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

قائمة العقاقير المغطاة (*قائمة العقاقير* أو كتيب الوصفات الطبية) لعام 2027

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

رقم تعريف كتيب الوصفات الطبية 27198، الإصدار 12

تم تحديث *قائمة العقاقير* في يوم 10/23/2026

للحصول على معلومات أحدث أو لأي استفسارات أخرى، اتصل بنا على (800) 452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام في الأسبوع، أو قم بزيارة blueshieldca.com/medformulary2027.

H2819_26_149A_C Approved 08182026

A55568EAE-AR (11/26)

مقدمة

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

جدول المحتويات

A. إخلاءات المسؤولية iv

B. الأسئلة الشائعة (FAQ)..... xiv

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

B2. هل تخضع *قائمة العقاقير* للتغيير؟..... xiv

B3. ماذا يحدث عند حدوث تغيير *قائمة العقاقير*؟..... xv

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

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

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

B7. كيف يمكنني أن أجد عقارًا ضمن *قائمة العقاقير*؟..... xviii

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

B9. ماذا إن كنت عضوًا جديدًا بخطة Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ولم أتمكن من العثور على العقار ضمن *قائمة العقاقير* أو كانت هناك مشكلة في الحصول على العقار الخاص بي؟..... xviii

B10. هل يمكنني طلب استثناء لتغطية العقار الخاص بي؟..... xix

B11. كيف يمكنني طلب استثناء؟..... xx

B12. كم سيستغرق الوقت للحصول على استثناء؟..... xx

B13. ما العقاقير العامة؟..... xx

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

B15. هل تغطي Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan الإمدادات طويلة الأمد من الوصفات الطبية؟ xx

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

B17. ماذا عن المدفوعات المشتركة؟..... xxi

C. استعراض *لقائمة العقاقير المغطاة*..... xxv

C1. قائمة العقاقير حسب الحالة الطبية xxvi

D. قائمة العقاقير المغطاة 137

A. إخلاءات المسؤولية

فيما يلي قائمة بالعقاقير التي يستطيع الأعضاء الحصول عليها من خطةBlue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

- يمكنك دائمًا مراجعة القائمة المحدّثة للعقاقير المشمولة بالتغطية في خطة Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على blueshieldca.com/medformulary2027 أو بالاتصال على (800) 452-4413 (TTY: 711). الاتصال على رقم الهاتف هذا مجاني.
- Blue Shield of California هي عضو مستقل في Blue Shield Association.
- يمكنك الحصول على هذه الوثيقة مجانًا بتنسيقات أخرى، مثل الملفات المطبوعة بحجمٍ كبير أو برايل للمكفوفين أو الملفات الصوتية. اتصل على رقم الهاتف الموجود في تذييل هذه الوثيقة. الاتصال مجاني.
- Blue Shield of California هي خطة HMO D-SNP متعاقدة مع Medicare ومتعاقدة مع California State Medicaid Program (برنامج Medicaid لولاية كاليفورنيا). التسجيل في Blue Shield of California يعتمد على تجديد التعاقد.
- The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯 邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年 齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。
  تمتثل الشركة لقوانين الولاية المعمول بها وقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية ولا تميز أو تستبعد الأشخاص أو تعاملهم بشكل مختلف على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو هوية المجموعة الإثنية أو الحالة الطبية أو المعلومات الجينية أو النسب أو الدين أو الجنس أو الحالة الاجتماعية أو النوع الاجتماعي أو الهوية الجنسية أو الميل الجنسي أو العمر أو الإعاقة العقلية أو الإعاقة الجسدية.
- *هذه الوثيقة متوفرة مجانًا باللغة الإنجليزية، والإسبانية، والعربية، والأرمنية، والصينية المبسطة، والصينية التقليدية، والفارسية، والخميرية (الكمبودية)، والكورية، والروسية، والتاغالوغية، والفيتنامية.*

يُتبَع هذا القسم في الصفحة التالية

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

الشعار بالعربية (Arabic)

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

Հայերեն պիտակ (Armenian)

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

يُتبَع هذا القسم في الصفحة التالية

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|

يُتبَع هذا القسم في الصفحة التالية

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.

يُتبَع هذا القسم في الصفحة التالية

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.

يُتبَع هذا القسم في الصفحة التالية

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.

يُتبَع هذا القسم في الصفحة التالية

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.

يُتبَع هذا القسم في الصفحة التالية

Русский слоган (Russian)

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

Mensaje en español (Spanish)

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

يُتبَع هذا القسم في الصفحة التالية

Tagalog Tagline (Tagalog)

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

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

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

يُتبَع هذا القسم في الصفحة التالية

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.

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

B. الأسئلة الشائعة (FAQ)

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

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

العقاقير الواردة *بقائمة العقاقير* التي تبدأ في **القسم C** هي تلك المغطاة بواسطة Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. تتاح العقاقير في الصيدليات ضمن شبكتنا. تندرج الصيدلية ضمن شبكتنا إن أبرمنا اتفاقًا معها للعمل معنا وتقديم الخدمات. نشير إلى تلك الصيدليات بـ "صيدليات الشبكة".

