



Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP), Medicare Medi-Cal պլան 2026 *Փոխհատուցվող դեղերի ցանկ (Դեղացանկ կամ Դեղերի տեղեկատու)*

ԿԱՐԴԱԼ ԱՅՍ ՓԱՍՏԱԹՂԹՈՒՄ ՊԱՐՈՒՆԱԿՎՈՒՄ Է ՄԵՐ ՊԼԱՆԻ
ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԾԱԾԿՈՒՅԹՈՒՄ ՆԵՐԱՌՎԱԾ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ
ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

Դեղերի տեղեկատուի ID 26258, Տարբերակ 19

Այս *Դեղացանկի* թարմացման ամսաթիվը՝ 03/24/2026 :

Ավելի թարմ տեղեկությունների կամ այլ հարցերի համար դիմեք մեզ (800) 452-4413
հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը: PT
(խաղաղովկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր կամ այցելեք
blueshieldca.com/medformulary2026:

H2819_25_357A_C Approved 08202025

A55568EAE-AM (03/26)

Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Blue Shield TotalDual Plan (800) 452-4413 (TTY՝ 711),
առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղովկիանոսյան
ժամանակով), շաբաթը յոթ օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**
այցելեք blueshieldca.com/medformulary2026:



Ներածություն

Այս փաստաթուղթը կոչվում է *Փոխհատուցվող դեղերի ցանկ* (հայտնի է նաև որպես *Դեղացանկ*): Այնտեղ ներկայացված է, թե որ դեղերն են փոխհատուցվում Blue Shield TotalDual Plan-ի կողմից: *Դեղացանկում* ներկայացված են նաև Blue Shield TotalDual Plan-ի կողմից փոխհատուցվող դեղերի հետ կապված հատուկ կանոններն ու սահմանափակումները: Հիմնական պայմանները և դրանց բացատրությունները ներկայացված են *Անդամի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Բովանդակություն

A. Պարզաբանումներ.....	iv
B. Հաճախ տրվող հարցեր (FAQ).....	xvi
B1. Ո՞ր դեղատոմսային դեղերն են ընդգրկված <i>Փոխհատուցվող դեղերի ցանկում</i> : (<i>Փոխհատուցվող դեղերի ցանկը</i> մենք կրճատ անվանում ենք « <i>Դեղացանկ</i> »:).....	xvi
B2. <i>Դեղացանկը</i> երբևէ փոխվո՞ւմ է:	xvii
B3. Ի՞նչ է տեղի ունենում, երբ <i>Դեղացանկում</i> փոփոխություն է լինում:	xviii
B4. Կա՞ն սահմանափակումներ կամ սահմանաչափեր դեղերի փոխհատուցման կամ որևէ անհրաժեշտ գործողության հետ կապված, որը պետք է ձեռնարկվի՝ որոշակի դեղեր ստանալու համար:.....	xx
B5. Ինչպե՞ս իմանալ՝ արդյոք իմ ուզած դեղը սահմանափակումներ ունի կամ արդյոք հարկավոր է ձեռնարկել անհրաժեշտ գործողություններ՝ դեղը ստանալու համար:	xxi
B6. Ի՞նչ տեղի կունենա, եթե Blue Shield TotalDual-ի Plan-ը փոխի որոշ դեղերի փոխհատուցման կանոնները (օրինակ՝ նախնական թույլտվություն, քանակական սահմանափակումներ և/կամ քայլային թերապիայի սահմանափակումներ):	xxi
B7. Ինչպե՞ս գտնել դեղը <i>Դեղացանկում</i> :	xxi
B8. Ի՞նչ տեղի կունենա, եթե իմ ուզած դեղը չկա <i>Դեղացանկում</i> :.....	xxii
B9. Ինչ անել, եթե ես Blue Shield TotalDual Plan-ի նոր անդամ եմ և չեմ կարողանում գտնել իմ դեղամիջոցը <i>Դեղացանկում</i> կամ խնդիրներ ունեմ այն ստանալու հետ կապված:	xxii

Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Blue Shield TotalDual Plan՝ (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medformulary2026:



B10. Կարո՞ղ եմ բացառություն պահանջել իմ դեղի փոխհատուցման համար:	xxiv
B11. Ինչպե՞ս կարող եմ բացառություն խնդրել:	xxiv
B12. Որքա՞ն ժամանակ է պահանջվում բացառություն ստանալու համար:	xxiv
B13. Որո՞նք են ջեներիկ (վերարտադրված) դեղերը:	xxv
B14. Ի՞նչ են օրիգինալ կենսաբանական դեղամիջոցները և ինչպե՞ս են դրանք կապված կենսանմանակների հետ:	xxv
B15. Արդյո՞ք Blue Shield TotalDual Plan-ը փոխհատուցում է դեղատոմսային դեղերի երկարաժամկետ մատակարարումը:	xxv
B16. Կարո՞ղ եմ դեղատոմսային դեղեր ստանալ տեղական դեղատնից առաքմամբ:	xxvi
B17. Որքա՞ն է իմ համավճարը:	xxvi
C. Փոխհատուցվող դեղերի ցանկի <i>հակիրճ նկարագրություն</i>	xxviii
C1. Դեղերի ցանկ ըստ առողջական խնդրի.....	xxix
D. Փոխհատուցվող դեղերի ցանկ	148

Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Blue Shield TotalDual Plan` (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY` 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medformulary2026:



A. Պարզաբանումներ

Սա այն դեղերի ցանկն է, որոնք անդամները կարող են ստանալ Blue Shield TotalDual Plan-ում:

- ❖ Blue Shield of California-ն HMO D-SNP պլան է, որը պայմանագիր է կնքել Medicare-ի և California State Medicaid Program-ի (Կալիֆոռնիա նահանգի Medicaid ծրագրի) հետ: Blue Shield of California պլանում գրանցումը կախված է պայմանագրի երկարացումից:
- ❖ Դուք միշտ կարող եք ստուգել Blue Shield TotalDual Plan-ի թարմացված *Փոխհատուցվող դեղերի ցանկը* առցանց հետևյալ հասցեով՝ blueshieldca.com/medformulary2026 կամ զանգահարելով՝ (800) 452-4413 (TTY՝ 711): Չանգն անվճար է:
- ❖ Blue Shield of California-ն Blue Shield Association-ի անկախ անդամ է:
- ❖ Դուք կարող եք այս փաստաթուղթն անվճար ստանալ այլ ձևաչափերով, օրինակ՝ խոշոր տպատառ, բրայլյան գրատեսակով կամ աուդիո ձևաչափով: Չանգահարեք այս փաստաթղթի էջատակում նշված համարներով: Չանգն անվճար է:
- ❖ 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。 Ընկերությունը հետևում է գործող նահանգային և քաղաքացիական իրավունքների պաշտպանության դաշնային օրենքներին և խտրականություն չի դնում, չի բացառում մարդկանց կամ այլ կերպ չի վերաբերվում նրանց՝ ռասայի, մաշկի գույնի, ազգային ծագման, էթնիկ պատկանելության, առողջական վիճակի, գենետիկական տեղեկատվության, ծագման, կրոնի, սեռի, ամուսնական կարգավիճակի, գենդերի, գենդերային ինքնության, սեռական կողմնորոշման, տարիքի, հոգեկան խնդիրներ ունենալու կամ ֆիզիկական հաշմանդամության հիմքերով:

Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Blue Shield TotalDual Plan՝ (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medformulary2026:



- ❖ Այս փաստաթուղթը հասանելի է անվճար անգլերեն, իսպաներեն, արաբերեն, հայերեն, պարզեցված չինարեն, ավանդական չինարեն, պարսկերեն, քմերերեն (կամբոջերեն), կորեերեն, ռուսերեն, թագալերեն և վիետնամերեն լեզուներով:

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

Եթե հարցեր ունեք, գանգահարեք Blue Shield TotalDual Plan՝ (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր: Ձանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medformulary2026:



Լեզվական աջակցության և օժանդակ միջոցների ու ծառայությունների հասանելիության մասին ծանուցում

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: Չանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY:711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Blue Shield TotalDual Plan՝ (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք 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।

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

Եթե հարցեր ունեք, գանգահարեք Blue Shield TotalDual Plan` (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY` 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղօվկիհանոյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք 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.

Շարունակությունը հաջորդ էջում

Եթե հարցեր ունեք, գանգահարեք Blue Shield TotalDual Plan` (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY` 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք 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.

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

Եթե հարցեր ունեք, գանգահարեք Blue Shield TotalDual Plan` (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY` 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր: Ջանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք 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 nzaih 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.

ຮ່າງກາຍສະໜອງໂດຍ ສະໜອງໂດຍ ສະໜອງໂດຍ

ຮູບ ສະໜອງໂດຍ, ຄຳສະໜອງໂດຍ Blue Shield TotalDual Plan` (800) 452-4413
ເຮັດວຽກສູນສະໜອງໂດຍ (TTY` 711), ພາສາປາກຊານ ສຳລັບ 8-ໂຈ ມາດຕະຖານ ສຳລັບ 8-ປາ
(ປາສາຊາວປາກຊານ ສຳລັບສະໜອງໂດຍ), ສຳລັບສູນ ສຳລັບ: ສຳລັບສູນ ສຳລັບ: ສຳລັບສູນ
ສຳລັບສູນສຳລັບສູນສຳລັບສູນ ສຳລັບສູນ ສຳລັບສູນ blueshieldca.com/medformulary2026:



ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

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

مطلب به زبان فارسی (Persian (Farsi))

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

Շարունակությունը՝ հաշորդ էջում

Եթե հարցեր ունեք, գնահատված Blue Shield TotalDual Plan` (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY` 711), առավտոյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղօվկիհանոյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկություններ**ի համար այցելեք blueshieldca.com/medformulary2026:



Русский слоган (Russian)

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

Mensaje en español (Spanish)

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

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

Եթե հարցեր ունեք, գանգահարեք Blue Shield TotalDual Plan` (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY` 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր: Ջանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medformulary2026:



Примітка українською (Ukrainian)

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

Շարունակությունը հաջորդ էջում

Եթե հարցեր ունեք, օգնագրեք Blue Shield TotalDual Plan` (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY` 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր: Ձանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medformulary2026:



- ❖ Դուք կարող եք հայց ներկայացնել՝ այս փաստաթուղթը և հետագա պահանջվող հաղորդակցությունները անգլերենից բացի այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով (խոշոր տպագիր, բրայլյան գրատեսակով, աուդիո և այլն) մշտապես ստանալու համար: Հայցը ներկայացնելու համար դուք կարող եք կապ հաստատել Blue Shield TotalDual Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժնի հետ՝ (800) 452-4413 (TTY՝ 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր: Հաճախորդների սպասարկման կենտրոնը կպահպանի ֆայլում ձեր նախընտրած լեզվով և ձևաչափով տեղեկատվությունը՝ մինչև ցանկանաք փոփոխություններ կատարել:
- ❖ Ձեր նախընտրած լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով պահանջվող հաղորդակցությունների հարցման մեջ փոփոխություններ կատարելու համար դիմեք Blue Shield TotalDual Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր:

Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Blue Shield TotalDual Plan՝ (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medformulary2026:



B. Հաճախ տրվող հարցեր (FAQ)

Այստեղ դուք կգտեք *Փոխհատուցվող դեղերի ցանկի (Դեղացանկ)* հետ կապված ձեր հարցերի պատասխանները: Կարող եք կարդալ FQA-ը՝ ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար, կամ որոնել հարցն ու պատասխանը:

B1. Ո՞ր դեղատոմսային դեղերն են ընդգրկված *Փոխհատուցվող դեղերի ցանկում*: (*Փոխհատուցվող դեղերի ցանկը* մենք կրճատ անվանում ենք «Դեղացանկ»):

Դեղացանկի C բաժնում նշված են այն դեղերը, որոնք փոխհատուցվում են Blue Shield TotalDual Plan-ի կողմից: Դեղերը հասանելի են մեր ցանցային դեղատներում: Դեղատունն ընդգրկվում է մեր ցանցում, եթե մենք վերջինիս հետ պայմանագիր ունենք՝ մեզ հետ աշխատելու և ձեզ ծառայություններ մատուցելու համար: Այս դեղատները մենք անվանում ենք «ցանցային դեղատներ»:

Այլ դեղեր, օրինակ՝ որոշ առանց դեղատոմսի բաց թողնվող (OTC) դեղեր և վիտամիններ, կարող են փոխհատուցվել Medi-Cal Rx ծրագրով: Այցելեք Medi-Cal Rx ծրագրի կայք (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) լրացուցիչ տեղեկությունների համար: Դուք կարող եք նաև զանգահարել Medi-Cal Rx-ի Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ 800-977-2273 հեռախոսահամարով: Ձեզ մոտ ունեցեք ձեր Medi-Cal-ի շահառուի նույնականացման քարտը (BIC), երբ դեղատոմսային դեղեր եք ստանում Medi-Cal Rx ծրագրով:

- Blue Shield TotalDual Plan-ը կփոխհատուցի *Դեղացանկում* նշված բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ դեղերը, եթե
 - ձեր բժիշկը կամ դեղատոմս նշանակող այլ բուժաշխատող պնդում է, որ դրանք ձեզ անհրաժեշտ են ապաքինվելու կամ առողջությունը պահելու համար,
 - Blue Shield TotalDual Plan-ը համաձայնում է, որ դեղը բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է ձեզ, և
 - դուք ստանում եք դեղատոմսային դեղը Blue Shield TotalDual Plan-ի ցանցային դեղատներից մեկում:
- Որոշ դեպքերում, նախքան դեղորայք ստանալը, դուք պետք է ինչ-որ գործողություններ կատարեք: Տե՛ս B4 հարցը՝ լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Blue Shield TotalDual Plan՝ (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medformulary2026:



Մեր կողմից փոխհատուցվող դեղերի թարմացված ցանկը կարող եք գտնել նաև մեր blueshieldca.com/medformulary2026 կայքում կամ զանգահարելով Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ այս փաստաթղթի էջատակում նշված հեռախոսահամարներով:

B2. Դեղացանկը երբևէ փոխվո՞ւմ է:

Այո, և Blue Shield TotalDual Plan-ը պետք է հետևի Medicare-ի և Medi-Cal-ի կանոններին փոփոխություններ կատարելիս: Մենք կարող ենք տարվա ընթացքում դեղեր ավելացնել կամ պակասեցնել *Դեղացանկում*:

Մենք նաև կարող ենք փոխել դեղերի հետ կապված մեր կանոնները: Օրինակ՝ մենք կարող ենք՝

- Որոշել պահանջել կամ չպահանջել նախնական թույլտվություն դեղի համար: (Նախնական թույլտվությունը Blue Shield TotalDual Plan-ի թույլտվությունն է՝ նախքան դեղամիջոցը ստանալը):
- Ավելացնել կամ փոփոխել դեղամիջոցների քանակը, որը դուք կարող եք ստանալ (այսպես կոչված՝ «քանակական սահմանափակումներ»):
- Ավելացնել կամ փոփոխել դեղամիջոցի հետ կապված քայլային թերապիայի սահմանափակումները: (Քայլային թերապիա նշանակում է, որ դուք պետք է փորձեք մի դեղ՝ նախքան մենք կփոխհատուցենք մեկ ուրիշ դեղի ծախսերը):

Այս դեղերի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս B4 հարցը:

Եթե դուք **տարեսկզբին** փոխհատուցվող դեղամիջոց եք օգտագործում, մենք, ընդհանուր առմամբ, չենք հեռացնում կամ չենք փոխում այդ դեղամիջոցի փոխհատուցումը **տարվա ընթացքում**, մինչև՝

- շուկայում չհայտնվի նոր, ավելի էժան դեղամիջոց, որը նույնքան արդյունավետ կլինի, որքան *Դեղացանկում* ընդգրկված դեղամիջոցն այս պահին, կամ
- պարզենք, որ դեղն անվտանգ չէ, կամ
- դեղը հանվել է շուկայից:

Ստորև բերված B3 և B6 հարցերն ավելի շատ տեղեկություններ են տալիս այն մասին, թե ինչ է տեղի ունենում, երբ *Դեղացանկը* փոխվում է:

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Blue Shield TotalDual Plan՝ (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medformulary2026:



