUKYSA.....	66
trazodone hcl.....	46	tulana.....	128
TRECATOR.....	52	TURALIO.....	66
TRELEGY ELLIPTA.....	155	turqoz.....	126
TRESIBA.....	88	TWINRIX.....	137
TRESIBA FLEXTOUCH.....	88	TYBOST.....	80
tretinoin.....	68,106	TYENNE.....	132
tri femynor.....	125	TYMLOS.....	139
tri-estarylla.....	125	TYPHIM VI.....	137
tri-linyah.....	125		
tri-mili.....	126	U	
tri-nymyo.....	126	UDENYCA.....	91

ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE	145
UNIFINE OTC PEN NEEDLES	145
UNIFINE PENTIPS	145
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE	145
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE	145
unithroid	129
UPTRAVI	154
ursodiol	113,114
USTEKINUMAB	132
USTEKINUMAB-AEKN	132

V

valacyclovir hcl	82
VALCHLOR	109
valganciclovir hcl	76
valproate sodium	39
valproic acid	39
valsartan	92
valsartan-hydrochlorothiazide	99
VALTOCO 10 MG DOSE	40
VALTOCO 15 MG DOSE	40
VALTOCO 20 MG DOSE	40
VALTOCO 5 MG DOSE	40
valtya 1/35	126
valtya 1/50	126
vanadom	156
vancomycin hcl	32
VANFLYTA	66
VAQTA	137
varenicline tartrate	30
varenicline tartrate (starter)	30
varenicline tartrate(continue)	30
VARIVAX	137
VAXCHORA	138
VELIVET	126
VENCLEXTA	66
VENCLEXTA STARTING PACK	66
venlafaxine hcl	46
venlafaxine hcl er	46
VEOZAH	103

verapamil hcl	96
VERAPAMIL HCL ER	96
verapamil hcl er	96
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE	146
VERIFINE INSULIN SYRINGE	146
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	146
VERQUVO	99
VERSACLOZ	76
VERZENIO	66
vestura	126
vienva	126
vigabatrin	40
vigadrone	41
VIGAFYDE	41
vigpoder	41
vilazodone hcl	46
VIMKUNYA	138
violele	126
VIRACEPT	81
VIREAD	79
VITRAKVI	66
VIVOTIF	138
VIZIMPRO	67
volnea	126
VONJO	68
VORANIGO	67
voriconazole	50
VOSEVI	77
VOWST	146
VRAYLAR	75
vyfemla	126
vylibra	126
VYZULTA	150

W

warfarin sodium	90
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE	146
WELIREG	55
wera	126
WINREVAIR	154

wixela inhub.....	155
wymzya fe.....	126
WYOST.....	139

X

XALKORI.....	67
XARELTO.....	90
XARELTO STARTER PACK.....	90
XATMEP.....	135
XCOPRI.....	39,42
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	42
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	42
XDEMVY.....	147
XELJANZ.....	132
XELJANZ XR.....	132
xelria fe.....	126
XERMELO.....	113
XIFAXAN.....	32
XIGDUO XR.....	86
XIIDRA.....	147
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	81
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	81
XOLAIR.....	132
XOSPATA.....	67
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	67
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	67
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	67
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	67
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	67
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	67
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	68
XTANDI.....	53
xulane.....	126

Y

YESINTEK.....	132,133
YF-VAX.....	138
yuvafem.....	126

Z

zafemy.....	126
zafirlukast.....	151
zaleplon.....	156
ZARXIO.....	91
ZEJULA.....	68
ZELBORAF.....	68
zenatane.....	106
ZENPEP.....	115
zidovudine.....	79
ziprasidone hcl.....	75
ziprasidone mesylate.....	75
ZIRGAN.....	148
zoledronic acid.....	139
ZOLINZA.....	55
zolpidem tartrate.....	156
ZONISADE.....	42
zonisamide.....	42
zovia 1/35 (28).....	126
zovia 1/35e (28).....	127
ZTALMY.....	41
zumandimine.....	127
ZURZUVAE.....	44
ZYDELIG.....	68
ZYKADIA.....	68
ZYLET.....	147
ZYPREXA RELPREVV.....	75