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

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

يمكنك أيضاً العثور على قائمة محدثة بالعقاقير التي نغطيها على موقعنا الإلكتروني blueshieldca.com/medformulary2027 أو الاتصال بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة في تذييل هذه الوثيقة.

B2. هل تخضع *قائمة العقاقير* للتغيير؟

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

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

يُتبَع هذا القسم في الصفحة التالية

- تحديد مدى الحاجة للحصول على موافقة مسبقة للحصول على عقار. (تعد الموافقة المسبقة بمثابة تصريح من Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan قبل الحصول على عقار).
- إضافة أو تغيير مقدار العقار الذي يمكنك الحصول عليه (تعرف بحدود الكمية).
- إضافة أو تغيير قيود العلاج المرحلي الخاصة بالعقار. (يعني العلاج المرحلي أنه يجب عليك تجربة عقار واحد قبل أن نغطي عقارًا آخر).

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

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

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

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

- يمكنك دائمًا مراجعة *قائمة العقاقير* المحدثة ضمن Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على الموقع الإلكتروني blueshieldca.com/medformulary2027. يتم نشر التحديثات على *قائمة العقاقير* على الموقع الإلكتروني كل شهر.
- يمكنك أيضاً الاتصال بخدمة العملاء على أرقام الهواتف الموجودة في تذييل هذه الوثيقة للتحقق من *قائمة العقاقير* الحالية.

B3. ماذا يحدث عند حدوث تغيير *قائمة العقاقير*؟

ستسري بعض التغييرات في *قائمة العقاقير* **فورًا**. فعلى سبيل المثال:

- **استخدام بدائل من بعض الإصدارات الجديدة من العقاقير.** قد نحذف عقارًا فورًا من *قائمة العقاقير* إذ استبدلناه بإصدارات جديدة من ذلك العقار، ولكن تكلفة العقار الجديد ستظل 0$ بالنسبة لك. عندما نضيف إصدارًا جديدًا من عقار ما، قد نقرر كذلك الاحتفاظ بالعقار الذي يحمل اسمًا تجاريًا أو المنتج البيولوجي الأصلي ضمن القائمة ولكن نغير قواعد أو حدود التغطية.
  - من الممكن ألا نخطرك قبل أن نجري هذا التغيير، ولكننا سوف نرسل لك المعلومات المتعلقة بالتغيير المحدد الذي ننفذه فور حدوث ذلك.
  - يمكننا إجراء هذه التغييرات فقط إذا كان العقار الذي نضيفه:

يُتبَع هذا القسم في الصفحة التالية

- هو إصدار جديد من دواء يحمل اسم تجاري، أو
- هو إصدار جديد معين مماثل حيويًا من المنتجات البيولوجية الأصلية في *قائمة العقاقير* (على سبيل المثال، إضافة عقار مماثل حيويًا قابل للاستبدال يمكن استبداله بمنتج بيولوجي أصلي دون وصفة طبية جديدة).
- قد تكون بعض هذه الأنواع من العقاقير جديدة عليك. لمزيد من المعلومات، ارجع إلى **القسم B14**.

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

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

قد نجري تغييرات أخرى تؤثر على العقاقير التي تتعاطاها. سوف نخطرك مقدمًا بشأن التغييرات الأخرى على *قائمة العقاقير*. قد تحدث هذه التغييرات في حالة:

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

عند إجراء هذه التغييرات، فسوف:

- سنخطرك قبل 30 يومًا على الأقل من إجراء التغيير *بقائمة العقاقير* **أو**
- سنبلغك ونرسل إليك حصة تكفيك 30 يومًا من العقار بعد أن تطلب إعادة التزود به.

سيمنحك ذلك الوقت الكافي للتحدث إلى طبيبك أو واصف العقار. ويمكن أن يساعدوك في تحديد:

- إن كان هناك عقار مماثل ضمن *قائمة العقاقير* يمكنك تلقيه بشكل بديل أو
- إن أمكنك طلب استثناء من هذه التغييرات. وللتعرف على المزيد عن الاستثناءات، راجع السؤال B10-B12.

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

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

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

يمكنك أن تكتشف إن كان للعقار الخاص بك أية اشتراطات إضافية أو حدود من خلال مراجعة الجداول في **القسم C**. يمكنك أيضًا الحصول على مزيد من المعلومات من خلال زيارة موقعنا الإلكتروني على blueshieldca.com/medformulary2027. لقد أرسلنا الوثائق الإلكترونية التي تفسر قيود التصريح المسبق والعلاج المرحلي. يمكنك أن تطلب منا كذلك أن نرسل لك نسخة.

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

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

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

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

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

B7. كيف يمكنني أن أجد عقارًا ضمن *قائمة العقاقير*؟

توجد طريقتان للبحث عن عقار:

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

للبحث **أبجديًا**، ابحث عن عقارك في قسم فهرس العقاقير المغطاة. يمكنك أن تجد العقار في الفهرس الذي يبدأ بصفحة 137 . يقدم الفهرس قائمة أبجدية بجميع العقاقير الواردة في هذه الوثيقة. يرد كل من الاسم التجاري للعقاقير والعقاقير العامة في الفهرس. ابحث في الفهرس واعثر على عقارك. وبجوار العقار، ستجد رقم الصفحة حيث يمكنك الحصول على معلومات التغطية.