- Դուք միշտ կարող եք ստուգել Blue Shield TotalDual Plan-ի թարմացված *Դեղացանկը* առցանց հետևյալ հասցեում՝ blueshieldca.com/medformulary2026: *Դեղացանկի* թարմացումները տեղադրվում են կայքում ամեն ամիս:
- Կարող եք նաև զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ այս փաստաթղթի էջատակում նշված հեռախոսահամարներով՝ ընթացիկ *Դեղացանկը* ստուգելու համար:

B3. Ի՞նչ է տեղի ունենում, երբ *Դեղացանկում* փոփոխություն է լինում:

Դեղացանկում որոշ փոփոխություններ տեղի կունենան **անմիջապես**: Օրինակ՝

- **Դեղերի որոշ նոր տարբերակների փոխարինումները:** Մենք կարող ենք անմիջապես հեռացնել դեղերը *Դեղացանկից*, եթե դրանք փոխարինենք այդ դեղի որոշ նոր տարբերակներով, բայց նոր դեղի արժեքը ձեզ համար կշարունակի կազմել \$0: Դեղամիջոցի նոր տարբերակ ավելացնելով՝ մենք կարող ենք նաև որոշում կայացնել պահպանել բրենդային դեղամիջոցը կամ օրիգինալ կենսաբանական արտադրանքը ցանկում, բայց փոխել դրա փոխհատուցման կանոնները կամ սահմանափակումները:
 - Հնարավոր է՝ մինչև այս փոփոխությունը կատարելը մենք ձեզ տեղյակ չպահենք այդ մասին, բայց ձեզ կտեղեկացնենք կոնկրետ փոփոխության մասին, երբ դա տեղի ունենա:
 - Մենք կարող ենք կատարել այս փոփոխությունները միայն այն դեպքում, եթե մեր կողմից ավելացվող դեղամիջոցը
 - հանդիսանում է բրենդային դեղամիջոցի նոր ջեներիկ տարբերակը, կամ
 - իրենից ներկայացնում է *Դեղացանկում* ներառված օրիգինալ կենսաբանական արտադրանքի որոշակի նոր կենսանման տարբերակ (օրինակ՝ փոխարինելի կենսանմանակի ավելացում, որը կարող է փոխարինել օրիգինալ կենսաբանական արտադրանքին՝ առանց նոր դեղատոմս նշանակելու):
 - Այս դեղերի որոշ տեսակներ կարող են նոր լինել ձեզ համար: Լրացուցիչ տեղեկություններ համար տե՛ս **B14 բաժինը**:

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Blue Shield TotalDual Plan՝ (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medformulary2026:



○ Դուք կամ ձեր բժիշկը կարող եք նաև դիմել՝ այդ փոփոխություններից բացառություն ստանալու համար: Մենք ձեզ ծանուցում կուղարկենք այն քայլերի մասին, որոնք կարող եք ձեռնարկել՝ բացառություն խնդրելու համար: Բացառությունների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս B10-B12 հարցերը:

- **Հանել շուկայից անվտանգության չափանիշներին չհամապատասխանող դեղերը և վաճառքից հանված այլ դեղամիջոցներ:** Երբեմն դեղը կարող է համարվել ոչ անվտանգ կամ հանվել վաճառքից այլ պատճառով: Եթե դա տեղի ունենա, մենք կարող ենք անմիջապես հեռացնել այն *Ռեդացանկից*: Եթե դուք ընդունում եք դեղամիջոց, մենք ձեզ ծանուցում կուղարկենք փոփոխություններ կատարելուց հետո: Ձեր բժիշկը նույնպես կտեղեկանա այս փոփոխության մասին և կարող է քննարկել ձեզ հետ՝ ձեր առողջական խնդրի համար այլ դեղամիջոց գտնելու համար:

Մենք կարող ենք նաև այլ փոփոխություններ կատարել, որոնք կազդեն ձեր ընդունած դեղերի վրա: Մենք ձեզ նախօրոք տեղյակ կպահենք *Ռեդացանկում* այս մյուս փոփոխությունների մասին: Այս փոփոխությունները կարող են տեղի ունենալ, եթե՝

- Food and Drug Administration-ը (FDA, Սննդի և դեղերի վարչություն) տրամադրում է նոր ուղեցույց կամ առկա է դեղամիջոցների նոր կլինիկական ուղեցույց:
- Մենք հեռացնում ենք բրենդային դեղամիջոցը *դեդացանկից*, երբ ավելացնում ենք ջեներիկ տարբերակը, որը նոր չէ շուկայում, կամ
- մենք հեռացնում ենք օրիգինալ կենսաբանական արտադրանքը, երբ ավելացնում ենք կենսասանմանակը, կամ
- փոխում ենք բրենդային դեղի փոխհատուցման կանոնները կամ սահմանափակումները:

Երբ այս փոփոխությունները տեղի ունենան, մենք պետք է՝

- ձեզ առնվազն 30 օր առաջ տեղյակ պահենք՝ նախքան *Ռեդացանկում* փոփոխություն կատարելը **կամ**
- ձեզ տեղյակ պահենք և տրամադրենք դեղամիջոցը 30 օրվա ընդունման համար, այն բանից հետո, երբ դուք կդիմեք դեղի համալրման համար:

Սա ձեզ ժամանակ կտա խոսելու ձեր բժշկի կամ դեղատոմս նշանակողի հետ: Նրանք կարող են օգնել ձեզ որոշել:

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Blue Shield TotalDual Plan՝ (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medformulary2026:



- արդյոք *Դեղացանկում* առկա է նմանատիպ դեղ, որը կարող էք ընդունել նախկինի փոխարեն կամ
- արդյոք արժե պահանջել բացառություն այս փոփոխություններից: Բացառությունների մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս B10-B12 հարցերը:

B4. Կա՞ն սահմանափակումներ կամ սահմանաչափեր դեղերի փոխհատուցման կամ որևէ անհրաժեշտ գործողության հետ կապված, որը պետք է ձեռնարկվի՝ որոշակի դեղեր ստանալու համար:

Այո, որոշ դեղեր ունեն փոխհատուցման կանոններ կամ քանակական սահմանափակումներ: Որոշ դեպքերում դուք կամ ձեր բժիշկը կամ ձեզ դեղատոմս նշանակող այլ բուժաշխատող պետք է ինչ-որ գործողություն կատարեք՝ նախքան դեղորայք ստանալը: Օրինակ՝

- **Նախնական թույլտվություն.** Որոշ դեղերի դեպքում դուք, ձեր բժիշկը կամ դեղատոմս նշանակող այլ անձ պետք է նախապես հաստատում ստանաք Blue Shield TotalDual Plan-ից՝ մինչ դեղը ստանալը: Նախնական թույլտվությունը տարբերվում է ուղեգրից: Blue Shield TotalDual Plan-ը կարող է չփոխհատուցել նախնական թույլտվություն չունեցող դեղը:
- **Քանակական սահմանափակումներ.** Երբեմն Blue Shield TotalDual Plan-ը սահմանափակում է այն դեղամիջոցի քանակը, որը դուք կարող եք ստանալ:
- **Քայլային թերապիա.** Երբեմն Blue Shield TotalDual Plan-ը ձեզնից պահանջում է անցնել քայլային թերապիա: Սա նշանակում է, որ դուք ստիպված կլինեք փորձել դեղերը որոշակի հերթականությամբ՝ ըստ ձեր առողջական խնդրի: Հնարավոր է, որ դուք ստիպված լինեք փորձել մի դեղամիջոց՝ մինչև մենք կփոխհատուցենք մյուսի ծախսերը: Եթե ձեր բժիշկը կարծում է, որ առաջին դեղամիջոցը չի ազդում ձեզ վրա, ապա մենք կփոխհատուցենք երկրորդը:

Դուք կարող եք իմանալ՝ արդյոք ձեր դեղամիջոցի համար կան լրացուցիչ պահանջներ կամ սահմանափակումներ՝ անցնելով **Բաժին C:** Դուք կարող եք նաև լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ՝ այցելելով մեր կայքը հետևյալ հասցեով՝ blueshieldca.com/medformulary2026: Մենք տեղադրել ենք առցանց փաստաթղթեր որոնք բացատրում են մեր նախնական թույլտվության և քայլային թերապիայի հետ կապված սահմանափակումները: Դուք կարող եք նաև դիմել մեզ՝ պատճենը ձեզ ուղարկելու համար:

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Blue Shield TotalDual Plan՝ (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medformulary2026:



Դուք կարող եք նաև դիմել այդ սահմանափակումներից բացառություն կիրառելու համար:
Սա ձեզ ժամանակ կտա խոսելու ձեր բժշկի կամ դեղատոմս նշանակող այլ անձի հետ:
Նրանք կօգնեն ձեզ որոշել՝ արդյոք *Դեղացանկում* նմանատիպ դեղ կա, որը կկարողանաք նախկինի փոխարեն ընդունել կամ արժե բացառություն պահանջել: Բացառությունների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս B10-B12 հարցերը:

B5. Ինչպե՞ս իմանալ՝ արդյոք իմ ուզած դեղը սահմանափակումներ ունի կամ արդյոք հարկավոր է ձեռնարկել անհրաժեշտ գործողություններ՝ դեղը ստանալու համար:

«Դեղերի ցանկ ըստ առողջական խնդրի» վերնագրով բաժնի աղյուսակում կա «Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանաչափեր» վերնագրով սյունակ:

B6. Ի՞նչ տեղի կունենա, եթե Blue Shield TotalDual-ի Plan-ը փոխի որոշ դեղերի փոխհատուցման կանոնները (օրինակ՝ նախնական թույլտվություն, քանակական սահմանափակումներ և/կամ քայլային թերապիայի սահմանափակումներ):

Որոշ դեպքերում մենք ձեզ նախապես տեղյակ կպահենք, եթե ավելացում կատարենք կամ փոխենք նախնական թույլտվությունը, քանակական սահմանաչափերը և/կամ դեղի հետ կապված քայլային թերապիայի սահմանափակումները: Տե՛ս B3 հարցը՝ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար այս նախնական ծանուցման և այն իրավիճակների մասին, երբ հնարավոր է՝ մենք չկարողանանք նախապես ձեզ տեղեկացնել, թե երբ են փոխվում *Դեղացանկի* հետ կապված մեր կանոնները:

B7. Ինչպե՞ս գտնել դեղը *Դեղացանկում*:

Դեղը գտնելու երկու եղանակ կա.

- կարող եք որոնել այբբենական կարգով, **կամ**
- կարող եք որոնել ըստ առողջական խնդրի:

Այբբենական կարգով որոնելու համար անցեք «Փոխհատուցվող դեղերի» ցանկի բաժինը: Դուք կարող եք այն գտնել 148 էջում սկսվող ցանկում: Ցուցակում ներկայացված է այս փաստաթղթում ներառված բոլոր դեղերի այբբենական ցանկը: Ցուցակում նշված են օրիգինալ և ջեներիկ դեղամիջոցները: Նայեք ցուցակը և գտեք ձեր դեղը: Ձեր դեղամիջոցի կողքին կտեսնեք այն էջի համարը, որտեղ կարող եք գտնել փոխհատուցման մասին տեղեկատվություն:

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Blue Shield TotalDual Plan՝ (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medformulary2026:



Ըստ առողջական վիճակի որոնելու համար գտեք «Դեղերի ցանկ ըստ առողջական խնդրի» վերնագրով բաժինը: Այս բաժնում դեղամիջոցները խմբավորված են ըստ կատեգորիաների՝ կախված հիվանդության տեսակից, որի բուժման համար կիրառվում են: Օրինակ՝ եթե սրտային հիվանդություն ունեք, դուք պետք է նայեք «Սրտանոթային դեղեր» կատեգորիան: Այստեղ դուք կգտնեք այն դեղերը, որոնք բուժում են սրտային հիվանդությունները:

B8. Ի՞նչ տեղի կունենա, եթե իմ ուզած դեղը չկա *Դեղացանկում*:

Եթե դուք չեք գտնում ձեզ անհրաժեշտ դեղամիջոցը *Դեղացանկում*, այդ հարցով զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն այս փաստաթղթի էջատակում նշված հեռախոսահամարներով: Եթե պարզեք, որ Blue Shield TotalDual Plan-ը չի փոխհատուցում տվյալ դեղամիջոցը, կարող եք դիմել հետևյալ քայլերից որևէ մեկին՝

- Հաճախորդների սպասարկման կենտրոնից խնդրեք այն դեղերի ցանկը, որոնք ուզում եք ստանալ: Այնուհետև ցանկը ցույց տվեք ձեր բժշկին կամ դեղատոմս նշանակող այլ բուժաշխատողի: Նրանք կարող են *Դեղացանկից* ձեր դեղին համարժեք այլ դեղ նշանակել: **Կամ**
- Խնդրեք Blue Shield TotalDual Plan-ին ձեզ բացառություն անել դեղամիջոցի փոխհատուցման համար: Բացառությունների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս B10-B12 հարցերը:

B9. Ինչ անել, եթե ես Blue Shield TotalDual Plan-ի նոր անդամ եմ և չեմ կարողանում գտնել իմ դեղամիջոցը *Դեղացանկում* կամ խնդիրներ ունեմ այն ստանալու հետ կապված:

Մենք կարող ենք օգնել: Մենք կարող ենք փոխհատուցել ձեր դեղի 30-օրյա տրամադրումը առաջին 90 օրվա ընթացքում, եթե դուք Blue Shield TotalDual Plan-ի անդամ եք: Սա ձեզ ժամանակ կտա խոսելու ձեր բժշկի կամ դեղատոմս նշանակող այլ անձի հետ: Նրանք կօգնեն ձեզ որոշել՝ արդյոք *Դեղացանկում* նմանատիպ դեղ կա, որը կկարողանաք նախկինի փոխարեն ընդունել կամ արժե բացառություն պահանջել:

Եթե ձեր դեղատոմսն ավելի քիչ օրերի համար է գրված, մենք թույլ կտանք բազմակի համալրում կատարել՝ մինչև լրանա դեղի առավելագույն՝ 30-օրյա մատակարարումը:

Մենք կփոխհատուցենք ձեր դեղամիջոցի 30-օրյա մատակարարումը, եթե՝

- դուք ընդունում եք այնպիսի դեղ, որը ներառված չէ մեր *Դեղացանկում*, **կամ**
- մեր պլանի կանոնները թույլ չեն տալիս ստանալ ձեր բժշկի կողմից նշանակված քանակը, **կամ**

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Blue Shield TotalDual Plan՝ (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medformulary2026:



- դեղի համար պահանջում է նախնական թույլտվություն Blue Shield TotalDual Plan-ի կողմից, **կամ**
- դուք ընդունում եք այնպիսի դեղամիջոց, որը քայլային թերապիայի սահմանափակումների մի մասն է կազմում:

Եթե դուք ընդունում եք այնպիսի դեղամիջոց, որը Blue Shield TotalDual-ի Plan-ը չի համարում D բաժնի դեղամիջոց, և այդ դեղամիջոցը ներառված չէ *Դեղացանկում*, և դուք խնդիրներ ունեք այն ստանալու հետ կապված, ապա այն կարող է փոխհատուցվել Medi-Cal Rx ծրագրի կողմից: Եթե D բաժնից հանված դեղամիջոցի համար բացառություն է պահանջվում, և ձեզ մոտ արտակարգ խնդիր է առաջացել, Medi-Cal Rx-ը կապահովի դեղամիջոցի առնվազն 72-ժամյա մատակարարում: Այցելեք Medi-Cal Rx ծրագրի կայք (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) լրացուցիչ տեղեկությունների համար: Դուք կարող եք նաև զանգահարել Medi-Cal Rx-ի Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ 800-977-2273 հեռախոսահամարով: Ձեզ մոտ ունեցեք ձեր Medi-Cal-ի BIC-ը, երբ դեղատոմսային դեղեր եք ստանում Medi-Cal Rx ծրագրով:

Եթե դուք գտնվում եք ծերանոցում կամ այլ երկարաժամկետ խնամքի կենտրոնում և ձեզ անհրաժեշտ է այնպիսի դեղամիջոց, որը չկա *Դեղացանկում*, կամ եթե չեք կարող հեշտությամբ ձեռք բերել ձեզ անհրաժեշտ դեղամիջոցը, մենք կարող ենք օգնել: Եթե դուք ավելի քան 90 օրվա պլանում եք ներառված, երկար ժամանակ ապրում եք խնամքի կենտրոնում և անմիջապես դեղի մատակարարման կարիք ունեք.