فأذه، مسقلا كنكمپروثعلا لءءاودنم لالاخثحبلا نءءمسا بآبءبأ كملعبس
 اذء مقربءءحفصلا ثبءءكنكمپروثعلا لءءءامولعم ءببءءءبفاضلء كءاودلء

ANALGESICS.....	25
ANESTHETICS.....	29
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS.....	29
ANTIBACTERIALS.....	30
ANTICONVULSANTS.....	37
ANTIDEMENTIA AGENTS.....	42
ANTIDEPRESSANTS.....	43
ANTIEMETICS.....	47
ANTIFUNGALS.....	48
ANTIGOUT AGENTS.....	50
ANTIMIGRAINE AGENTS.....	50
ANTIMYASTHENIC AGENTS.....	51
ANTIMYCOBACTERIALS.....	51
ANTINEOPLASTICS.....	52
ANTIPARASITICS.....	68
ANTIPARKINSON AGENTS.....	70
ANTIPSYCHOTICS.....	71
ANTISPASTICITY AGENTS.....	76
ANTIVIRALS.....	76
ANXIOLYTICS.....	82
BIPOLAR AGENTS.....	83
BLOOD GLUCOSE REGULATORS.....	84
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS.....	88
CARDIOVASCULAR AGENTS.....	91
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS.....	102
DENTAL AND ORAL AGENTS.....	105
DERMATOLOGICAL AGENTS.....	105
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS.....	110
GASTROINTESTINAL AGENTS.....	112
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT.....	114
GENITOURINARY AGENTS.....	116
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL).....	117
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY).....	118
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS).....	118
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID).....	128
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY).....	129
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID).....	130
IMMUNOLOGICAL AGENTS.....	130

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS.....	138
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS.....	138
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS.....	140
OPHTHALMIC AGENTS.....	146
OTIC AGENTS.....	150
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS.....	150
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS.....	155
SLEEP DISORDER AGENTS.....	156



Notice of Availability of Language Services and Auxiliary Aids and Services

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call

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

الشعار بالعربية (Arabic)

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

Հայերեն պիտակ (Armenian)

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

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

简体中文标语 (Chinese)

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

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

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

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

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

日本語表記 (Japanese)

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

へお電話ください。

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

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

한국어 태그라인 (Korean)

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

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

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:

ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਸਰਵੋਤਮ ਸੇਵਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਮੰਗੋ

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

ਸੇਵਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਮੰਗੋ

مطلب به زبان فارسی (Persian (Farsi))

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

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

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

Русский слоган (Russian)

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

1-800-452-4413 (линия 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 serbisyonang ito.

เท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

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

Примітка українською (Ukrainian)

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

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

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



إشعار عدم التمييز

تعد ممارسة التمييز العنصري مخالفة للقانون. تلتزم Blue Shield of California بقوانين الحقوق المدنية للولايات وقوانين الحماية المدنية الفيدرالية، ولا تمارس Blue Shield of California التمييز بشكل غير قانوني ولا تستبعد أشخاصًا أو تفرق بينهم في المعاملة على أساس الجنس أو العرق أو اللون أو الدين أو النسب أو الأصل القومي أو تحديد المجموعة العرقية أو السن أو الإعاقة العقلية أو الجسدية أو الحالة الطبية أو المعلومات الجينية أو الحالة الاجتماعية أو النوع أو الهوية الجنسية أو الميول الجنسية.

تقدم خطة Blue Shield of California ما يلي:
« مساعدات وخدمات مجانية تُقدم في الوقت المناسب للأشخاص ذوي الإعاقات لمساعدتهم في التواصل بشكل أفضل، مثل:

- مترجمو لغة إشارة أكفاء
- معلومات مكتوبة بتنسيقات مختلفة (كأن تكون مطبوعة بأحرف كبيرة، أو مسجلة صوتيًا، أو تنسيقات إلكترونية يسهل الوصول إليها أو تنسيقات أخرى)

« خدمات لغوية مجانية تُقدم في الوقت المناسب للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية كلغة أساسية، مثل:

- مترجمون فوريون أكفاء
- معلومات مكتوبة بلغات مختلفة

« إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، يرجى التواصل مع *Blue Shield of California* من الساعة 8 صباحًا وحتى الساعة 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. اتصل بخدمة العملاء في منطقتك:

1-800-452-4413 إذا كنت تعاني من صعوبات في السمع أو التحدث، يُرجى الاتصال بـ 711 TTY. يمكننا حال الطلب، توفير هذا المستند لك بلغة برايل، أو طباعته بأحرف كبيرة، أو تسجيله على شريط صوتي، أو في صورة نسخة إلكترونية. للحصول على نسخة في صورة أي من هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال أو مراسلة:

Blue Shield of California

601 12th Street

Oakland, CA 94607-3613

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

كيفية تقديم تظلم

إذا كنت تعتقد أن Blue Shield of California قد أخفقت في تقديم تلك الخدمات أو مارست التمييز بطريقة أخرى على أساس الجنس أو العرق أو اللون أو الدين أو السلالة أو الأصل القومي أو تحديد المجموعة العرقية أو العمر أو الإعاقة العقلية أو الجسدية أو الحالة الطبية أو المعلومات الجينية أو الحالة الاجتماعية أو النوع

أو الهوية الجنسية أو الميول الجنسية، يمكنك تقديم تظلم إلى منسق الحقوق المدنية لدى Blue Shield of California. ويمكنك تقديم التظلم عن طريق الهاتف أو كتابيًا أو شخصيًا أو إلكترونيًا:

« عن طريق الهاتف: اتصل بمنسق الحقوق المدنية لدى Blue Shield of California من الساعة 8 صباحًا وحتى الساعة 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة على الرقم 1-844-831-4133 أو إذا كنت لا تستطيع السماع أو التحدث بشكل جيد، يُرجى الاتصال على 711 TTY/TDD.

« كتابيًا: املأ نموذج شكوى أو اكتب خطابًا وأرسله إلى:

Blue Shield of California's Civil Rights Coordinator, P.O. Box 5588, El Dorado Hills, CA 95762-0011. BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com.

« شخصيًا: تفضل بزيارة عيادة طبيبك أو Blue Shield of California واذكر رغبتك في تقديم تظلم.

« إلكترونيًا: تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني لـ Blue Shield of California عبر الرابط blueshieldca.com.

مكتب الحقوق المدنية (OFFICE OF CIVIL RIGHTS) – إدارة خدمات

الرعاية الصحية بولاية كاليفورنيا

CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

يمكنك أيضًا تقديم شكوى حقوق مدنية لدى مكتب الحقوق المدنية بإدارة خدمات الرعاية الصحية بولاية كاليفورنيا، عبر الهاتف أو كتابيًا أو إلكترونيًا:

« عن طريق الهاتف: اتصل على الرقم 1-916-440-7370. إذا لم يكن بمقدورك التحدث أو السماع جيدًا، يُرجى الاتصال على 711 (خدمة ترحيل الاتصالات).

« كتابيًا: املأ نموذج الشكاوى أو أرسل خطابًا إلى:

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

إن نماذج تقديم الشكاوى متاحة على http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

« إلكترونيًا: يمكنك إرسال بريدًا إلكترونيًا إلى CivilRights@dhcs.ca.gov.

مكتب الحقوق المدنية - وزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

إذا كنت تعتقد أنك تعرضت للتمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس، يمكنك أيضًا التقدم بشكوى بشأن الحقوق المدنية إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة، مكتب الحقوق المدنية هاتفيًا أو كتابيًا أو إلكترونيًا:

« عن طريق الهاتف: اتصل على الرقم 1-800-368-1019. إذا كنت لا تستطيع التحدث أو السماع بشكل جيد، يُرجى الاتصال على (TTY/TDD 1-800-537-7697).

« كتابيًا: املأ نموذج الشكاوى أو أرسل خطابًا إلى:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

تتوفر نماذج الشكاوى على <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

« إلكترونيًا: يرجى زيارة البوابة الإلكترونية لمكتب شكاوى الحقوق المدنية على الموقع الإلكتروني

[.https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf)

تم تحديث قائمة العقاقير في يوم 03/24/2026 .

للحصول على معلومات أحدث أو لأي استفسارات أخرى، اتصل بنا على (TTY: 711) 452-4413 (800)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً. بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام في الأسبوع، أو قم بزيارة blueshieldca.com/medformulary2026.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 452-4413 (800)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة blueshieldca.com/medformulary2026.

03/24/2026