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

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

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

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

B9. ماذا إن كنت عضوًا جديدًا بخطة Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ولم أتمكن من العثور على العقار ضمن *قائمة العقاقير* أو كانت هناك مشكلة في الحصول على العقار الخاص بي؟

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

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

سنغطي حصة لمدة 30 يومًا من العقار في حالة:

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

يُتبَع هذا القسم في الصفحة التالية

- يستلزم العقار تصريح مسبق من Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan، أو
- تتلقى عقارًا يعد جزءًا من قيود العلاج المرحلي.

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

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

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

سياسة التغيير

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

B10. هل يمكنني طلب استثناء لتغطية العقار الخاص بي؟

نعم. يمكنك أن تطلب من Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan إجراء استثناء لتغطية عقار ليس ضمن *قائمة العقاقير*.

يمكنك أن تطلب منا كذلك تغيير القواعد المنطبقة على العقار الخاص بك.

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

B11. كيف يمكنني طلب استثناء؟

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

B12. كم سيستغرق الوقت للحصول على استثناء؟

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

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

B13. ما العقاقير العامة؟

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

تغطي Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan العقاقير التي تحمل اسمًا تجاريًا والعقاقير العامة.

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

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

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

B15. هل تغطي Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan الإمدادات طويلة الأمد من الوصفات الطبية؟

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

يُتبَع هذا القسم في الصفحة التالية

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

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

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

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

B17. ماذا عن المدفوعات المشتركة؟

أعضاء Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan لديهم مدفوعات مشتركة نظير الوصفات الطبية ما دام العضو يتبع قواعد الخطة.

تعد المستويات بمثابة مجموعات من العقاقير ضمن *قائمة العقاقير* الخاصة بنا.

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

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

المستوى	الوصف	المدفوعات المشتركة	
		حصة لمدة 30 يومًا	حصة لمدة 100 يوم
المستوى 1	العقاقير العامة المفضلة	$0	$0
المستوى 2	العقاقير العامة	$0	$0
المستوى 3	العقاقير المفضلة ذات العلامات التجارية	إذا تلقيت Extra Help (المساعدة الإضافية)، فسوف تدفع: للعقاقير العامة المشمولة بالتغطية (بما في ذلك عقاقير العلامات	إذا تلقيت Extra Help (المساعدة الإضافية)، فسوف تدفع: للعقاقير العامة المشمولة بالتغطية (بما في ذلك عقاقير

		التجارية التي تُعامَل معاملة العقاقير العامة)، إما: $0.00، $1.65، $5.80 لجميع العقاقير الأخرى المشمولة بالتغطية، إما: $0، $5.00، $14.40 إذا تلقيت Extra Help، فسوف تدفع $0.00 - $14.40 لحصة شهر من كل منتج من منتجات الإنسولين المشمولة بالتغطية في هذا المستوى. إذا كنت غير مؤهل للحصول على Extra Help، فلن تدفع أكثر من الحد الأدنى بمقدار $35.00 لحصة شهر، أو $70 لحصة شهرين، أو $105 لحصة 3 أشهر من كل منتج من منتجات الإنسولين المشمولة بالتغطية في هذا المستوى، أو 17% بمثابة تأمين مشترك لكل منتج من غير منتجات الإنسولين المشمولة بالتغطية في هذا المستوى. قد تتفاوت العقاقير على أساس مستوى Extra Help الذي تحصل عليه. يرجى الاتصال بالخطة لمزيد من المعلومات.	العلامات التجارية التي تُعامَل معاملة العقاقير العامة)، إما: $0.00، $1.65، $5.80 لجميع العقاقير الأخرى المشمولة بالتغطية، إما: $0، $5.00، $14.40 إذا تلقيت Extra Help، فسوف تدفع $0.00 - $14.40 لحصة شهر من كل منتج من منتجات الإنسولين المشمولة بالتغطية في هذا المستوى. إذا كنت غير مؤهل للحصول على Extra Help، فلن تدفع أكثر من الحد الأدنى بمقدار $35.00 لحصة شهر، أو $70 لحصة شهرين، أو $105 لحصة 3 أشهر من كل منتج من منتجات الإنسولين المشمولة بالتغطية في هذا المستوى، أو 17% بمثابة تأمين مشترك لكل منتج من غير منتجات الإنسولين المشمولة بالتغطية في هذا المستوى. قد تتفاوت العقاقير على أساس مستوى Extra Help الذي تحصل عليه. يرجى الاتصال بالخطة لمزيد من المعلومات.
المستوى 4	العقاقير غير المفضلة	إذا تلقيت Extra Help (المساعدة الإضافية)، فسوف تدفع: للعقاقير العامة المشمولة بالتغطية (بما في ذلك عقاقير العلامات التجارية التي تُعامَل معاملة العقاقير العامة)، إما: $0.00، $1.65، $5.80 لجميع العقاقير الأخرى المشمولة بالتغطية، إما: $0، $5.00، $14.40	إذا تلقيت Extra Help (المساعدة الإضافية)، فسوف تدفع: للعقاقير العامة المشمولة بالتغطية (بما في ذلك عقاقير العلامات التجارية التي تُعامَل معاملة العقاقير العامة)، إما: $0.00، $1.65، $5.80 لجميع العقاقير الأخرى المشمولة بالتغطية، إما: $0، $5.00، $14.40