- Մենք կապահովենք ձեզ համար անհրաժեշտ դեղամիջոցի 31-օրյա մատակարարումը (բացառությամբ այն դեպքերի, երբ ձեր դեղատոմսում ավելի քիչ օրեր են նշված), անկախ նրանից՝ դուք Blue Shield TotalDual Plan-ի նոր անդամ եք, թե ոչ:
- Մենք կարող ենք ժամանակավոր փոխհատուցել ձեր դեղերի մատակարարումը 90 օրվա ընթացքում, եթե դուք Blue Shield TotalDual Plan-ի անդամ եք:

Անցումային քաղաքականություն

Երբ շահառուն տեղափոխվում է մի բուժհաստատությունից մյուսը, Blue Shield TotalDual Plan-ը կապահովի դեղացանկում չներառված D բաժնի դեղերի արագ հաստատման գործընթացը: Այս գործընթացը պետք է կիրառվի նաև D բաժնի դեղամիջոցների համար, որոնց համար պահանջվում է նախնական թույլտվություն կամ քայլային թերապիա: Խնամքի փոփոխության մակարդակի օրինակներ. շահառուներ, ովքեր հիվանդանոցից դուրս են գրվում և գնում տուն, շահառուներ, ովքեր ավարտում են Medicare-ի A բաժնով որակավորված բուժական հաստատությունում կացությունը, և նրանք, ովքեր կարիք ունեն վերադառնալու պլանի D բաժնի դեղացանկին, շահառուներ, ովքեր ավարտում են երկարաժամկետ խնամքի կենտրոնում իրենց կացությունը և վերադառնում են իրենց համայնք, և շահառուներ, ովքեր հոգեբուժարաններից դուրս են գրվում դեղորայքային ռեժիմներով, որոնք ամեն մեկի համար խիստ անհատականացված են:

Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Blue Shield TotalDual Plan՝ (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medformulary2026:



B10. Կարո՞ղ եմ բացատրություն պահանջել իմ դեղի փոխհատուցման համար:

Այո: Դուք կարող եք խնդրել Blue Shield TotalDual Plan-ին բացատրություն անել *Դեղացանկում* չներառված դեղամիջոցի փոխհատուցման համար:

Դուք նաև կարող եք խնդրել, որ մենք փոխենք ձեր դեղամիջոցի համար սահմանված կանոնները:

- Օրինակ՝ Blue Shield TotalDual Plan-ը կարող է սահմանափակել մեր կողմից փոխհատուցվող դեղամիջոցի քանակը: Եթե ձեր դեղը սահմանափակում ունի, դուք կարող եք խնդրել, որ մենք փոխենք դրա սահմանաչափը և փոխհատուցենք ավելի շատ քանակություն:
- Այլ օրինակներ. Դուք կարող եք դիմել մեզ՝ քայլային թերապիայի սահմանափակումները կամ նախնական թույլտվության պահանջները վերացնելու համար:

B11. Ինչպե՞ս կարող եմ բացատրություն խնդրել:

Բացատրություն խնդրելու համար զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն: Հաճախորդների սպասարկման կենտրոնը կաշխատի ձեր և ձեր բժշկի հետ, որպեսզի օգնի ձեզ բացատրություն խնդրել: Բացատրությունների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարող եք կարդալ նաև *Սնդամի ձեռնարկ 9-րդ գլխի G2 բաժինը*:

B12. Որքա՞ն ժամանակ է պահանջվում բացատրություն ստանալու համար:

Ձեզ դեղ նշանակող բժշկից բացատրության վերաբերյալ ձեր հայցի հիմնավորումը ստանալուց հետո մենք ձեզ կտեղեկացնենք մեր որոշման մասին 72 ժամվա ընթացքում: Ձեզ դեղ նշանակող բժիշկը կարող է այս հիմնավորումն ուղարկել էլեկտրոնային եղանակով (առցանց կամ ֆաքսով) կամ փոստով: Նա կարող է նաև զանգահարել Blue Shield-ի Դեղատնային բաժին՝ (800) 535-9481 հեռախոսահամարով, և մեզ բանավոր հիմնավորում ներկայացնել, այնուհետև անհրաժեշտության դեպքում հիմնավորումը գրավոր ուղարկել մեզ:

Եթե դուք կամ ձեր բժիշկը գտնում եք, որ որոշմանը 72 ժամ սպասելը կարող է վնասել ձեր առողջությանը, կարող եք պահանջել բացատրություն կիրառելու վերաբերյալ արագացված որոշում: Սա ավելի արագ որոշման կայացում է: Եթե ձեզ դեղ նշանակող բժիշկը հիմնավորում է ձեր հայցը, ապա մենք ձեր բժշկի հիմնավորումը ստանալուց 24 ժամ հետո ձեզ տեղյակ կպահենք մեր որոշման մասին:

Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Blue Shield TotalDual Plan՝ (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medformulary2026:



B13. Որո՞նք են ջեներիկ (վերաբրտադրված) դեղերը:

Ջեներիկ դեղամիջոցները պատրաստված են նույն բաղադրիչներից, ինչ օրիգինալ (բրենդային) դեղամիջոցները: Դրանք սովորաբար ավելի էժան են, քան բրենդային դեղերը և, որպես կանոն, նույն ազդեցությունն ունեն: Սովորաբար դրանք հայտնի անվանումներ չունեն: Ջեներիկ դեղերը հաստատվում են Food and Drug Administration-ի (FDA) կողմից: Շատ բրենդային դեղերի համար կան դրանց ջեներիկ տարբերակները: Սովորաբար բրենդային դեղերը կարելի է փոխարինել ջեներիկներով դեղատանը՝ առանց նոր դեղատոմս ստանալու՝ կախված նահանգի օրենքներից:

Blue Shield TotalDual Plan-փոխհատուցում է ինչպես օրիգինալ, այնպես էլ ջեներիկ դեղերը:

B14. Ի՞նչ են օրիգինալ կենսաբանական դեղամիջոցները և ինչպե՞ս են դրանք կապված կենսանմանակների հետ:

Երբ խոսքը գնում է դեղերի մասին, դրանց մեջ կարող են մտնել դեղամիջոցներ կամ կենսաբանական արտադրանքներ: Կենսաբանական դեղամիջոցները սովորականներից ավելի բարդ դեղամիջոցներ են: Քանի որ կենսաբանական արտադրանքներն ավելի բարդ են, քան սովորական դեղերը, դրանք չունեն ջեներիկներ, այլ ունեն ձևեր, որոնք կոչվում են կենսանմանակներ: Սովորաբար, կենսանմանակները նույն ազդեցությունն ունեն, ինչ օրիգինալ կենսաբանական դեղերը, բայց կարող են ավելի էժան լինել: Որոշ օրիգինալ կենսաբանական արտադրանքների համար կան կենսանման այլընտրանքներ: Որոշ կենսանմանակներ փոխարինելի են, և, կախված նահանգի օրենքներից՝ դեղատանը կարող են առաջարկվել օրիգինալ կենսաբանական արտադրանքի փոխարեն՝ առանց նոր դեղատոմսի դուրս գրման անհրաժեշտության, ճիշտ այնպես, ինչպես բրենդային դեղերի փոխարեն կարող են առաջարկվել ջեներիկ դեղեր:

Դեղերի տեսակների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս *Անդամի ձեռնարկի 5-րդ գլուխը*:

B15. Արդյո՞ք Blue Shield TotalDual Plan-ը փոխհատուցում է դեղատոմսային դեղերի երկարաժամկետ մատակարարումը:

Որոշ տեսակի դեղերի համար կարող եք օգտվել պլանի ցանցում ընդգրկված մինչև տուն առաքման ծառայություններ մատուցողի ծառայություններից: Մինչև տուն առաքվող դեղերը սովորաբար այն դեղերն են, որոնք դուք կանոնավոր կերպով ընդունում եք՝ քրոնիկ կամ երկարատև հիվանդությունների բուժման համար: Այն դեղերը, որոնք հնարավոր չէ ստանալ պլանի մինչև տուն առաքման ծառայության միջոցով, մեր Դեղացանկում նշված են NDS նշանով:

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Blue Shield TotalDual Plan՝ (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medformulary2026:



- **Մինչև տուն առաքման ծառայություններ:** Մենք առաջարկում ենք մինչև տուն առաքման ծառայություն, որը կարող է ձեզ ապահովել **մինչև 100-օրյա մատակարարում 1-ին կարգի դեղերի համար. Նախընտրելի ջեներիկ դեղեր, 2-րդ կարգ. Ջեներիկ դեղեր, 3-րդ կարգ Նախընտրելի օրիգինալ դեղեր և 4-րդ կարգ. Ոչ նախընտրելի դեղեր:** 100-օրյա մատակարարում 1-ին կարգի դեղերի համար. Նախընտրելի ջեներիկ դեղեր և 2-րդ կարգ. Ջեներիկ դեղերն ունեն նույն համավճարը, ինչ 1-ին և 2-րդ կարգերի դեղերի մեկ ամսվա մատակարարումը: 100-օրյա մատակարարում 3-րդ կարգի դեղերի համար. Նախընտրելի օրիգինալ դեղեր և 4-րդ կարգ. Ոչ նախընտրելի դեղերն ունեն նույն համավճարը, ինչ 3-րդ և 4-րդ կարգերի դեղերի մեկ ամսվա մատակարարումը:
- **Մանրածախ դեղատների ծրագրեր:** Որոշ մանրածախ դեղատներ նույնպես կարող են առաջարկել **մինչև 100-օրյա մատակարարում 1-ին կարգի դեղերի համար. Նախընտրելի ջեներիկ դեղեր, 2-րդ կարգ. Ջեներիկ դեղեր, 3-րդ կարգ Նախընտրելի օրիգինալ դեղեր և 4-րդ կարգ. Ոչ նախընտրելի դեղեր:** 100-օրյա մատակարարում 1-ին կարգի դեղերի համար. Նախընտրելի ջեներիկ դեղեր և 2-րդ կարգ. Ջեներիկ դեղերն ունեն նույն համավճարը, ինչ 1-ին և 2-րդ կարգերի դեղերի մեկ ամսվա մատակարարումը: 100-օրյա մատակարարում 3-րդ կարգի դեղերի համար. Նախընտրելի օրիգինալ դեղեր և 4-րդ կարգ. Ոչ նախընտրելի դեղերն ունեն նույն համավճարը, ինչ 3-րդ և 4-րդ կարգերի դեղերի մեկ ամսվա մատակարարումը:

B16. Կարո՞ղ եմ դեղատոմսային դեղեր ստանալ տեղական դեղատնից առաքմամբ:

Հնարավոր է՝ ձեր տեղական դեղատունը կարողանա ձեր դեղերը մինչև տուն առաքել: Կարող եք զանգահարել դեղատուն և ճշտել՝ արդյոք նրանք իրականացնում են մինչև տուն առաքում:

B17. Որքա՞ն է իմ համավճարը:

Blue Shield TotalDual Plan-ի անդամները համավճարներ պետք է կատարեն դեղատոմսային դեղերի համար, եթե հետևում են պլանի կանոններին:

Կարգերը *Դեղացանկում* ներառված դեղերի խմբերն են:

- 1-ին կարգի դեղերը նախընտրելի ջեներիկ դեղամիջոցներն են
- 2-րդ կարգի դեղերը ջեներիկ դեղամիջոցներն են
- 3-րդ կարգի դեղերը նախընտրելի բրենդային դեղամիջոցներն են

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Blue Shield TotalDual Plan՝ (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medformulary2026:



- 4-րդ կարգի դեղերը ոչ նախընտրելի դեղամիջոցներն են
- 5-րդ կարգի դեղամիջոցները հատուկ կարգի դեղամիջոցներն են

Կարգ	Նկարագրություն	Համավճար	
		30-օրյա մատակարարում	100-օրյա մատակարարում
1-ին կարգ	Նախընտրելի ջեներիկ դեղեր	\$0	\$0
2-րդ կարգ	Ջեներիկ դեղեր	\$0	\$0
3-րդ կարգ	Նախընտրելի բրենդային դեղեր	\$0, \$5.10, \$12.65	\$0, \$5.10, \$12.65
4-րդ կարգ	Ոչ նախընտրելի դեղեր	\$0, \$5.10, \$12.65	\$0, \$5.10, \$12.65
5-րդ կարգ	Հատուկ կարգի դեղեր	\$0, \$5.10, \$12.65	Հասանելի չէ

Եթե հարցեր ունեք, գանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն այս փաստաթղթի էջատակում նշված համարներով:

Եթե հարցեր ունեք, գանգահարեք Blue Shield TotalDual Plan` (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY` 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր: Ջանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medformulary2026:



C. Փոխհատուցվող դեղերի ցանկի հակիրճ նկարագրություն

Փոխհատուցվող դեղերի ցանկը ձեռք տեղեկատվություն է տրամադրում Blue Shield TotalDual Plan-ի սպահովագրական ծածկույթում ներառված դեղերի մասին: Եթե դժվարանում եք ցանկում գտնել ձեր անհրաժեշտ դեղամիջոցը, տե՛ս Փոխհատուցվող դեղերի ցանկը **D բաժնում**: Ցանկում այբբենական կարգով թվարկված են Blue Shield TotalDual Plan-ով փոխհատուցվող բոլոր դեղամիջոցները:

Այլ դեղեր, օրինակ՝ որոշ առանց դեղատոմսի բաց թողնվող (OTC) դեղեր և վիտամիններ, կարող են փոխհատուցվել Medi-Cal Rx ծրագրով: Այցելեք Medi-Cal Rx ծրագրի կայք (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) լրացուցիչ տեղեկությունների համար: Դուք կարող եք նաև զանգահարել Medi-Cal Rx-ի Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ 800-977-2273 հեռախոսահամարով: Ձեզ մոտ ունեցեք ձեր Medi-Cal-ի շահառուի նույնականացման քարտը (BIC), երբ դեղատոմսային դեղեր եք ստանում Medi-Cal Rx ծրագրով:

D բաժնի հետ կապված բողոքարկումներ

- Բողոքարկումը պաշտոնական միջոց է՝ մեզ խնդրելու համար վերանայել ձեր փոխհատուցման վերաբերյալ մեր կայացրած որոշումը և փոխելու այն, եթե կարծում եք, որ մենք որևէ սխալ ենք թույլ տվել:
- Օրինակ՝ մենք կարող ենք որոշել, որ ձեր ուզած դեղը չի փոխհատուցվում կամ այլևս չի փոխհատուցվում Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի կողմից:
- Եթե դուք կամ ձեր բժիշկը համաձայն չեք մեր որոշման հետ, կարող եք բողոքարկել: Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն այս փաստաթղթի էջատակում մեջ նշված համարներով:
- Դուք կարող եք նաև կարդալ *Անդամի ձեռնարկի 9-րդ գլուխը*՝ իմանալու համար, թե ինչպես են որոշման դեմ բողոքարկում:
- D բաժնում չներառված դեղերի համար բողոքարկման այլ կանոններ են գործում:

Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Blue Shield TotalDual Plan՝ (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medformulary2026:



C1. Դեղերի ցանկ ըստ առողջական խնդրի

Այս բաժնում ներառված դեղամիջոցները խմբավորված են ըստ կատեգորիաների՝ կախված առողջական խնդրից, որի բուժման համար կիրառվում են: Օրինակ՝ եթե սրտային հիվանդություն ունեք, դուք պետք է նայեք «Սրտանոթային դեղեր» կատեգորիան: Այստեղ դուք կգտնեք այն դեղերը, որոնք բուժում են սրտային հիվանդությունները:

ՊԱՅՄԱՆԱԿԱՆ ՆՇԱՆՆԵՐԻ ԲԱՅԱՏՐՈՒԹՅՈՒՆ		
ԿԱՐԳ	ԱՆՎԱՆՈՒՄ	
1	Նախընտրելի ջեներիկ դեղեր	
2	Ջեներիկ դեղեր	
3	Նախընտրելի բրենդային դեղեր	
4	Ոչ նախընտրելի դեղեր	
5	Հատուկ կարգի դեղեր	
ՆՇԱՆ	ԱՆՎԱՆՈՒՄ	ՆԿԱՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ
LA	Սահմանափակ հասանելիություն (Limited Access)	Այս դեղատոմսային դեղը առկա է միայն որոշ դեղատներում: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս Դեղատների տեղեկատուն կամ զանգահարեք մեր Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն:
PA	Նախնական թույլտվություն (Prior Authorization)	Այս դեղատոմսային դեղի փոխհատուցման համար պահանջվում է նախնական թույլտվություն Blue Shield-ից: Չանգահարեք Blue Shield-ին՝ ապահովագրական ծածկույթը որոշելու համար անհրաժեշտ տեղեկատվություն տրամադրելու համար: Որոշ դեղերի համար կարող է պահանջվել B բաժնի կամ D բաժնի ապահովագրական ծածկույթի որոշում՝ հիմնվելով Medicare-ի ապահովագրական ծածկույթի կանոնների վրա:
QL	Քանակական սահմանափակում (Quantity Limit)	Այս դեղամիջոցն ունի դեղաչափի կամ քանակի սահմանափակում: Առավելագույն օրական դեղաչափը սահմանվում է FDA-ի կողմից և նշված է դեղամիջոցի ներդիր-թերթիկում: Այլ քանակական սահմանափակումներ ենթադրում են համակցված դոզավորում, եթե հնարավոր է:
ST	Քայլային թերապիա (Step Therapy)	Այս դեղատոմսային դեղի ծախսերի փոխհատուցումը տրամադրվում է այն բանից հետո, երբ փորձարկվում են առաջնահերթ այլ դեղորայքային թերապիաներ կամ նախընտրելի դեղամիջոցներ (քայլային թերապիա):