		إذا تلقيت Extra Help، فسوف تدفع $0.00 - $14.40 لحصة شهر من كل منتج من منتجات الإنسولين المشمولة بالتغطية في هذا المستوى. إذا كنت غير مؤهل للحصول على Extra Help، فلن تدفع أكثر من الحد الأدنى بمقدار $35.00 لحصة شهر، أو $70 لحصة شهرين، أو $105 لحصة 3 أشهر من كل منتج من منتجات الإنسولين المشمولة بالتغطية في هذا المستوى، أو 17% بمثابة تأمين مشترك لكل منتج من غير منتجات الإنسولين المشمولة بالتغطية في هذا المستوى. قد تتفاوت العقاقير على أساس مستوى Extra Help الذي تحصل عليه. يرجى الاتصال بالخطة لمزيد من المعلومات.	إذا تلقيت Extra Help، فسوف تدفع $0.00 - $14.40 لحصة شهر من كل منتج من منتجات الإنسولين المشمولة بالتغطية في هذا المستوى. إذا كنت غير مؤهل للحصول على Extra Help، فلن تدفع أكثر من الحد الأدنى بمقدار $35.00 لحصة شهر، أو $70 لحصة شهرين، أو $105 لحصة 3 أشهر من كل منتج من منتجات الإنسولين المشمولة بالتغطية في هذا المستوى، أو 17% بمثابة تأمين مشترك لكل منتج من غير منتجات الإنسولين المشمولة بالتغطية في هذا المستوى. قد تتفاوت العقاقير على أساس مستوى Extra Help الذي تحصل عليه. يرجى الاتصال بالخطة لمزيد من المعلومات.
المستوى 5	العقاقير ذات المستوى المتخصص	إذا تلقيت Extra Help (المساعدة الإضافية)، فسوف تدفع: للعقاقير العامة المشمولة بالتغطية (بما في ذلك عقاقير العلامات التجارية التي تُعامَل معاملة العقاقير العامة)، إما: $0.00، $1.65، $5.80 لجميع العقاقير الأخرى المشمولة بالتغطية، إما: $0.00، $5.00، $14.40 إذا كنت غير مؤهل للحصول على Extra Help، فلن تدفع أكثر من 25% بمثابة تأمين مشترك لكل منتج مشمول بالتغطية في هذا المستوى. قد تتفاوت العقاقير على أساس مستوى Extra Help الذي	غير متاح

		تحصل عليه. يرجى الاتصال بالخطة لمزيد من المعلومات.	

C. استعراض *لقائمة العقاقير المغطاة*

تقدم *قائمة العقاقير المغطاة* معلومات عن العقاقير المغطاة بواسطة Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. إن صادفتك مشكلة في البحث عن عقار ضمن القائمة، يرجى مراجعة قائمة العقاقير المغطاة التي تبدأ في **القسم D**. يصنف الفهرس أبجديًا جميع العقاقير المغطاة ضمن Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

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

الطعون بموجب الجزء D

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

C1. قائمة العقاقير حسب الحالة الطبية

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

دليل المصطلحات

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

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

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

D. قائمة العقاقير المغطاة

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

ANALGESICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS		
butalbital-aspirin-caffeine 50-325-40 mg cap	Tier 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
celecoxib (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
celecoxib 400 mg cap	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
diclofenac potassium 50 mg tab	Tier 2	
diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr)	Tier 2	
diclofenac sodium 1.5 % solution	Tier 3	
diclofenac sodium 3 % gel	Tier 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
diclofenac sodium 75 mg tab dr	Tier 1	
diclofenac sodium er 100 mg tab er 24h	Tier 2	
diflunisal 500 mg tab	Tier 3	
ec-naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)	Tier 2	
etodolac (200 mg cap, 300 mg cap)	Tier 3	
etodolac (400 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	
etodolac er (400 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h, 600 mg tab er 24h)	Tier 3	
FLURBIPROFEN (100 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 2	
ibu (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)	Tier 1	
ibuprofen (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension)	Tier 2	
ibuprofen (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)	Tier 1	
indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	

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

ANALGESICS

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

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

ANALGESICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
tramadol hcl er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h)	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS), NDS
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
acetaminophen-codeine (120-12 mg/5ml solution, 300-30 mg/12.5ml solution)	Tier 2	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS), NDS
acetaminophen-codeine 300-60 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS), NDS
butorphanol tartrate 10 mg/ml solution	Tier 3	QL (15 PER 28 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	Tier 4	QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS
codeine sulfate 30 mg tab	Tier 4	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 60 MG TAB	Tier 4	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
endocet 10-325 mg tab	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
endocet 7.5-325 mg tab	Tier 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
hydrocodone-acetaminophen (10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab)	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS), NDS
hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml solution, 5-217 mg/10ml solution, 7.5-325 mg/15ml solution)	Tier 4	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS
hydrocodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)	Tier 2	QL (240 PER 30 DAYS), NDS
hydromorphone hcl 2 mg tab	Tier 3	QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS
hydromorphone hcl 4 mg tab	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS

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

ANALGESICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
hydromorphone hcl 8 mg tab	Tier 3	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate (15 mg tab, 30 mg tab)	Tier 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate (concentrate) (100 mg/5ml solution, 20 mg/ml solution)	Tier 3	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate 10 mg/5ml solution	Tier 3	QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate 20 mg/5ml solution	Tier 3	QL (315 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl (15 mg tab, 30 mg tab)	Tier 3	QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl 10 mg tab	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl 100 mg/5ml conc	Tier 4	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl 20 mg tab	Tier 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl 5 mg tab	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl 5 mg/5ml solution	Tier 3	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab	Tier 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
tramadol hcl 50 mg tab	Tier 2	QL (240 PER 30 DAYS), NDS
tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab	Tier 2	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS

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

ANESTHETICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
LOCAL ANESTHETICS		
lidocaine 5 % ointment	Tier 4	QL (50 PER 30 DAYS)
lidocaine 5 % patch	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
lidocaine hcl 4 % solution	Tier 2	
lidocaine viscous hcl 2 % solution	Tier 2	
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
lidocan 5 % patch	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION	Tier 4	QL (10 PER 30 DAYS)
PREMIUM LIDOCAINE 5 % OINTMENT	Tier 4	QL (50 PER 30 DAYS)

ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

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

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

ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
naltrexone hcl 50 mg tab	Tier 2	
SMOKING CESSATION AGENTS		
bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab er 12h	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	Tier 4	
varenicline tartrate (0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42 tab thpk	Tier 4	QL (53 PER 30 OVER TIME)
varenicline tartrate(continue) 1 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)

ANTIBACTERIALS

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

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

ANTIBACTERIALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	Tier 5	PA, LA, QL (84 PER 28 DAYS)
clindamycin hcl (150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap)	Tier 2	
clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln	Tier 4	
clindamycin phosphate (300 mg/2ml solution, 600 mg/4ml solution, 900 mg/6ml solution)	Tier 4	
clindamycin phosphate 2 % cream	Tier 2	
clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml solution, 600 mg/50ml solution, 900 mg/50ml solution)	Tier 4	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL (300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	Tier 4	
colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln	Tier 4	
daptomycin (350 mg recon soln, 500 mg recon soln)	Tier 4	
fosfomycin tromethamine 3 gm packet	Tier 4	QL (4 PACKETS PER 28 OVER TIME)
lincomycin hcl 300 mg/ml solution	Tier 4	
linezolid 100 mg/5ml recon susp	Tier 5	PA
linezolid 600 mg tab	Tier 4	PA
linezolid 600 mg/300ml solution	Tier 4	
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION	Tier 5	
methenamine hippurate 1 gm tab	Tier 4	
metronidazole (0.75 % gel, 250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	
metronidazole (0.75 % lotion, 1 % gel, 500 mg/100ml solution)	Tier 4	

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

ANTIBACTERIALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
metronidazole 0.75 % cream	Tier 3	
nitrofurantoin macrocrystal (100 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	
nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap	Tier 2	
tigecycline 50 mg recon soln	Tier 4	
tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 4	
trimethoprim 100 mg tab	Tier 2	
vancomycin hcl (1 gm recon soln, 1.25 gm recon soln, 1.5 gm recon soln, 1.75 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 125 mg cap, 2 gm recon soln, 250 mg cap, 500 mg recon soln, 750 mg recon soln)	Tier 4	
vancomycin hcl 5 gm recon soln	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
XIFAXAN 200 MG TAB	Tier 3	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
XIFAXAN 550 MG TAB	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
BETA-LACTAM, CEPHALOSPORINS		
CEFACLOR (250 MG CAP, 250 MG/5ML RECON SUSP, 500 MG CAP)	Tier 2	
cefadroxil (1 gm tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg/5ml recon susp)	Tier 3	
cefadroxil 500 mg cap	Tier 2	
cefazolin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 2 gm recon soln, 3 gm recon soln, 300 gm recon soln, 500 mg recon soln)	Tier 4	
cefdinir (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp)	Tier 3	
cefdinir 300 mg cap	Tier 2	

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

ANTIBACTERIALS

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

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

ANTIBACTERIALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
BETA-LACTAM, PENICILLINS		
amoxicillin (125 mg chew tab, 125 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg chew tab, 250 mg/5ml recon susp, 400 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab)	Tier 2	
amoxicillin trihydrate 250 mg/5ml recon susp	Tier 2	
amoxicillin-pot clavulanate (200-28.5 mg/5ml recon susp, 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml recon susp, 400-57 mg/5ml recon susp, 500-125 mg tab, 600-42.9 mg/5ml recon susp, 875-125 mg tab)	Tier 2	
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE 400-57 MG CHEW TAB	Tier 3	
amoxicillin-pot clavulanate er 1000-62.5 mg tab er 12h	Tier 4	
ampicillin 500 mg cap	Tier 2	
ampicillin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 125 mg recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)	Tier 4	
ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm recon soln, 15 (10-5) gm recon soln, 3 (2-1) gm recon soln)	Tier 4	
BICILLIN L-A (1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR, 600000 UNIT/ML SUSP PRSYR)	Tier 4	
dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)	Tier 2	
nafcillin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)	Tier 4	
penicillin g potassium (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)	Tier 4	
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	Tier 4	