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Blue Shield TotalDual Plan՝ (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medformulary2026:



ՆՇԱՆ	ԱՆՎԱՆՈՒՄ	ՆԿԱՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ
NDS	Առանց մատակարարման օրվա երկարաձգման (Non-Extended Day Supply)	Դեղամիջոցը ՀԱՍԱՆԵԼԻ ՉԷ երկարատև մատակարարման համար:

Աղյուսակի առաջին սյունակում նշվում է դեղամիջոցի անվանումը: Ջեներիկ դեղերը նշված են փոքրատառ շեղ տառերով (օրինակ՝ *simvastatin* (սիմվաստատին)), իսկ բրենդային դեղամիջոցները՝ մեծատառերով (օրինակ՝ ELIQUIS (ԷԼԻԳՎԻՍ)): «Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանաչափեր» սյունակում նշված տեղեկությունից կիմանաք՝ արդյոք Blue Shield TotalDual Plan-ն ունի որևէ կանոն ձեր դեղամիջոցի ապահովագրական ծածկույթի հետ կապված:

D. Փոխհատուցվող դեղերի ցանկ

Այս բաժնում կարող եք գտնել դեղը՝ այբբենական կարգով որոնելով դրա անվանումը: Այնտեղ դուք կգտնեք էջի համարը, որտեղ կարող եք լրացուցիչ տեղեկություններ գտնել ձեր դեղամիջոցի ապահովագրական ծածկույթի մասին:

Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Blue Shield TotalDual Plan՝ (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր: Ջանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medformulary2026:



ANALGESICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANALGESICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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	
<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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANALGESICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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
<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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANALGESICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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
<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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANALGESICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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

ANESTHETICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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	
<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)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTIBACTERIALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
AMINOGLYCOSIDES		
<i>amikacin sulfate 500 mg/2ml solution</i>	Tier 4	
ARIKAYCE 590 MG/8.4ML SUSPENSION	Tier 5	PA, LA, QL (235.2 PER 28 DAYS)
<i>gentamicin sulfate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>gentamicin sulfate 40 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>neomycin sulfate 500 mg tab</i>	Tier 2	
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	Tier 4	
<i>tobramycin sulfate (1.2 gm recon soln, 1.2 gm/30ml solution, 10 mg/ml solution, 2 gm/50ml solution, 80 mg/2ml solution)</i>	Tier 4	
ANTIBACTERIALS, OTHER		
<i>aztreonam (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	Tier 4	
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	Tier 5	PA, LA, QL (84 PER 28 DAYS)
<i>clindamycin hcl (150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln</i>	Tier 4	
<i>clindamycin phosphate (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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTIBACTERIALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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	
<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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTIBACTERIALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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	
<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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTIBACTERIALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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	
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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTIBACTERIALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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	
<i>penicillin g potassium (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)</i>	Tier 4	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTIBACTERIALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTIBACTERIALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTIBACTERIALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL 400 MG/250ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
SULFONAMIDES		
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	Tier 3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 400-80 mg tab, 800-160 mg tab, 800-160 mg/20ml suspension)</i>	Tier 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution</i>	Tier 4	
<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>mondoxylene nl 100 mg cap</i>	Tier 2	
<i>tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	Tier 4	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTICONVULSANTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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)
<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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTICONVULSANTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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>perampnel (10 mg tab, 12 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>perampnel 0.5 mg/ml suspension</i>	Tier 4	QL (24 ML PER 1 DAYS)
<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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTICONVULSANTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALCIUM CHANNEL MODIFYING AGENTS		
<i>ethosuximide (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>methsuximide 300 mg cap</i>	Tier 4	
GAMMA-AMINOBUTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS		
<i>clobazam 10 mg tab</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTICONVULSANTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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
<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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTICONVULSANTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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	
<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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTICONVULSANTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ANTIDEMENTIA AGENTS, OTHER		
ERGOLOID MESYLATES 1 MG TAB	Tier 3	
CHOLINESTERASE INHIBITORS		
<i>donepezil hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>donepezil hcl 23 mg tab</i>	Tier 4	ST
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg</i>	Tier 2	
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg</i>	Tier 2	
<i>galantamine hydrobromide (12 mg tab, 4 mg tab, 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)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTIDEMENTIA AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ANTIDEPRESSANTS, OTHER		
AUVELITY 45-105 MG TAB ER	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bupropion hcl 100 mg tab</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl 75 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 150 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 200 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTIDEPRESSANTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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	
<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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTIDEPRESSANTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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)
<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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTIDEPRESSANTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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
<i>imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTIDEPRESSANTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTIEMETICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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
<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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ANTIFUNGALS		

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
----------------------------	--------	--------------------------------

ANTIFUNGALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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	
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>ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>klayesta 100000 unit/gm powder</i>	Tier 4	
<i>miconazole 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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTIFUNGALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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	
<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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTIMIGRAINE AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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)
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)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTIMYASTHENIC AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
PARASYMPATHOMIMETICS		
<i>pyridostigmine bromide 60 mg tab</i>	Tier 2	
<i>pyridostigmine bromide er 180 mg tab er</i>	Tier 4	

ANTIMYCOBACTERIALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ANTIMYCOBACTERIALS, OTHER		
<i>dapsone (100 mg tab, 25 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>rifabutin 150 mg cap</i>	Tier 4	
ANTITUBERCULARS		
<i>ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>isoniazid (100 mg tab, 300 mg tab, 50 mg/5ml syrup)</i>	Tier 2	
PRIFTIN 150 MG TAB	Tier 4	
<i>pyrazinamide 500 mg tab</i>	Tier 2	
<i>rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>rifampin 600 mg recon soln</i>	Tier 4	
SIRTURO (100 MG TAB, 20 MG TAB)	Tier 5	PA
TRECTOR 250 MG TAB	Tier 4	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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	
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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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
THALOMID 50 MG CAP	Tier 5	QL (5 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIESTROGENS/MODIFIERS		
<i>fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr</i>	Tier 5	
INLURIYO 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	Tier 4	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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	
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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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	
ENZYME INHIBITORS		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 0.8 & 200 MG THER PACK	Tier 5	LA, QL (66 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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
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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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
COTELLIC 20 MG TAB	Tier 5	LA, QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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
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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
KISQALI (600 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	Tier 5	QL (49 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	Tier 5	QL (70 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	Tier 5	QL (91 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 10 MG CAP	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 120 MG TAB	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (140 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	Tier 5	LA, QL (40 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 2 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKTOVI 15 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NERLYNX 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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
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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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
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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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
TAGRISSO (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
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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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
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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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
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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ANTHELMINTHICS		
<i>albendazole 200 mg tab</i>	Tier 4	
<i>ivermectin 3 mg tab</i>	Tier 2	
<i>praziquantel 600 mg tab</i>	Tier 3	
ANTIPROTOZOALS		
<i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i>	Tier 4	PA

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTIPARASITICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTIPARKINSON AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTIPARKINSON AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab, 25-100 mg tab, 25-250 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa er (25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er)</i>	Tier 2	
MONOAMINE OXIDASE B (MAO-B) INHIBITORS		
<i>rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)</i>	Tier 2	

ANTIPSYCHOTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTIPSYCHOTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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)
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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTIPSYCHOTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ERZOFRI 156 MG/ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 351 MG/2.25ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (4.5 ML PER 365 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB)	Tier 4	QL (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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTIPSYCHOTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.88 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.32 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.75 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (2.63 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTIPSYCHOTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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	
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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTIPSYCHOTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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
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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ANTISPASTICITY AGENTS		

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

<i>baclofen (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
--	--------	--

ANTISPASTICITY AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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)
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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTIVIRALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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)
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)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTIVIRALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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)
<i>abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTIVIRALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTIVIRALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ANTI-HIV AGENTS, OTHER		
CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP	Tier 5	QL (4 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	Tier 5	QL (6 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<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)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTIVIRALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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)
<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)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANTIVIRALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i>	Tier 3	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>	Tier 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RIMANTADINE HCL 100 MG TAB	Tier 4	
XOFLUZA (40 MG DOSE) 1 X 40 MG TAB THPK	Tier 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
XOFLUZA (80 MG DOSE) 1 X 80 MG TAB THPK	Tier 4	QL (1 PER 30 OVER TIME)
ANTIHERPETIC AGENTS		
<i>acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>acyclovir (200 mg/5ml suspension, 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)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANXIOLYTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ANXIOLYTICS, OTHER		
<i>bupirone 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)
<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)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ANXIOLYTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<i>lorazepam intensol 2 mg/ml conc</i>	Tier 3	QL (5 PER 1 DAYS)

BIPOLAR AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
----------------	---------------------------------------	---

MOOD STABILIZERS

<i>lithium 8 meq/5ml solution</i>	Tier 2	
<i>lithium carbonate (150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>lithium carbonate er (300 mg tab er, 450 mg tab er)</i>	Tier 2	

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
----------------	---------------------------------------	---

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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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)
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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
MOUNJARO (10 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 12.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 15 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 2.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 7.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>nateglinide (120 mg tab, 60 mg tab)</i>	Tier 1	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 4 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
<i>pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)</i>	Tier 1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl (15-500 mg tab, 15-850 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 1	
RYBELSUS (14 MG TAB, 3 MG TAB, 7 MG TAB)	Tier 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNJARDY (12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB, 5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR (10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRADJENTA 5 MG TAB	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRULICITY (0.75 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 3 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 4.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN (50-50) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	QL (40 PER 30 DAYS)
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (45 PER 30 DAYS)
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
NOVOLIN R FLEXPEN RELION 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
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)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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)
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)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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)
<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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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
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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS		
<i>clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)</i>	Tier 3	
<i>clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>droxidopa 100 mg cap</i>	Tier 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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

CARDIOVASCULAR AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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	
<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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

CARDIOVASCULAR AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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	
QUINIDINE SULFATE (200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 2	
<i>sorine (120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

CARDIOVASCULAR AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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	
<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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

CARDIOVASCULAR AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

CARDIOVASCULAR AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

CARDIOVASCULAR AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<i>amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab</i>	Tier 2	
<i>amlodipine besy-benazepril hcl (10-20 mg cap, 10-40 mg cap, 2.5-10 mg cap, 5-10 mg cap, 5-20 mg cap, 5-40 mg cap)</i>	Tier 1	
<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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

CARDIOVASCULAR AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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)
<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)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

CARDIOVASCULAR AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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	
<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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

CARDIOVASCULAR AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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	
<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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

CARDIOVASCULAR AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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	
<i>icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACIN (ANTHYPERLIPIDEMIC) 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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

CARDIOVASCULAR AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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	
<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)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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)
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)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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)
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)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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)
<i>teriflunomide (14 mg tab, 7 mg tab)</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

DENTAL AND ORAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
----------------	---------------------------------------	---

DENTAL AND ORAL AGENTS

cevimeline hcl 30 mg cap Այն անվանումները, որոնք նշանակում են կապակցված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող են գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

DENTAL AND ORAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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>amnesteem (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel</i>	Tier 4	
<i>claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox 1.2-5 % gel</i>	Tier 3	
<i>isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

DERMATOLOGICAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

DERMATOLOGICAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<i>clobetasol propionate e 0.05 % cream</i>	Tier 4	
<i>desonide (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	Tier 4	
<i>desoximetasone 0.25 % cream</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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

DERMATOLOGICAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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	
<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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

DERMATOLOGICAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
METHOXSALLEN 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	
<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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

DERMATOLOGICAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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	

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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-NACL 5-0.9 % SOLUTION	Tier 3	
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE (10-0.2 % SOLUTION, 10-0.45 % SOLUTION, 2.5-0.45 % SOLUTION, 5-0.2 % SOLUTION, 5-0.225 % SOLUTION, 5-0.3 % SOLUTION, 5-0.33 % SOLUTION)	Tier 4	
<i>dextrose-sodium chloride (5-0.45 % solution, 5-0.9 % solution)</i>	Tier 3	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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	
<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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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)
<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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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)
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

GASTROINTESTINAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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>alose tron 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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

GASTROINTESTINAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<i>ursodiol (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>ursodiol 300 mg cap</i>	Tier 4	
HISTAMINE2 (H2) RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>famotidine (20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
NIZATIDINE (150 MG CAP, 300 MG CAP)	Tier 2	
PROTECTANTS		
<i>misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)</i>	Tier 2	
<i>sucralfate 1 gm tab</i>	Tier 2	
PROTON PUMP INHIBITORS		
<i>esomeprazole magnesium 20 mg cap dr</i>	Tier 4	
<i>esomeprazole magnesium 40 mg cap dr</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lansoprazole 15 mg cap dr</i>	Tier 2	
<i>lansoprazole 30 mg cap dr</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>omeprazole 10 mg cap dr</i>	Tier 2	
<i>omeprazole 20 mg cap dr</i>	Tier 1	
<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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT		
ALDURAZYME 2.9 MG/5ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
ARALAST NP (1000 MG RECON SOLN, 500 MG RECON SOLN)	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>betaine powder</i>	Tier 5	
<i>carglumic acid 200 mg tab sol</i>	Tier 5	PA, LA
CREON (12000-38000 UNIT CP DR PART, 24000-76000 UNIT CP DR PART, 3000-9500 UNIT CP DR PART, 36000-114000 UNIT CP DR PART, 6000-19000 UNIT CP DR PART)	Tier 3	
DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP)	Tier 3	
ELAPRASE 6 MG/3ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>l-glutamine 5 gm packet</i>	Tier 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>levocarnitine 330 mg tab</i>	Tier 2	
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>nitisinone (10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 5	PA
REVCOVI 2.4 MG/1.5ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA
<i>sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)</i>	Tier 5	PA
<i>sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)</i>	Tier 5	PA

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ZENPEP (10000-32000 UNIT CP DR PART, 15000-47000 UNIT CP DR PART, 20000-63000 UNIT CP DR PART, 25000-79000 UNIT CP DR PART, 3000-10000 UNIT CP DR PART, 40000-126000 UNIT CP DR PART, 5000-24000 UNIT CP DR PART, 60000-189600 UNIT CP DR PART)	Tier 3	

GENITOURINARY AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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>trospium chloride 20 mg tab</i>	Tier 2	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

GENITOURINARY AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	Tier 4	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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)

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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	
<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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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	
<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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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	
<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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<i>kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larissia 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lessina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>levonest 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day (0.1-0.02 & 0.01 mg tab, 0.15-0.03 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>levonorgest-eth estradiol-iron 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	Tier 3	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad (0.1-20 mg-mcg tab, 0.15-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lillow 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lo-zumandimine 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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>luteru 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lyllana (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>marlissa 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)	Tier 4	
<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-linyah 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nikki 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	Tier 3	
<i>norethin ace-eth estrad-fe (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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	
<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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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-lynyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-previfem 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>turqoz 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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	
<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>emzahn 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>errin 0.35 mg tab</i>	Tier 3	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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 prsyr, 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	
<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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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)

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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)

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<i>octreotide acetate (100 mcg/ml soln prsy, 100 mcg/ml solution, 1000 mcg/ml solution, 200 mcg/ml solution, 50 mcg/ml soln prsy, 50 mcg/ml solution, 500 mcg/ml solution)</i>	Tier 4	PA
OCTREOTIDE ACETATE 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA
ORGOVYX 120 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SIGNIFOR (0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
SOMAVERT (10 MG RECON SOLN, 15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN, 25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN)	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	Tier 5	