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

ANTIBACTERIALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
penicillin v potassium (125 mg/5ml recon soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon soln, 500 mg tab)	Tier 2	
pfizerpen (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)	Tier 4	
piperacillin sod-tazobactam so (13.5 (12-1.5) gm recon ln, 2.25 (2-0.25) gm recon ln, 3-0.375 gm recon ln, 3.375 (3-0.375) gm recon ln, 4-0.5 gm recon ln, 4.5 (4-0.5) gm recon ln, 40.5 (36-4.5) gm recon ln)	Tier 4	
CARBAPENEMS		
ertapenem sodium 1 gm recon soln	Tier 3	
imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, 500 mg recon soln)	Tier 4	
meropenem (1 gm recon soln, 500 mg recon soln)	Tier 4	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)	Tier 4	
MACROLIDES		
azithromycin (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 500 mg tab, 600 mg tab)	Tier 2	
azithromycin 500 mg recon soln	Tier 4	
CLARITHROMYCIN (125 MG/5ML RECON SUSP, 250 MG/5ML RECON SUSP)	Tier 4	
clarithromycin (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	
clarithromycin er 500 mg tab er 24h	Tier 4	
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	Tier 5	PA, QL (136 PER 10 OVER TIME)
e.e.s. 400 400 mg tab	Tier 4	

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

ANTIBACTERIALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
erythrocin lactobionate 500 mg recon soln	Tier 4	
erythromycin base (250 mg cp dr part, 250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 4	
erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5ml recon susp	Tier 4	
erythromycin lactobionate 500 mg recon soln	Tier 4	
fidaxomicin 200 mg tab	Tier 5	PA, QL (20 PER 10 OVER TIME)
QUINOLONES		
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	Tier 3	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	Tier 4	
ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)	Tier 2	
ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution	Tier 4	
levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)	Tier 2	
levofloxacin 25 mg/ml solution	Tier 4	
levofloxacin in d5w (500 mg/100ml solution, 750 mg/150ml solution)	Tier 4	
moxifloxacin hcl 400 mg tab	Tier 3	
MOXIFLOXACIN HCL 400 MG/250ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL 400 MG/250ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
SULFONAMIDES		
sulfadiazine 500 mg tab	Tier 3	
sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 400-80 mg tab, 800-160 mg tab, 800-160 mg/20ml suspension)	Tier 2	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution	Tier 4	

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

ANTIBACTERIALS

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

ANTICONVULSANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTICONVULSANTS, OTHER		
brivaracetam (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 5	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
brivaracetam 10 mg/ml solution	Tier 5	ST, QL (600 PER 30 DAYS)
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET)	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET)	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)	Tier 2	

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

ANTICONVULSANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
divalproex sodium er (250 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h)	Tier 2	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)	Tier 4	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
lamotrigine (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)	Tier 1	
lamotrigine (25 mg chew tab, 5 mg chew tab)	Tier 2	
levetiracetam (100 mg/ml solution, 1000 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab)	Tier 2	
levetiracetam er 500 mg tab er 24h	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
levetiracetam er 750 mg tab er 24h	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
perampanel (10 mg tab, 12 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
perampanel 0.5 mg/ml suspension	Tier 4	QL (720 PER 30 DAYS)
perampanel 2 mg tab	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
roweepra 500 mg tab	Tier 2	
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 1000 MG TAB	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 750 MG TAB	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
subvenite (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)	Tier 2	
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (1500 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTICONVULSANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
topiramate (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
topiramate (15 mg cap sprink, 25 mg cap sprink, 50 mg cap sprink)	Tier 2	
topiramate 25 mg/ml solution	Tier 4	QL (480 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
valproate sodium (100 mg/ml solution, 500 mg/5ml solution)	Tier 4	
valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)	Tier 2	
XCOPRI (100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALCIUM CHANNEL MODIFYING AGENTS		
ethosuximide (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)	Tier 2	
methsuximide 300 mg cap	Tier 4	
GAMMA-AMINOBUTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS		
clobazam 10 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
clobazam 2.5 mg/ml suspension	Tier 4	QL (480 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
clobazam 20 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
diazepam 10 mg gel	Tier 4	QL (20 PER 30 DAYS)
diazepam 2.5 mg gel	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)
diazepam 20 mg gel	Tier 4	QL (40 PER 30 DAYS)
gabapentin (250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution)	Tier 3	QL (2160 PER 30 DAYS)

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

ANTICONVULSANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
gabapentin 100 mg cap	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
gabapentin 300 mg cap	Tier 2	QL (240 PER 30 DAYS)
gabapentin 400 mg cap	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
phenobarbital (100 mg tab, 15 mg tab, 16.2 mg tab, 20 mg/5ml elixir, 30 mg tab, 30 mg/7.5ml elixir, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 60 mg/15ml elixir, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab)	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
primidone (125 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
SYMPAZAN (10 MG FILM, 20 MG FILM)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SYMPAZAN 5 MG FILM	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
tiagabine hcl (12 mg tab, 16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	Tier 4	
VALTOCO 10 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQUID	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 15 MG DOSE 2 X 7.5 MG/0.1ML LIQD THPK	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 20 MG DOSE 2 X 10 MG/0.1ML LIQD THPK	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1ML LIQUID	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
vigadrone 500 mg packet	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
vigadrone 500 mg tab	Tier 5	QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (750 ML PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTICONVULSANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
vigpoder 500 mg packet	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	LA, QL (1080 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SODIUM CHANNEL AGENTS		
carbamazepine (100 mg chew tab, 100 mg/5ml suspension, 200 mg chew tab, 200 mg tab, 200 mg/10ml suspension)	Tier 2	
carbamazepine er (100 mg cap er 12h, 100 mg tab er 12h, 200 mg cap er 12h, 200 mg tab er 12h, 300 mg cap er 12h, 400 mg tab er 12h)	Tier 3	
DILANTIN (100 MG CAP, 30 MG CAP)	Tier 4	
epitol 200 mg tab	Tier 2	
eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
lacosamide (10 mg/ml solution, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)	Tier 4	QL (1200 PER 30 DAYS)
lacosamide (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
lacosamide 200 mg/20ml solution	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab)	Tier 2	
oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension	Tier 4	
phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)	Tier 2	
phenytoin (100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension, 50 mg chew tab)	Tier 2	

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

ANTICONVULSANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
phenytoin infatabs 50 mg chew tab	Tier 2	
phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)	Tier 2	
rufinamide 200 mg tab	Tier 4	QL (480 PER 30 DAYS)
rufinamide 40 mg/ml suspension	Tier 5	QL (2400 PER 30 DAYS)
rufinamide 400 mg tab	Tier 4	QL (240 PER 30 DAYS)
XCOPRI (14 X 150 MG & 14 X200 MG TAB THPK, 14 X 50 MG & 14 X100 MG TAB THPK)	Tier 5	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 MG TAB THPK	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG TAB THPK	Tier 4	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	
zonisamide (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	

ANTIDEMENTIA AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTIDEMENTIA AGENTS, OTHER		
ERGOLOID MESYLATES 1 MG TAB	Tier 3	
LEQEMBI IQLIK (500 MG DOSE) 2 X 250 MG/1.25ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA, QL (10 ML PER 28 DAYS)
LEQEMBI IQLIK 360 MG/1.8ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA, QL (7.2 ML PER 28 DAYS)

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

ANTIDEMENTIA AGENTS

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

ANTIDEPRESSANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTIDEPRESSANTS, OTHER		
AUVELITY 45-105 MG TAB ER	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUVELITY TITRATION PACK 30-105 MG & 45-105 MG TBER THPK	Tier 4	QL (102 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTIDEPRESSANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
bupropion hcl 100 mg tab	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
bupropion hcl 75 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12h	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 150 mg tab er 12h	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 200 mg tab er 12h	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24h	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (xl) 300 mg tab er 24h	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
EXXUA (18.2 MG TAB ER 24H, 36.3 MG TAB ER 24H, 54.5 MG TAB ER 24H, 72.6 MG TAB ER 24H)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EXXUA TITRATION PACK 18.2 MG TAB ER 24H	Tier 5	QL (64 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYBALVI (10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB, 5-10 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
mirtazapine (15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab, 45 mg tab disp, 7.5 mg tab)	Tier 2	
mirtazapine (15 mg tab, 30 mg tab)	Tier 1	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE (2-10 MG TAB, 2-25 MG TAB, 4-10 MG TAB, 4-25 MG TAB, 4-50 MG TAB)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP)	Tier 5	QL (28 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE 30 MG CAP	Tier 5	QL (14 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS		
EMSAM (12 MG/24HR PATCH 24HR, 6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR)	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTIDEPRESSANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
MARPLAN 10 MG TAB	Tier 4	
PHENELZINE SULFATE 15 MG TAB	Tier 2	
tranylcypromine sulfate 10 mg tab	Tier 4	
SSRIS/SNRIS (SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITOR/SEROTONIN AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR)		
citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	Tier 1	
citalopram hydrobromide (10 mg/5ml solution, 20 mg/10ml solution)	Tier 3	
desvenlafaxine succinate er (25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
desvenlafaxine succinate er 100 mg tab er 24h	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
escitalopram oxalate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
escitalopram oxalate (10 mg/10ml solution, 5 mg/5ml solution)	Tier 2	
FETZIMA (120 MG CAP ER 24H, 20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK	Tier 4	QL (28 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
fluoxetine hcl (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	Tier 1	
fluoxetine hcl 20 mg/5ml solution	Tier 2	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	Tier 4	QL (4 PER 28 DAYS)
fluvoxamine maleate 100 mg tab	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
fluvoxamine maleate 25 mg tab	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
fluvoxamine maleate 50 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
NEFAZODONE HCL (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 3	
paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)	Tier 1	