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ANTITHYROID AGENTS		
<i>methimazole (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>propylthiouracil 50 mg tab</i>	Tier 2	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

IMMUNOLOGICAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ANGIOEDEMA AGENTS		
HAEGARDA (2000 UNIT RECON SOLN, 3000 UNIT RECON SOLN)	Tier 5	PA, LA
<i>icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsy</i>	Tier 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
<i>sajazir 30 mg/3ml soln prsy</i>	Tier 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
IMMUNOGLOBULINS		
GAMUNEX-C (1 GM/10ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	Tier 5	PA
HIZENTRA (1 GM/5ML SOLN PRSYR, 1 GM/5ML SOLUTION, 10 GM/50ML SOLN PRSYR, 10 GM/50ML SOLUTION, 2 GM/10ML SOLN PRSYR, 2 GM/10ML SOLUTION, 4 GM/20ML SOLN PRSYR, 4 GM/20ML SOLUTION)	Tier 5	PA, LA
IMMUNOLOGICAL AGENTS, OTHER		
ARCALYST 220 MG RECON SOLN	Tier 5	PA, LA
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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

IMMUNOLOGICAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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)
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)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

IMMUNOLOGICAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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)
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)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

IMMUNOLOGICAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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
<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 PUSH TOUCH 40 MG/0.4ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

IMMUNOLOGICAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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
SIMLANDI (1 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 PEN) 80 MG/0.8ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 SYRINGE) 80 MG/0.8ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

IMMUNOLOGICAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
SIMLANDI (2 SYRINGE) 20 MG/0.2ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) 40 MG/0.4ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
<i>sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
VACCINES		
ABRYSVO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN	Tier 3	VAC
ACTHIB RECON SOLN	Tier 3	
ADACEL (5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	Tier 3	VAC
AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN	Tier 3	VAC
BEXSERO SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
BOOSTRIX (5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	Tier 3	VAC
DAPTACEL 23-15-5 SUSPENSION	Tier 3	
DENGVAXIA RECON SUSP	Tier 4	
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT 25-5 LFU/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	
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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

IMMUNOLOGICAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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
PROQUAD RECON SUSP	Tier 3	
QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 3	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

IMMUNOLOGICAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

IMMUNOLOGICAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
<i>alendronate sodium (10 mg tab, 35 mg tab, 70 mg tab)</i>	Tier 1	
ALENDRONATE SODIUM 5 MG TAB	Tier 2	
<i>alendronate sodium 70 mg/75ml solution</i>	Tier 4	
<i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i>	Tier 2	QL (3.7 PER 30 DAYS)
<i>calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)</i>	Tier 2	
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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<i>zoledronic acid (4 mg/100ml solution, 4 mg/5ml conc, 5 mg/100ml solution)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE (31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	Tier 3	
AUM PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC)	Tier 3	
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC	Tier 3	
BIOGUARD GAUZE SPONGES 2"X2" PAD	Tier 2	
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	Tier 2	
COMFORT EZ 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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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	
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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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	
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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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
<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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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	
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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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	
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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

OPHTHALMIC AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution</i>	Tier 3	
<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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

OPHTHALMIC AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
OPHTHALMIC ANTI-ALLERGY AGENTS		
<i>azelastine hcl 0.05 % solution</i>	Tier 2	
<i>cromolyn sodium 4 % solution</i>	Tier 2	
OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVES		
BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	Tier 4	
<i>erythromycin 5 mg/gm ointment</i>	Tier 2	
GENTAK 0.3 % OINTMENT	Tier 2	
<i>gentamicin sulfate 0.3 % solution</i>	Tier 2	
LEVOFLOXACIN (0.5 % SOLUTION, 1.5 % SOLUTION)	Tier 3	
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	Tier 2	
<i>moxifloxacin hcl 0.5 % solution</i>	Tier 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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

OPHTHALMIC AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<i>difluprednate 0.05 % emulsion</i>	Tier 4	
<i>fluorometholone 0.1 % suspension</i>	Tier 2	
FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION	Tier 2	
FML 0.1 % OINTMENT	Tier 4	
FML FORTE 0.25 % SUSPENSION	Tier 4	
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	Tier 3	QL (3 PER 30 DAYS)
<i>ketorolac tromethamine (0.4 % solution, 0.5 % solution)</i>	Tier 2	
<i>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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

OPHTHALMIC AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<i>brinzolamide 1 % suspension</i>	Tier 3	
<i>dorzolamide hcl 2 % solution</i>	Tier 2	
<i>methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>pilocarpine hcl (1 % solution, 2 % solution, 4 % solution)</i>	Tier 2	
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	Tier 3	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION	Tier 3	
OPHTHALMIC PROSTAGLANDIN AND PROSTAMIDE ANALOGS		
<i>bimatoprost 0.03 % solution</i>	Tier 4	ST, QL (5 PER 30 DAYS)
<i>latanoprost 0.005 % solution</i>	Tier 1	
LUMIGAN 0.01 % SOLUTION	Tier 3	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>travoprost (bak free) 0.004 % solution</i>	Tier 3	QL (5 PER 30 DAYS)
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	Tier 4	

OTIC AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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	

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

OTIC AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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)
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

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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>cycloheptadine 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)
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)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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)
<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)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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)
<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)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
<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)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS		
<i>carisoprodol 350 mg tab</i>	Tier 2	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
<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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

SLEEP DISORDER AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարծենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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)

Այս աղյուսակում ներկայացված նշանների և հապավումների նշանակության մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել C1 բաժնում ներկայացված պայմանական նշանների բացատրության մեջ:

Այս բաժնում Դուք կարող եք գտնել դեղամիջոց՝ փնտրելով նրա անունը այբբենական կարգով: Սա Ձեզ կասի այն էջի համարը, որտեղ Դուք կարող եք գտնել Ձեր դեղի ապահովագրության լրացուցիչ տեղեկություններ:

A		Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Ventolin).....	172
abacavir sulfate.....	89	albuterol sulfate.....	172
abacavir sulfate-lamivudine.....	89	albuterol sulfate hfa.....	172
ABELCET.....	57	alclometasone dipropionate.....	120
ABILIFY MAINTENA.....	82	ALCOHOL 70% PADS.....	158
abiraterone acetate.....	61	ALCOHOL PREP.....	158
abirtega.....	61	ALCOHOL PREP PADS.....	158
ABRYSVO.....	153	ALCOHOL SWABS.....	158
acamprosate calcium.....	36	ALCOHOL SWABSTICK.....	158
acarbose.....	95	alcohol wipes.....	122
accutane.....	119	ALDURAZYME.....	130
acebutolol hcl.....	107	ALECENSA.....	65
acetaminophen-codeine.....	33	alendronate sodium.....	157
acetazolamide.....	109	ALENDRONATE SODIUM.....	157
acetazolamide er.....	168	alfuzosin hcl er.....	132
acetic acid.....	169	aliskiren fumarate.....	109
acetylcysteine.....	174	allopurinol.....	58
acitretin.....	119	alosectron hcl.....	128
ACTHIB.....	153	alprazolam.....	94
ACTIMMUNE.....	150	altavera.....	135
acyclovir.....	93,123	ALUNBRIG.....	65
acyclovir sodium.....	93	alyacen 1/35.....	135
ADACEL.....	153	alyacen 7/7/7.....	135
adefovir dipivoxil.....	87	alyq.....	173
ADEMPAS.....	173	amantadine hcl.....	80
ADVAIR HFA.....	174	ambrisentan.....	173
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE.....	158	amethia.....	135
afirmelle.....	135	amikacin sulfate.....	37
AIMOVIG.....	59	amiloride hcl.....	112
ak-poly-bac.....	165	amiloride-hydrochlorothiazide.....	110
AKEEGA.....	63	amiodarone hcl.....	106
ala-cort.....	120	amitriptyline hcl.....	54
albendazole.....	78	amlodipine besy-benazepril hcl.....	110
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair).....	172	amlodipine besylate.....	108
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair).....	172	amlodipine besylate-valsartan.....	110
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil).....	172	amlodipine-atorvastatin.....	110
		amlodipine-olmesartan.....	110
		amlodipine-valsartan-hctz.....	110
		ammonium lactate.....	120

amnesteam	119	ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES	158
amoxapine	54	ASSURE ID PRO PEN NEEDLES	158
amoxicillin	41	atazanavir sulfate	91
amoxicillin-pot clavulanate	41	atenolol	107
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE	41	atenolol-chlorthalidone	110
amoxicillin-pot clavulanate er	41	atomoxetine hcl	116
amphetamine-dextroamphet er	116	atorvastatin calcium	113
amphetamine-dextroamphetamine	116	atovaquone	78
AMPHOTERICIN B	57	atovaquone-proguanil hcl	79
amphotericin b liposome	57	atropine sulfate	165
ampicillin	41	ATROVENT HFA	171
ampicillin sodium	41	aubra	135
ampicillin-sulbactam sodium	41	aubra eq	135
anagrelide hcl	102	AUGTYRO	63
anastrozole	64	AUM ALCOHOL PREP PADS	158
ANORO ELLIPTA	174	AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE	159
apraclonidine hcl	168	AUM PEN NEEDLE	159
aprepitant	56	AURANOFIN	148
apri	135	aurovela 1.5/30	135
APTIVUS	91	aurovela 1/20	135
AQ INSULIN SYRINGE	158	aurovela fe 1.5/30	135
AQINJECT PEN NEEDLE	158	aurovela fe 1/20	135
ARALAST NP	130	AUVELITY	51
ARANELLE	135	aviane	135
ARANESP (ALBUMIN FREE)	102,103	avidoxy	44
ARCALYST	148	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	64
AREXVY	153	ayuna	135
ARGYLE STERILE WATER	158	AYVAKIT	65
ARIKAYCE	37	azathioprine	151
aripiprazole	82	AZATHIOPRINE SODIUM	151
armodafinil	177	azelastine hcl	167,171
ARNUIITY ELLIPTA	170	azithromycin	42
asenapine maleate	82	AZITHROMYCIN	42
ashlyna	135	aztreonam	37
ASMANEX (120 METERED DOSES)	170	azurette	135
ASMANEX (14 METERED DOSES)	170		
ASMANEX (30 METERED DOSES)	170	B	
ASMANEX (60 METERED DOSES)	170	bac (butalbital-acetamin-caff)	117
ASMANEX HFA	170	bacitra-neomycin-polymyxin-hc	165
aspirin-dipyridamole er	104	BACITRACIN	167

BACITRACIN-POLYMYXIN B	165	bisoprolol fumarate	107
baclofen	87	bisoprolol-hydrochlorothiazide	110
balsalazide disodium	156	blisovi fe 1.5/30	136
BALVERSA	65	blisovi fe 1/20	136
balziva	136	BOOSTRIX	153
BAQSIMI ONE PACK	98	bosentan	174
BAQSIMI TWO PACK	98	BOSULIF	65,66
BARACLUDE	87	BRAFTOVI	66
BCG VACCINE	153	BREO ELLIPTA	174
BD INSULIN SYRINGE	159	breyna	175
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM		BREZTRI AEROSPHERE	175
MISC	159	briellyn	136
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM		brimonidine tartrate	168
MISC	159	brimonidine tartrate-timolol	165
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM		brinzolamide	169
MISC	159	brivaracetam	45
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM		BRIVIACT	45
MISC	159	bromocriptine mesylate	80
benazepril hcl	105	BRUKINSA	66
benazepril-hydrochlorothiazide	110	budesonide	156,170
BENLYSTA	148	budesonide er	156
BENZNIDAZOLE	79	budesonide-formoterol fumarate	175
benzoyl peroxide-erythromycin	119	bumetanide	112
benztropine mesylate	80	buprenorphine	32
BESIVANCE	43	buprenorphine hcl	36
BESREMI	150	buprenorphine hcl-naloxone hcl	36
betaine	130	bupropion hcl	51
betamethasone dipropionate	120	bupropion hcl er (smoking det)	36
betamethasone dipropionate aug	120	bupropion hcl er (sr)	51
betamethasone valerate	120	bupropion hcl er (xl)	51,52
BETASERON	118	bupirone hcl	94
betaxolol hcl	107,168	butalbital-apap-caffeine	117
bethanechol chloride	132	butalbital-aspirin-caffeine	31
bexarotene	78	butorphanol tartrate	33
BEXSERO	153		
bicalutamide	61	C	
BICILLIN L-A	41	CABENUVA	91
BIKTARVY	88	cabergoline	146
bimatoprost	169	CABOMETYX	66
BIOGUARD GAUZE SPONGES	159	calcipotriene	122

calcitonin (salmon)	157	CEFTAZIDIME	40
calcitrene	122	ceftriaxone sodium	40
calcitriol	157	cefuroxime axetil	40
CALCITRIOL	157	cefuroxime sodium	40
calcium acetate (phos binder)	126	celecoxib	31
CALQUENCE	66	cephalexin	40
camila	143	cetirizine hcl	171
camrese	136	cevimeline hcl	118
camrese lo	136	chateal	136
candesartan cilexetil	105	chateal eq	136
candesartan cilexetil-hctz	110	chlorhexidine gluconate	119
CAPLYTA	82	chloroquine phosphate	79
CAPRELSA	66	chlorpromazine hcl	81
captopril	105	chlorthalidone	113
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE	110	cholestyramine	114
carbamazepine	48	cholestyramine light	114
carbamazepine er	48	ciclodan	123
carbidopa	80	ciclopirox	123
carbidopa-levodopa	80,81	ciclopirox olamine	123
carbidopa-levodopa er	81	cilostazol	104
carbidopa-levodopa-entacapone	80	CILOXAN	43
CARETOUCH ALCOHOL PREP	159	CIMDUO	90
carglumic acid	130	cimetidine	129
carisoprodol	176	cinacalcet hcl	157
CARTEOLOL HCL	168	ciprofloxacin	43
cartia xt	108	ciprofloxacin hcl	43
carvedilol	107	ciprofloxacin in d5w	43
cataflam	31	ciprofloxacin-dexamethasone	169
CAYSTON	37	citalopram hydrobromide	52
caziant	136	claravis	119
CEFACLOR	39	CLARITHROMYCIN	42
cefadroxil	39	clarithromycin	42
cefazolin sodium	39	clarithromycin er	43
cefdinir	39	clindamycin hcl	37
CEFEPIME HCL	39	clindamycin palmitate hcl	37
cefixime	39	clindamycin phos (once-daily)	123
cefoxitin sodium	40	clindamycin phos (twice-daily)	124
CEFPODOXIME PROXETIL	40	clindamycin phos-benzoyl perox	119
cefprozil	40	clindamycin phosphate	37,124
ceftaroline fosamil	40	clindamycin phosphate in d5w	37

CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL	38	COSENTYX SENSOREADY PEN	148
clobazam	47	COSENTYX UNOREADY	149
clobetasol prop emollient base	120	COTELLIC	66
clobetasol propionate	120	CREON	130
clobetasol propionate e	121	CRESEMBA	57
clomipramine hcl	54	cromolyn sodium	128,167,173
clonazepam	94	cryselle	136
clonidine	104	cryselle-28	136
clonidine hcl	104	CVS ALCOHOL PREP PADS	159
clopidogrel bisulfate	104	CVS ANTIBACTERIAL GAUZE	159
clorazepate dipotassium	94	cvs isopropyl alcohol wipes	122
clotrimazole	57	cyclafem 1/35	136
clotrimazole-betamethasone	122	cyclafem 7/7/7	136
clozapine	86	cyclobenzaprine hcl	176
COARTEM	79	CYCLOPHOSPHAMIDE	61
COBENFY	86	cyclosporine	151
COBENFY STARTER PACK	86	cyclosporine modified	151
CODEINE SULFATE	33	cyproheptadine hcl	171
codeine sulfate	33	cyred	136
colchicine	58	cyred eq	136
colchicine-probenecid	58		
colesevelam hcl	114	D	
colestipol hcl	114	dabigatran etexilate mesylate	101
colistimethate sodium (cba)	38	dalfampridine er	118
COMBIVENT RESPIMAT	175	danazol	134
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	66	dantrolene sodium	87
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	66	DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL	115
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	66	dapsone	60
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE	159	DAPTACEL	153
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES	159	daptomycin	38
compro	55	darunavir	91
constulose	127	dasatinib	67
COPIKTRA	66	dasetta 1/35	136
CORLANOR	111	dasetta 7/7/7	136
CORTIFOAM	156	DAURISMO	67
CORTISONE ACETATE	132	daysee	136
CORTISPORIN-TC	169	deblitane	143
COSENTYX	148	decadron	132
COSENTYX (300 MG DOSE)	148	deferasirox	126
COSENTYX SENSOREADY (300 MG)	148	DELSTRIGO	88

delyla.....	136	digox.....	106
DENGVAXIA.....	153	digoxin.....	106
DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	143	dihydroergotamine mesylate.....	59
depo-testosterone.....	134	DILANTIN.....	49
DERMOTIC.....	169	dilt-xr.....	108
DESCOVY.....	90	diltiazem hcl.....	108
desipramine hcl.....	54	diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule.....	108
desmopressin ace spray refrig.....	134	diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule.....	108
desmopressin acetate.....	134	diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule.....	108
desmopressin acetate pf.....	134	diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule.....	108
desogestrel-ethinyl estradiol.....	136	diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule.....	108
desonide.....	121	diltiazem hcl er.....	109
desoximetasone.....	121	diltiazem hcl er beads.....	109
desvenlafaxine succinate er.....	53	dimethyl fumarate.....	118
dexamethasone.....	132	dimethyl fumarate starter pack.....	118
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID.....	133	diphenoxylate-atropine.....	128
dexamethasone sod phosphate pf.....	133	DIPHENOXYLATE-ATROPINE.....	128
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE.....	133,167	DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT.....	153
dexmethylphenidate hcl.....	116	dipyridamole.....	104
dextroamphetamine sulfate.....	116	disulfiram.....	36
dextrose.....	124	divalproex sodium.....	45
dextrose in lactated ringers.....	124	divalproex sodium er.....	45
DEXTROSE-NACL.....	124	dofetilide.....	106
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE.....	124	donepezil hcl.....	50
dextrose-sodium chloride.....	124	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg.....	50
DIACOMIT.....	45	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg.....	50
diazepam.....	47,94	dorzolamide hcl.....	169
diazepam intensol.....	94	dorzolamide hcl-timolol mal.....	165
diazoxide.....	98	dorzolamide hcl-timolol mal pf.....	166
diclofenac potassium.....	31	dotti.....	136
diclofenac sodium.....	31,167	DOVATO.....	88
diclofenac sodium er.....	31	doxazosin mesylate.....	105
dicloxacillin sodium.....	41	doxepin hcl.....	54
dicyclomine hcl.....	128		
DIFICID.....	43		
diflunisal.....	31		
difluprednate.....	168		
digitek.....	106		

doxercalciferol	157
doxy 100	44
doxycycline hyclate	44
doxycycline monohydrate	44
DRIZALMA SPRINKLE	117
dronabinol	56
DROPLET INSULIN SYRINGE	160
DROPLET MICRON	160
DROPLET PEN NEEDLES	160
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO	160
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE	160
drosiprenone-ethinyl estradiol	136
DROXIA	130
droxidopa	104
duloxetine hcl	117,118
DUPIXENT	149
dutasteride	132
dutasteride-tamsulosin hcl	132

E

EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	160
EASY COMFORT PEN NEEDLES	160
EASY TOUCH INSULIN BARRELS	160
ec-naproxen	31
econazole nitrate	57
EDURANT	88
EDURANT PED	89
EFAVIRENZ	89
efavirenz	89
efavirenz-emtricitab-tenofo df	89
efavirenz-lamivudine-tenofovir	89
ELAPRASE	130
elinest	137
ELIQUIS	101
ELIQUIS (1.5 MG PACK)	101
ELIQUIS (2 MG PACK)	101
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	101
eltrombopag olamine	103
eluryng	137
EMBECTA AUTOSHIELD DUO	161
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT	161
EMBECTA INSULIN SYRINGE	161
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100	161
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500	161
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F	161
EMBECTA PEN NEEDLE NANO	161
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN	161
EMBECTA PEN NEEDLE U/F	161
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE	161
EMBRACE PEN NEEDLES	161
EMGALITY	59
EMGALITY (300 MG DOSE)	59
emoquette	137
EMSAM	52
emtricitab-rilpivir-tenofof df	89
emtricitabine	90
emtricitabine-tenofovir df	90
EMTRIVA	90
emzahh	143
enalapril maleate	105
enalapril-hydrochlorothiazide	111
ENBREL	151
ENBREL MINI	151
ENBREL SURECLICK	151
endocet	33
ENGERIX-B	153
enilloring	137
enoxaparin sodium	101
enpresse-28	137
ENSACOVE	64
enskyce	137
entacapone	80
entecavir	87
ENTRESTO	111
enulose	127
ENVARUSUS XR	151
EPIDIOLEX	45
epinephrine	172
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	172

epitol.....	49	EXXUA TITRATION PACK.....	52
EPIVIR HBV.....	87	ezetimibe.....	114
eplerenone.....	112	ezetimibe-simvastatin.....	114
ERGOLOID MESYLATES.....	50	F	
ERGOTAMINE-CAFFEINE.....	59	falmina.....	138
ERIVEDGE.....	67	famciclovir.....	93
ERLEADA.....	61	famotidine.....	129
erlotinib hcl.....	67	FANAPT.....	83
errin.....	143	FANAPT TITRATION PACK A.....	83
ertapenem sodium.....	42	FANAPT TITRATION PACK B.....	83
ERY.....	124	FANAPT TITRATION PACK C.....	83
erythrocin lactobionate.....	43	FARXIGA.....	115
erythromycin.....	124,167	febuxostat.....	58
erythromycin base.....	43	feirza 1.5/30.....	138
erythromycin ethylsuccinate.....	43	feirza 1/20.....	138
erythromycin lactobionate.....	43	felbamate.....	45
ERZOFRI.....	82,83	felodipine er.....	108
escitalopram oxalate.....	53	femynor.....	138
eslicarbazepine acetate.....	49	fenofibrate.....	113
esomeprazole magnesium.....	129	fenofibrate micronized.....	113
estarylla.....	137	fenofibric acid.....	113
estradiol.....	137	fentanyl.....	32
estradiol valerate.....	137	FETZIMA.....	53
ESTRING.....	137	FETZIMA TITRATION.....	53
estrogens conjugated.....	137	FIASP.....	98
eszopiclone.....	176	FIASP FLEXTOUCH.....	98
ethambutol hcl.....	60	FIASP PENFILL.....	98
ethosuximide.....	47	FIASP PUMPCART.....	98
ethynodiol diac-eth estradiol.....	137	fidaxomicin.....	43
etodolac.....	31	finasteride.....	132
etodolac er.....	31	fingolimod hcl.....	118
etonogestrel-ethinyl estradiol.....	137	FINTEPLA.....	45
etravirine.....	89	flecainide acetate.....	106
EUCRISA.....	121	fluconazole.....	57
EULEXIN.....	61	fluconazole in sodium chloride.....	57
euthyrox.....	145	flucytosine.....	57
everolimus.....	67,151	fludrocortisone acetate.....	133
EVOTAZ.....	92	flunisolide.....	175
exemestane.....	64	fluocinolone acetonide.....	121
EXXUA.....	52		

fluocinolone acetonide body	121
fluocinolone acetonide scalp	121
fluocinonide	121
fluocinonide emulsified base	121
fluorometholone	168
fluorouracil	122
fluoxetine hcl	53
FLUOXETINE HCL	53
fluphenazine decanoate	81
FLUPHENAZINE HCL	81
FLURBIPROFEN	31
FLURBIPROFEN SODIUM	168
FLUTAMIDE	61
fluticasone propionate	121,175
fluticasone-salmeterol	175
FLUTICASONE-SALMETEROL	175
fluvastatin sodium	113
fluvastatin sodium er	113
flvoxamine maleate	53
FML	168
FML FORTE	168
fondaparinux sodium	101
fosamprenavir calcium	92
fosfomycin tromethamine	38
fosinopril sodium	105
fosinopril sodium-hctz	111
FOTIVDA	67
FRUZAQLA	63
FULPHILA	103
fulvestrant	62
furosemide	112
fyavolv	138

G

gabapentin	47
galantamine hydrobromide	50
galantamine hydrobromide er	50
gallifrey	144
GAMUNEX-C	148
GARDASIL 9	153

gauze pads 2	161
GAVILYTE-C	128
gavilyte-g	128
gavilyte-n with flavor pack	127
GAVRETO	67
gefitinib	67
gemfibrozil	113
GEMTESA	131
generlac	127
gengraf	151
GENTAK	167
gentamicin sulfate	37,167
GENVOYA	88
GILOTRIF	67
glatiramer acetate	118
glatopa	118
glimepiride	95
glipizide	95
glipizide er	95
glipizide xl	96
glipizide-metformin hcl	96
GLUCAGEN HYPOKIT	98
GLUCAGON EMERGENCY	98
glyburide	96
GLYBURIDE MICRONIZED	96
glyburide-metformin	96
glycopyrrolate	128
GLYXAMBI	96
GNP PEN NEEDLES	161
GOMEKLI	68
GOODSENSE ALCOHOL SWABS	162
granisetron hcl	56
griseofulvin microsized	57
griseofulvin ultramicrosized	57
guanfacine hcl	104
guanfacine hcl er	116

H

HADLIMA	151
HADLIMA PUSH TOUCH	151,152

HAEGARDA.....	148	hydroxyzine hcl.....	171
hailey 1.5/30.....	138	hydroxyzine pamoate.....	171
hailey fe 1.5/30.....	138	HYRNUO.....	68
hailey fe 1/20.....	138		
halobetasol propionate.....	121	I	
haloette.....	138	ibandronate sodium.....	157
haloperidol.....	81	IBRANCE.....	68
haloperidol decanoate.....	81	IBTROZI.....	68
haloperidol lactate.....	82	ibu.....	31
HAVRIX.....	154	ibuprofen.....	31,32
heather.....	144	icatibant acetate.....	148
heparin sodium (porcine).....	102	iclevia.....	138
heparin sodium (porcine) pf.....	102	ICLUSIG.....	68
HEPLISAV-B.....	154	icosapent ethyl.....	114
HERNEXEOS.....	68	IDHIFA.....	68
HIBERIX.....	154	ILEVRO.....	168
HIZENTRA.....	148	imatinib mesylate.....	68
HUMALOG.....	98	IMBRUVICA.....	68,69
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	98	imipenem-cilastatin.....	42
HUMALOG KWIKPEN.....	98	imipramine hcl.....	54
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN.....	98	imiquimod.....	122
HUMALOG MIX 75/25.....	99	IMKELDI.....	69
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN.....	99	IMOVAX RABIES.....	154
HUMULIN 70/30.....	99	IMPAVIDO.....	79
HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	99	incassia.....	144
HUMULIN N.....	99	INCRELEX.....	134
HUMULIN N KWIKPEN.....	99	INCRUSE ELLIPTA.....	171
HUMULIN R.....	99	indapamide.....	113
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED).....	99	indomethacin.....	32
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	99	INFANRIX.....	154
hydralazine hcl.....	115	INLURIYO.....	62
hydrochlorothiazide.....	113	INLYTA.....	69
hydrocodone-acetaminophen.....	34	INQOVI.....	63
hydrocortisone.....	121,156	INREBIC.....	69
hydrocortisone (perianal).....	121	INSULIN ASPART.....	99
hydrocortisone butyrate.....	121	INSULIN ASPART FLEXPEN.....	99
hydrocortisone-acetic acid.....	170	INSULIN ASPART PENFILL.....	99
hydromorphone hcl.....	34	INSULIN LISPRO.....	99
hydroxychloroquine sulfate.....	79	INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL).....	99
hydroxyurea.....	63	INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN.....	99

INSULIN LISPRO PROT & LISPRO	99
INSULIN PEN NEEDLES	162
INSULIN PEN NEEDLES	162
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	162
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	162
INSULIN SYRINGE 1 ML	162
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	162
INSUPEN PEN NEEDLES	162
INSUPEN32G EXTR3ME	162
INTELENCE	89
INTRALIPID	162
introvale	138
INVEGA HAFYERA	83
INVEGA SUSTENNA	83,84
INVEGA TRINZA	84
IPOL	154
ipratropium bromide	171
ipratropium-albuterol	175
irbesartan	105
irbesartan-hydrochlorothiazide	111
ISENTRESS	88
ISENTRESS HD	88
isibloom	138
isoniazid	60
isopropyl alcohol	122
isopropyl alcohol wipes	122
isosorbide dinitrate	115
isosorbide mononitrate	115
isosorbide mononitrate er	115
isotretinoin	119
isradipine	108
ITOVEBI	69
itraconazole	57
ivabradine hcl	111
ivermectin	78
IWILFIN	63
IXIARO	154

J

jaimiess	138
----------	-----

JAKAFI	69
jantoven	102
JANUMET	96
JANUMET XR	96
JANUVIA	96
JARDIANCE	115
jasmiel	138
JAYPIRCA	69
jencycla	144
JENTADUETO	96
JENTADUETO XR	96
jinteli	138
jolessa	138
joyeaux	138
JUBBONTI	157
juleber	138
JULUCA	88
junel 1.5/30	138
junel 1/20	138
junel fe 1.5/30	138
junel fe 1/20	138
JYNNEOS	154

K

KALETRA	92
kalliga	138
KALYDECO	173
kariva	138
kcl in dextrose-nacl	125
KCL-LACTATED RINGERS-D5W	125
kelnor 1/35	138
kelnor 1/50	138
KERENDIA	96
ketoconazole	57
ketorolac tromethamine	168
KINRIX	154
kionex	127
KISQALI (200 MG DOSE)	69
KISQALI (400 MG DOSE)	69
KISQALI (600 MG DOSE)	70

KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)	70	lenalidomide	62
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	70	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	70
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	70	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	70
klayesta	57	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	70
KLOR-CON	125	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	71
klor-con 10	125	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	71
klor-con m10	125	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	71
klor-con m15	125	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	71
klor-con m20	125	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	71
KLOXXADO	36	lessina	139
KOSELUGO	70	letrozole	64
kourzeq	119	leucovorin calcium	63
KRAZATI	70	LEUKERAN	61
kurvelo	139	leuprolide acetate	146
L		levabuterol hcl	172
l-glutamine	130	LEVALBUTEROL TARTRATE	172
labetalol hcl	107	levetiracetam	45
lacosamide	49	levetiracetam er	46
lactated ringers	125,162	levo-t	145
lactulose	127	LEVOBUNOLOL HCL	168
lactulose encephalopathy	127	levocarnitine	130
LAGEVRIO	93	levocetirizine dihydrochloride	171
lamivudine	88,90	levofloxacin	43
lamivudine-zidovudine	90	LEVOFLOXACIN	167
lamotrigine	45	levofloxacin in d5w	43
lansoprazole	129	levonest	139
LANTUS	100	levonorg-eth estrad triphasic	139
LANTUS SOLOSTAR	100	levonorgest-eth estrad 91-day	139
lapatinib ditosylate	70	levonorgest-eth estradiol-iron	139
larin 1.5/30	139	levonorgestrel-ethinyl estrad	139
larin 1/20	139	levora 0.15/30 (28)	139
larin fe 1.5/30	139	levothyroxine sodium	145
larin fe 1/20	139	levoxyl	145
larissia	139	LEXIVA	92
latanoprost	169	lidocaine	35
LAZCLUZE	65	lidocaine hcl	35
LEDERLE LEUCOVORIN	63	lidocaine viscous hcl	35
leena	139	lidocaine-prilocaine	35
leflunomide	152	lidocan	35
		LILETTA (52 MG)	144

lillow.....	139	LUPRON DEPOT (4-MONTH).....	146
lincomycin hcl.....	38	LUPRON DEPOT (6-MONTH).....	146
linezolid.....	38	lurasidone hcl.....	84
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE.....	38	lutura.....	140
LINZESS.....	127	lyleq.....	144
liothyronine sodium.....	145	lyllana.....	140
lisinopril.....	105	LYNPARZA.....	71
lisinopril-hydrochlorothiazide.....	111	LYSODREN.....	64
lithium.....	95	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	71
lithium carbonate.....	95	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	71
lithium carbonate er.....	95	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	72
LIVTENCITY.....	87	lyza.....	144
lo-zumandimine.....	139		
loestrin 1.5/30 (21).....	139	M	
loestrin 1/20 (21).....	139	M-M-R II.....	154
loestrin fe 1.5/30.....	139	magnesium sulfate.....	125
loestrin fe 1/20.....	140	malathion.....	123
lojaimiess.....	140	maraviroc.....	91
LOKELMA.....	127	marlissa.....	140
lomustine.....	61	MARPLAN.....	52
LONSURF.....	64	MATULANE.....	61
loperamide hcl.....	128	matzim la.....	109
lopinavir-ritonavir.....	92	MAVYRET.....	88
lorazepam.....	94	meclizine hcl.....	55
lorazepam intensol.....	95	medpura alcohol pads.....	122
LORBRENA.....	71	medroxyprogesterone acetate.....	144
loryna.....	140	mefloquine hcl.....	79
losartan potassium.....	105	megestrol acetate.....	144
losartan potassium-hctz.....	111	MEKINIST.....	72
loteprednol-tobramycin.....	166	MEKTOVI.....	72
lovastatin.....	113	meleya.....	144
low-ogestrel.....	140	meloxicam.....	32
loxapine succinate.....	82	memantine hcl.....	51
lubiprostone.....	127	memantine hcl er.....	51
luizza 1.5/30.....	140	MENACTRA.....	154
luizza 1/20.....	140	MENEST.....	140
LUMAKRAS.....	71	MENQUADFI.....	154
LUMIGAN.....	169	MENVEO.....	154
LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	146	mercaptopurine.....	63
LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	146	meropenem.....	42

MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE.....	42	mifepristone.....	146
mesalamine.....	156	mili.....	140
mesalamine er.....	156	minocycline hcl.....	44
mesna.....	78	minoxidil.....	115
metformin hcl.....	96	minzoya.....	140
metformin hcl er.....	96	mirtazapine.....	52
methadone hcl.....	32,33	misoprostol.....	129
methazolamide.....	169	modafinil.....	177
methenamine hippurate.....	38	MODEYSO.....	64
methergine.....	162	moexipril hcl.....	106
methimazole.....	147	MOLINDONE HCL.....	82
methocarbamol.....	176	mometasone furoate.....	121
METHOTREXATE SODIUM.....	152	mondoxyne nl.....	44
methotrexate sodium.....	152	mono-lynyah.....	140
methotrexate sodium (pf).....	152	montelukast sodium.....	171
METHOXSALLEN RAPID.....	123	morphine sulfate.....	34
methscopolamine bromide.....	128	morphine sulfate (concentrate).....	34
methsuximide.....	47	morphine sulfate er.....	33
METHYLDOPA.....	104	MOUNJARO.....	97
methylergonovine maleate.....	162	MOVANTIK.....	127
methylphenidate hcl.....	117	moxifloxacin hcl.....	43,167
methylphenidate hcl er.....	117	MOXIFLOXACIN HCL.....	43
methylprednisolone.....	133	MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY).....	167
methylprednisolone acetate.....	133	MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL.....	44
methylprednisolone sodium succ.....	133	MRESVIA.....	154
metoclopramide hcl.....	55	MULTAQ.....	106
metolazone.....	113	mupirocin.....	124
metoprolol succinate er.....	107	mycophenolate mofetil.....	152
metoprolol tartrate.....	107	mycophenolate mofetil hcl.....	152
metoprolol-hydrochlorothiazide.....	111	mycophenolate sodium.....	152
metronidazole.....	38	mycophenolic acid.....	152
metyrosine.....	111	myorisan.....	120
mexiletine hcl.....	106	MYRBETRIQ.....	131
micafungin sodium.....	57		
MICONAZOLE 3.....	57	N	
microgestin 1.5/30.....	140	na sulfate-k sulfate-mg sulf.....	128
microgestin 1/20.....	140	nabumetone.....	32
microgestin fe 1.5/30.....	140	nadolol.....	107
microgestin fe 1/20.....	140	nafcillin sodium.....	41
midodrine hcl.....	105	nafrinse.....	125

NAGLAZYME	130	nitazoxanide	79
naloxone hcl	36	nitisinone	130
naltrexone hcl	36	NITRO-BID	115
naproxen	32	nitrofurantoin macrocrystal	38
naproxen dr	32	nitrofurantoin monohyd macro	38
naproxen sodium	32	nitroglycerin	115
naratriptan hcl	59	NIVESTYM	103
NATACYN	167	NIZATIDINE	129
nateglinide	97	nora-be	144
NAYZILAM	35	norelgestromin-eth estradiol	140
nebivolol hcl	107	norethin ace-eth estrad-fe	140
necon 0.5/35 (28)	140	norethin-eth estradiol-fe	141
NEFAZODONE HCL	53	norethindrone	144
neo-polycin	166	norethindrone acet-ethinyl est	141
neo-polycin hc	166	norethindrone acetate	144
neomycin sulfate	37	norethindrone-eth estradiol	141
neomycin-bacitracin zn-polymyx	166	norgestim-eth estrad triphasic	141
neomycin-polymyxin-dexameth	166	norgestimate-eth estradiol	141
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN	166	norlyda	144
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC	166	norlyroc	144
neomycin-polymyxin-hc	170	nortrel 0.5/35 (28)	141
NERLYNX	72	nortrel 1/35 (21)	141
nevirapine	89	nortrel 1/35 (28)	141
NEVIRAPINE	89	nortrel 7/7/7	141
NEVIRAPINE ER	89	nortriptyline hcl	55
nevirapine er	89	NORVIR	92
NEXPLANON	144	NovoFine 32G X 6 MM MISC	162
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC)	114	NOVOLIN R FLEXPEN	100
niacin er (antihyperlipidemic)	114	NOVOLIN R FLEXPEN RELION	100
NIACOR	114	NOVOLOG	100
nicardipine hcl	108	NOVOLOG FLEXPEN	100
NICOTROL	36	NOVOLOG FLEXPEN RELION	100
NICOTROL NS	36	NOVOLOG PENFILL	100
nifedipine er	108	NOVOLOG RELION	100
nifedipine er osmotic release	108	NovoTwist 32G X 5 MM MISC	162
nikki	140	NUBEQA	61
nilotinib hcl	72	NUPLAZID	84
nilutamide	61	NURTEC	59
nimodipine	108	NUTRILIPID	162
NINLARO	72	nyamyc	57

nylia 1/35	141
nylia 7/7/7	141
nymyo	141
nystatin	58
nystatin-triamcinolone	123
nystop	58

O

ocella	141
octreotide acetate	147
OCTREOTIDE ACETATE	147
ODEFSEY	89
ODOMZO	72
OFEV	174
ofloxacin	167,170
OGSIVEO	72
OJEMDA	72,73
OJJAARA	64
olanzapine	84
olmesartan medoxomil	105
olmesartan medoxomil-hctz	111
olmesartan-amlodipine-hctz	111
omega-3-acid ethyl esters	114
omeprazole	129
OMNITROPE	128,134
ondansetron	56
ONDANSETRON HCL	56
ondansetron hcl	56
ONUREG	63
OPIPZA	85
OPSUMIT	174
OPVEE	162
oralone	119
ORGOVYX	147
orquidea	144
ORSERDU	61
orsythia	141
oseltamivir phosphate	92,93
OSPHENA	145
OTEZLA	123,149

OTEZLA XR	123
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK	149
oxaprozin	32
oxcarbazepine	49
oxybutynin chloride	131
oxybutynin chloride er	131
oxycodone hcl	34
oxycodone-acetaminophen	35
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	97
OZEMPIC (1 MG/DOSE)	97
OZEMPIC (2 MG/DOSE)	97

P

pacerone	106
paliperidone er	85
PANRETIN	78
pantoprazole sodium	129
paricalcitol	157
paroxetine hcl	53
PAROXETINE HCL	53
paroxetine hcl er	53
PAXLOVID (150/100)	93
PAXLOVID (300/100 & 150/100)	93
PAXLOVID (300/100)	93
pazopanib hcl	73
PAZOPANIB HCL	73
PEDIARIX	154
PEDVAX HIB	154
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl	128
peg-3350/electrolytes	128
PEGASYS	150
PEMAZYRE	73
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP	162
PEN NEEDLES	163
PENBRAYA	163
penicillamine	132
penicillin g potassium	41
PENICILLIN G SODIUM	42
penicillin v potassium	42
PENMENVY	154

PENTACEL.....	154	POMALYST.....	62
pentamidine isethionate.....	79	portia-28.....	141
pentoxifylline er.....	111	posaconazole.....	58
perampanel.....	46	potassium chloride.....	125
PERINDOPRIL ERBUMINE.....	106	potassium chloride crys er.....	125
perlogard.....	119	potassium chloride er.....	125
permethrin.....	123	potassium chloride in dextrose.....	125
perphenazine.....	55	potassium chloride in nacl.....	125
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE.....	52	potassium citrate er.....	126
PERSERIS.....	85	POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5%.....	126
pfizerpen.....	42	pramipexole dihydrochloride.....	80
PHENELZINE SULFATE.....	52	prasugrel hcl.....	104
phenobarbital.....	47	pravastatin sodium.....	113
phenytek.....	49	praziquantel.....	78
phenytoin.....	49	prazosin hcl.....	105
phenytoin infatabs.....	49	prednisolone.....	133
phenytoin sodium extended.....	49	prednisolone acetate.....	168
philith.....	141	prednisolone sodium phosphate.....	133
PIFELTRO.....	89	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	168
pilocarpine hcl.....	119,169	prednisone.....	133
PIMOZIDE.....	82	PREDNISONE.....	133
pimtrea.....	141	PREDNISONE INTENSOL.....	133
pindolol.....	107	pregabalin.....	118
pioglitazone hcl.....	97	PREMARIN.....	141
pioglitazone hcl-glimepiride.....	97	PREMASOL.....	126
pioglitazone hcl-metformin hcl.....	97	PREMIUM LIDOCAINE.....	35
piperacillin sod-tazobactam so.....	42	prenatal vitamins.....	126
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	73	prevalite.....	114
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	73	previfem.....	142
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	73	PREVYMIS.....	87
pirfenidone.....	174	PREZCOBIX.....	92
PIRFENIDONE.....	174	PREZISTA.....	92
pirmella 1/35.....	141	PRIFTIN.....	60
pirmella 7/7/7.....	141	primaquine phosphate.....	79
piroxicam.....	32	primidone.....	47
PNV 27-CA/FE/FA.....	125	PRIORIX.....	154
podofilox.....	123	PRO COMFORT ALCOHOL.....	163
polycin.....	166	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....	163
polymyxin b-trimethoprim.....	167	probenecid.....	58
pomalidomide.....	62	prochlorperazine.....	55

prochlorperazine maleate	55	ramelteon	176
procto-med hc	122	ramipril	106
proctosol hc	122	ranolazine er	111
proctozone-hc	122	rasagiline mesylate	81
progesterone	144	reclipsen	142
PROGRAF	152	RECOMBIVAX HB	155
promethazine hcl	55,171	relafen	32
propafenone hcl	106	RELENZA DISKHALER	93
propranolol hcl	107	repaglinide	97
PROPRANOLOL HCL	107	REPATHA	114
propranolol hcl er	107	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	114
propylthiouracil	147	REPATHA SURECLICK	115
PROQUAD	154	RESTASIS	166
protriptyline hcl	55	RETACRIT	103
PULMOZYME	173	RETEVMO	73
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	163	REVCOVI	130
pyrazinamide	60	REVUFORJ	73
pyridostigmine bromide	60	REXULTI	85
pyridostigmine bromide er	60	REYATAZ	92
pyrimethamine	79	REZDIFFRA	146
		REZLIDHIA	73
Q		RHOPRESSA	169
qc alcohol	123	RIBAVIRIN	88
QINLOCK	64	ribavirin	88
QUADRACEL	154	RIDAURA	149
quetiapine fumarate	85	rifabutin	60
quetiapine fumarate er	85	rifampin	60
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE	163	rilpivirine hcl	89
quinapril hcl	106	riluzole	117
quinapril-hydrochlorothiazide	111	RIMANTADINE HCL	93
QUINIDINE SULFATE	106	ringers	126
quinine sulfate	79	ringers irrigation	163
QVAR REDIHALER	171	RINVOQ	149
		RINVOQ LQ	149
R		risedronate sodium	157
ra isopropyl alcohol wipes	123	risperidone	85
RABAVERT	155	risperidone microspheres er	85
rabeprazole sodium	129	ritonavir	92
RALDESY	53	rivaroxaban	102
raloxifene hcl	145	rivastigmine	51

rivastigmine tartrate	51	SILIGENTLE FOAM DRESSING	163
rizatriptan benzoate	59	silodosin	132
ROCKLATAN	166	silver sulfadiazine	123
roflumilast	173	SIMBRINZA	169
ROMVIMZA	74	SIMLANDI (1 PEN)	152
ropinirole hcl	80	SIMLANDI (1 SYRINGE)	152
ropinirole hcl er	80	SIMLANDI (2 PEN)	152
rosadan	38	SIMLANDI (2 SYRINGE)	153
rosuvastatin calcium	113	simliya	142
ROTARIX	155	simpesse	142
ROTATEQ	155	simvastatin	114
roweepira	46	sirolimus	153
ROZLYTREK	74	SIRTURO	60
RUBRACA	74	SKYRIZI	149
rufinamide	49	SKYRIZI (150 MG DOSE)	149
RUKOBIA	91	SKYRIZI PEN	149
RYBELSUS	97	SMOFLIPID	163
RYDAPT	74	sodium chloride	126
S		sodium chloride (pf)	126
sacubitril-valsartan	112	sodium fluoride	126
sajazir	148	sodium oxybate	177
SANDIMMUNE	152	sodium phenylbutyrate	130
SANTYL	123	sodium polystyrene sulfonate	127
sapropterin dihydrochloride	130	solifenacin succinate	131
SCSEMBLIX	74	SOLTAMOX	62
scopolamine	55	SOMAVERT	147
SECUADO	85	sorafenib tosylate	74
SECURESAFE INSULIN SYRINGE	163	sorine	106
selegiline hcl	81	sotalol hcl	107
selenium sulfide	122	sotalol hcl (af)	107
SELZENTRY	91	SPIRIVA RESPIMAT	172
SEREVENT DISKUS	173	spironolactone	113
sertraline hcl	54	spironolactone-hctz	112
setlakin	142	sprintec 28	142
sevelamer carbonate	126	SPRITAM	46
sharobel	144	SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF)	127
SHINGRIX	155	sronyx	142
SIGNIFOR	147	ssd	123
sildenafil citrate	174	STAVUDINE	90
		STELARA	149

sterile water for irrigation.....	163	TALZENNA.....	75
STIOLTO RESPIMAT.....	175	tamoxifen citrate.....	62
STIVARGA.....	74	tamsulosin hcl.....	132
STREPTOMYCIN SULFATE.....	37	tarina fe 1/20.....	142
STRIBILD.....	88	tarina fe 1/20 eq.....	142
subvenite.....	46	tasimelteon.....	176
SUBVENITE.....	46	tazarotene.....	120
sucralfate.....	129	TAZICEF.....	40
SULFACETAMIDE SODIUM.....	167	taztia xt.....	109
sulfacetamide sodium.....	167	TAZVERIK.....	75
sulfacetamide sodium (acne).....	120	TDVAX.....	155
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE.....	166	TECHLITE PLUS PEN NEEDLES.....	163
sulfadiazine.....	44	TEFLARO.....	40
sulfamethoxazole-trimethoprim.....	44	telmisartan.....	105
sulfasalazine.....	156	telmisartan-amlodipine.....	112
sulfatrim pediatric.....	44	telmisartan-hctz.....	112
sulindac.....	32	temazepam.....	176
sumatriptan.....	59	TENIVAC.....	155
sumatriptan succinate.....	59	tenofovir disoproxil fumarate.....	90
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL.....	59	TEPMETKO.....	75
sunitinib malate.....	74	terazosin hcl.....	105
SUNLENCA.....	91	terbinafine hcl.....	58
SURE COMFORT PEN NEEDLES.....	163	terconazole.....	58
syeda.....	142	teriflunomide.....	118
SYMPAZAN.....	47	teriparatide.....	157
SYMTUZA.....	92	testosterone.....	134,135
SYNAREL.....	147	testosterone cypionate.....	135
SYNJARDY.....	97	TESTOSTERONE ENANTHATE.....	135
SYNJARDY XR.....	97	tetrabenazine.....	117
SYNRIBO.....	74	tetracycline hcl.....	44
SYNTHROID.....	146	THALOMID.....	62
T		theophylline er.....	173
TABLOID.....	63	thioridazine hcl.....	82
TABRECTA.....	74	thiothixene.....	82
tacrolimus.....	122,153	tiadylt er.....	109
tadalafil.....	132	tiagabine hcl.....	48
tadalafil (pah).....	132,174	TIBSOVO.....	75
TAFINLAR.....	75	ticagrelor.....	104
TAGRISO.....	75	TICOVAC.....	155
		tigecycline.....	38

timolol maleate.....	108,168	tri-previfem.....	142
tinidazole.....	38	tri-sprintec.....	142
tiotropium bromide.....	172	tri-vylibra.....	142
tis-u-sol.....	164	triamcinolone acetonide.....	119,122
TIVICAY.....	88	triamterene-hctz.....	112
TIVICAY PD.....	88	triazolam.....	176
tizanidine hcl.....	87	triderm.....	122
tobramycin.....	167,173	trientine hcl.....	126
tobramycin sulfate.....	37	TRIENTINE HCL.....	126
tobramycin-dexamethasone.....	166	trifluoperazine hcl.....	82
TOLAK.....	123	TRIFLURIDINE.....	167
tolterodine tartrate.....	131	trihexyphenidyl hcl.....	80
tolterodine tartrate er.....	131	TRIKAFTA.....	173
tolvaptan.....	126	trimethoprim.....	39
topiramate.....	46	trimipramine maleate.....	55
toremifene citrate.....	62	TRINTELLIX.....	54
toremide.....	112	TRIUMEQ.....	90
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	100	TRIUMEQ PD.....	90
TOUJEO SOLOSTAR.....	100	trivora (28).....	142
TPN ELECTROLYTES.....	126	TRIZIVIR.....	90
TRADJENTA.....	97	trospium chloride.....	131
tramadol hcl.....	35	TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	164
tramadol hcl er.....	33	TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....	164
tramadol-acetaminophen.....	35	TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES.....	164
trandolapril.....	106	TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	164
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER.....	112	TRULICITY.....	97
tranexamic acid.....	104	TRUMENBA.....	155
tranylcypromine sulfate.....	52	TRUQAP.....	75
travoprost (bak free).....	169	TUKYSA.....	75
trazodone hcl.....	54	tulana.....	144
TRECATOR.....	60	TURALIO.....	75
TRELEGY ELLIPTA.....	175	turqoz.....	142
TRESIBA.....	100	TWINRIX.....	155
TRESIBA FLEXTOUCH.....	100	TYBOST.....	91
tretinoin.....	78,120	TYENNE.....	149
tri femynor.....	142	TYMLOS.....	157
tri-estarylla.....	142	TYPHIM VI.....	155
tri-linyah.....	142		
tri-mili.....	142	U	
tri-nymyo.....	142	UDENYCA.....	103

ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE	164
UNIFINE OTC PEN NEEDLES	164
UNIFINE PENTIPS	164
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE	164
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE	164
unithroid	146
UPTRAVI	174
ursodiol	129
USTEKINUMAB	150
USTEKINUMAB-AEKN	150

V

valacyclovir hcl	93
VALCHLOR	123
valganciclovir hcl	87
valproate sodium	46
valproic acid	46
valsartan	105
valsartan-hydrochlorothiazide	112
VALTOCO 10 MG DOSE	48
VALTOCO 15 MG DOSE	48
VALTOCO 20 MG DOSE	48
VALTOCO 5 MG DOSE	48
valtya 1/35	143
valtya 1/50	143
vanadom	176
vancomycin hcl	39
VANFLYTA	75
VAQTA	155
varenicline tartrate	36
varenicline tartrate (starter)	36
varenicline tartrate(continue)	36
VARIVAX	155
VAXCHORA	156
VELIVET	143
VENCLEXTA	76
VENCLEXTA STARTING PACK	76
venlafaxine hcl	54
venlafaxine hcl er	54
VEOZAH	117

verapamil hcl	109
VERAPAMIL HCL ER	109
verapamil hcl er	109
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE	164
VERIFINE INSULIN SYRINGE	165
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	165
VERQUVO	112
VERSACLOZ	86
VERZENIO	76
vestura	143
vienva	143
vigabatrin	48
vigadrone	48
VIGAFYDE	48
vigpoder	48
vilazodone hcl	54
VIMKUNYA	156
violele	143
VIRACEPT	92
VIREAD	90
VITRAKVI	76
VIVOTIF	156
VIZIMPRO	76
volnea	143
VONJO	78
VORANIGO	76
voriconazole	58
VOSEVI	88
VOWST	165
VRAYLAR	86
vyfemla	143
vylibra	143
VYZULTA	169

W

warfarin sodium	102
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE	165
WELIREG	64
wera	143
WINREVAIR	174

wixela inhub.....	175
wymzya fe.....	143
WYOST.....	157

X

XALKORI.....	76
XARELTO.....	102
XARELTO STARTER PACK.....	102
XATMEP.....	153
XCOPRI.....	46,47,49,50
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	50
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	50
XDEMVY.....	166
XELJANZ.....	150
XELJANZ XR.....	150
xelria fe.....	143
XERMELO.....	128
XIFAXAN.....	39
XIGDUO XR.....	98
XIIDRA.....	166
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	93
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	93
XOLAIR.....	150
XOSPATA.....	77
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	77
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	77
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	77
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	77
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	77
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	77
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	77
XTANDI.....	62
xulane.....	143

Y

YESINTEK.....	150
YF-VAX.....	156
yuvafem.....	143

Z

zafemy.....	143
zafirlukast.....	171
zaleplon.....	176
ZARXIO.....	103
ZEJULA.....	77
ZELBORAF.....	77
zenatane.....	120
ZENPEP.....	131
zidovudine.....	90
ziprasidone hcl.....	86
ziprasidone mesylate.....	86
ZIRGAN.....	167
zoledronic acid.....	158
ZOLINZA.....	64
zolpidem tartrate.....	176
ZONISADE.....	50
zonisamide.....	50
zovia 1/35 (28).....	143
zovia 1/35e (28).....	143
ZTALMY.....	48
zumandimine.....	143
ZURZUVAE.....	52
ZYDELIG.....	77
ZYKADIA.....	78
ZYLET.....	166
ZYPREXA RELPREVV.....	86

Այս բաժնում Դուք կարող եք գտնել դեղամիջոց՝ փնտրելով նրա անունը այբբենական կարգով: Սա Ձեզ կասի այն էջի համարը, որտեղ Դուք կարող եք գտնել Ձեր դեղի ապահովագրության լրացուցիչ տեղեկություններ:

ANALGESICS.....	31
ANESTHETICS.....	35
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS.....	36
ANTIBACTERIALS.....	37
ANTICONVULSANTS.....	45
ANTIDEMENTIA AGENTS.....	50
ANTIDEPRESSANTS.....	51
ANTIEMETICS.....	55
ANTIFUNGALS.....	56
ANTIGOUT AGENTS.....	58
ANTIMIGRAINE AGENTS.....	59
ANTIMYASTHENIC AGENTS.....	60
ANTIMYCOBACTERIALS.....	60
ANTINEOPLASTICS.....	61
ANTIPARASITICS.....	78
ANTIPARKINSON AGENTS.....	80
ANTIPSYCHOTICS.....	81
ANTISPASTICITY AGENTS.....	86
ANTIVIRALS.....	87
ANXIOLYTICS.....	94
BIPOLAR AGENTS.....	95
BLOOD GLUCOSE REGULATORS.....	95
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS.....	101
CARDIOVASCULAR AGENTS.....	104
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS.....	116
DENTAL AND ORAL AGENTS.....	118
DERMATOLOGICAL AGENTS.....	119
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS.....	124
GASTROINTESTINAL AGENTS.....	127
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT.....	130
GENITOURINARY AGENTS.....	131
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL).....	132
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY).....	134
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS).....	134
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID).....	145

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY).....	146
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID).....	147
IMMUNOLOGICAL AGENTS.....	148
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS.....	156
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS.....	157
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS.....	158
OPHTHALMIC AGENTS.....	165
OTIC AGENTS.....	169
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS.....	170
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS.....	176
SLEEP DISORDER AGENTS.....	176

Notice of Availability of Language Services and Auxiliary Aids and Services

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call

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

الشعار بالعربية (Arabic)

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

Հայերեն պիտակ (Armenian)

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

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

简体中文标语 (Chinese)

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

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

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

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

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

日本語表記 (Japanese)

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

へお電話ください。

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

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

한국어 태그라인 (Korean)

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

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

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:

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

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

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

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

ພາສາມູ່ລ່ຽມ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ: ເບີຜູ້ ຫຼື ການຊ່ວຍ ຈາກພາສາ ກັບຜູ້ ສູບ ອຸກສັດເຊິ່ງເລຂ
1-800-452-4413 (TTY:711) ຈຳນວນ ສິນ ສະຖານ ສູບ
ຜູ້ ຕິການ ຜູ້ ຈາກພາສາ ກັບຜູ້ ສູບ ສູບ ຜູ້ ຕິການ ຜູ້ ຕິການ

ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਸਰਵੋਤਮ ਸੇਵਾ ਮਹਾਂਕ੍ਰਮ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦਾ ਸਫਲ ਢੰਗ

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

ਸੇਵਾ ਮੁਢਲੇ ਤੌਰ 'ਤੇ: ਖੋਜ ਕਰੋ ਅਤੇ ਸੁਣੋ।

مطلب به زبان فارسی (Persian (Farsi))

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

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

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

Русский слоган (Russian)

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

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

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al

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

Tagalog Tagline (Tagalog)

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

Ո՞՞ ԽՏՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ԾԱՆՈՒՑԱԳԻՐ

Խտրականությունը դեմ է օրենքին: Blue Shield of California -ը հետևում է նահանգի և դաշնային քաղաքացիական իրավունքների մասին օրենքներին: Blue Shield of California -ը անօրինական կերպով խտրականություն չի դնում, չի բացառում մարդկանց կամ նրանց այլ կերպ չի վերաբերվում սեռի, ռասայի, գույնի, դավանանքի, ծագման, ազգային ծագման, էթնիկական խմբի նույնականացման, տարիքի, մտավոր հաշմանդամության, ֆիզիկական հաշմանդամության, բժշկական վիճակի, գենետիկական տեղեկատվության, ընտանեկան կարգավիճակի, գենդերի, սեռական ինքնության կամ սեռական կողմնորոշման պատճառով:

Blue Shield of California -ը մատուցում է՝

- » Ժամանակին անվճար օգնություններ և ծառայություններ հաշմանդամներին, որպեսզի ավելի լավ հաղորդակցեն մեզ հետ, ինչպես՝
 - Խոլուհամրերի որակյալ թարգմանիչներ
 - Տարբեր ձևաչափերով գրավոր տեղեկություն (խոշոր տառատեսակ, ձայնագրություն, մատչելի էլեկտրոնային ձևաչափեր, ուրիշ ձևաչափեր)
- » Ժամանակին անվճար լեզվական ծառայություններ անձանց, որոնց առաջնային լեզուն անգլերենը չէ, ինչպես՝
 - Որակյալ բանավոր թարգմանիչներ
 - Ուրիշ լեզուներով գրված տեղեկություն
- » Եթե Ձեզ անհրաժեշտ են այս ծառայությունները, կապվեք Blue Shield of California -ի հետ 8 : 00-ից 20:00, երկուշաբթիից ուրբաթ: Չանգահարեք Յանվարի 1-ի ինսամբ Ձեր տարածաշրջանում.

1-800-452-4413. Եթե չեք կարող լավ լսել ու խոսել, խնդրվում է զանգահարել TTY` 711: Ցանկության դեպքում այս փաստաթուղթը կարող է Ձեզ հասանելի լինել Բրայլի լեզվով, խոշոր տպատառերով, ձայնագրված կամ էլեկտրոնային տեսքով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից մեկով պատճենը ստանալու համար զանգահարեք կամ նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝

Blue Shield of California Յանվարի 1-ի ինսամբ

601 12th Street

Oakland, CA 94607-3613

1-800-452-4413 TTY` 711

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

A57166DSN-AM_0725

H2819_25_325B_C 07082025

ԻՆՉՊԵՍ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵԼ ԲՈՂՈՔԸ

Եթե կարծում եք, որ Blue Shield Promise-ը չի կարողացել մատուցել այդ ծառայությունները կամ անօրինական կերպով խտրականություն է դրել մեկ այլ ձևով՝ սեռի, ռասայի, գույնի, դավանանքի, ծագման, ազգային ծագման, էթնիկական խմբի նույնականացման, տարիքի, մտավոր հաշմանդամության, ֆիզիկական հաշմանդամության, բժշկական վիճակի, գենետիկական տեղեկության, ընտանեկան կարգավիճակի, գենդերի, գենդերային ինքնության կամ սեռական կողմնորոշման հիման վրա, կարող եք բողոք ներկայացնել Blue Shield of California -ի քաղաքացիական իրավունքների համակարգող: Բողոքը կարող եք ներկայացնել հեռախոսով, գրավոր, անձամբ, կամ էլեկտրոնային միջոցով՝

- » Յեռախոսով՝ Կապվեք Blue Shield of California -ի քաղաքացիական իրավունքների համակարգողի հետ 8:00-ից 20:00, երկուշաբթիից ուրբաթ՝ զանգահարելով 1-844-831-4133: Կամ, եթե չեք կարող լավ լսել ու խոսել, խնդրվում է զանգահարել TTY/TDD 711 համարով:
- » Գրավոր՝ Լրացրեք զանգառի ձևաթուղթը կամ նամակ գրեք և ուղարկեք այս հասցեով՝

Blue Shield of California's Civil Rights Coordinator -ի քաղաքացիական իրավունքների համակարգող:

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

BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com.

- » Անձամբ՝ Այցելեք Ձեր բժշկի գրասենյակը կամ Blue Shield of California -ը և ասեք, որ ուզում եք բողոք ներկայացնել:
- » Էլեկտրոնային միջոցով՝ Այցելեք Blue Shield of California Promise Health-ի կայքը այս հասցեով՝ blueshieldca.com:

ՔԱՂԱՔԱՑԻԱԿԱՆ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ԳՐԱՍԵՆՅԱԿ

(OFFICE OF CIVIL RIGHTS) – ԿԱԼԻՖՈՐՆԻԱՅԻ

ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ԽՆԱՄՔԻ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ԲԱԺԻՆ

(CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)

Կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների զանգառ ներկայացնել Կալիֆորնիայի Առողջական խնամքի սպասարկման բաժին (California Department of Health Care Services)՝ Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ (Office of Civil Rights)՝ գրավոր կամ էլեկտրոնային միջոցով՝

- » Յեռախոսով՝ Չանգահարեք 916-440-7370: Եթե չեք կարող լավ խոսել կամ լսել, խնդրում ենք զանգահարել 711 (Յեռահաղորդակցման փոխանցման ծառայություն):
- » Գրավոր՝ Լրացրեք զանգառի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեին՝

Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services

P.O. Box 997413, MS 0009 Sacramento, CA 95899-7413

Գանգատի ձևաթղթերը առկա են այս կայքում՝
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx:

- » Էլեկտրոնային միջոցով՝ Նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեյով՝
CivilRights@dhcs.ca.gov:

ՔԱՂԱՔԱՑԻԱԿԱՆ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ԳՐԱՍԵՆՅԱԿ – ԱՄՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՅՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՄԱՐԴՈՒ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)

Եթե կարծում եք, որ ենթարկվել եք խտրական վերաբերմունքի ռասայի, գույնի, ազգային ծագման, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի պատճառով, կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների գանգատ ներկայացնել ԱՄՆ Առողջապահության և մարդու ծառայությունների նախարարություն (U.S. Department of Health and Human Services)՝ Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ, հեռախոսով, գրավոր կամ էլեկտրոնային եղանակով՝

- » Հեռախոսով՝ Չանգահարեք 1-800-368-1019: Եթե չեք կարող լավ խոսել կամ լսել, խնդրվում է գանգահարել TTY/TDD 1-800-537-7697 համարով:
- » Գրավոր՝ Լրացրեք գանգատի ձևաթուղթ կամ նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեին՝

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

Գանգատի ձևաթղթերը առկա են այս
կայքում՝<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>:

- » Էլեկտրոնային միջոցով՝ Այցելեք Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի Գանգատի կայքամուտքը՝
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>:

Այս *Դեղացանկի* թարմացման ամսաթիվը՝ 03/24/2026 :

Ավելի թարմ տեղեկությունների կամ այլ հարցերի համար դիմեք մեզ (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը: PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր կամ այցելեք՝ blueshieldca.com/medformulary2026:

Եթե հարցեր ունեք, գանգահարեք Blue Shield TotalDual Plan՝ (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր: Ջանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medformulary2026:



03/24/2026