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

ANTIDEPRESSANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
PAROXETINE HCL 10 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	QL (900 PER 30 DAYS)
paroxetine hcl er (12.5 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 37.5 mg tab er 24h)	Tier 4	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (1200 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sertraline hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
sertraline hcl 20 mg/ml conc	Tier 3	
trazodone hcl (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
trazodone hcl 300 mg tab	Tier 3	
TRINTELLIX (10 MG TAB, 20 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
venlafaxine hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 2	
venlafaxine hcl er (150 mg cap er 24h, 37.5 mg cap er 24h)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
venlafaxine hcl er 75 mg cap er 24h	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
TRICYCLICS		
amitriptyline hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
amoxapine (100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 3	
clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
desipramine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 4	
doxepin hcl (10 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	Tier 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTIDEPRESSANTS

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

ANTIEMETICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTIEMETICS, OTHER		
compro 25 mg suppos	Tier 4	
meclizine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab)	Tier 2	
metoclopramide hcl (10 mg tab, 10 mg/10ml solution, 5 mg tab, 5 mg/5ml solution)	Tier 2	
metoclopramide hcl 5 mg/ml solution	Tier 4	
perphenazine (16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	Tier 2	
prochlorperazine 25 mg suppos	Tier 4	
prochlorperazine maleate (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
promethazine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	PA
scopolamine 1 mg/3days patch 72hr	Tier 4	

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

ANTIEMETICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
EMETOGENIC THERAPY ADJUNCTS		
aprepitant (125 mg cap, 80 & 125 mg cap thpk, 80 mg cap)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
aprepitant 40 mg cap	Tier 4	PA, QL (1 PER 30 DAYS)
dronabinol (10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)	Tier 4	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
granisetron hcl 1 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron 4 mg tab disp	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron 8 mg tab disp	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ONDANSETRON HCL 24 MG TAB	Tier 2	QL (15 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 4 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 4 mg/5ml solution	Tier 4	QL (900 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 8 mg tab	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIFUNGALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTIFUNGALS		
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

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

ANTIFUNGALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
amphotericin b liposome 50 mg recon susp	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)	Tier 2	
CRESEMBA 186 MG CAP	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
CRESEMBA 74.5 MG CAP	Tier 5	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
econazole nitrate 1 % cream	Tier 4	
fluconazole (10 mg/ml recon susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)	Tier 2	
fluconazole in sodium chloride (200-0.9 mg/100ml-% solution, 400-0.9 mg/200ml-% solution)	Tier 4	
flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)	Tier 5	
griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)	Tier 4	
griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)	Tier 4	
itraconazole 100 mg cap	Tier 4	
ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)	Tier 2	
klayesta 100000 unit/gm powder	Tier 4	
micafungin sodium (100 mg recon soln, 50 mg recon soln)	Tier 4	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	Tier 3	
nyamyc 100000 unit/gm powder	Tier 4	
nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)	Tier 2	
nystatin 100000 unit/gm powder	Tier 4	
nystop 100000 unit/gm powder	Tier 4	
posaconazole 100 mg tab dr	Tier 4	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

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

ANTIFUNGALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
terbinafine hcl 250 mg tab	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
terconazole (0.4 % cream, 0.8 % cream)	Tier 3	
terconazole 80 mg suppos	Tier 4	
voriconazole (200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)	Tier 4	PA
voriconazole 200 mg recon soln	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIGOUT AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTIGOUT AGENTS		
allopurinol (100 mg tab, 300 mg tab)	Tier 1	
colchicine 0.6 mg tab	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab	Tier 2	
febuxostat (40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
probenecid 500 mg tab	Tier 2	

ANTIMIGRAINE AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE (CGRP) RECEPTOR ANTAGONISTS		
AIMOVIG (140 MG/ML SOLN A-INJ, 70 MG/ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
EMGALITY (120 MG/ML SOLN A-INJ, 120 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 3	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
EMGALITY (300 MG DOSE) 100 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA, QL (3 PER 30 DAYS)
NURTEC 75 MG TAB DISP	Tier 5	PA, QL (16 PER 30 OVER TIME)

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

ANTIMIGRAINE AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ERGOT ALKALOIDS		
dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution	Tier 4	PA, QL (8 PER 30 DAYS)
ERGOTAMINE-CAFFEINE 1-100 MG TAB	Tier 3	QL (40 PER 28 DAYS)
SEROTONIN (5-HT) RECEPTOR AGONIST		
naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)	Tier 3	QL (18 PER 30 OVER TIME)
rizatriptan benzoate (10 mg tab, 10 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)	Tier 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan (20 mg/act solution, 5 mg/act solution)	Tier 4	QL (18 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan succinate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution)	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL (4 MG/0.5ML SOLN CART, 6 MG/0.5ML SOLN CART)	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)

ANTIMYASTHENIC AGENTS

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

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

ANTIMYCOBACTERIALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTIMYCOBACTERIALS, OTHER		
dapsone (100 mg tab, 25 mg tab)	Tier 3	
rifabutin 150 mg cap	Tier 4	
ANTITUBERCULARS		
ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)	Tier 2	
isoniazid (100 mg tab, 300 mg tab, 50 mg/5ml syrup)	Tier 2	
PRETOMANID 200 MG TAB	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
pyrazinamide 500 mg tab	Tier 2	
rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)	Tier 2	
rifampin 600 mg recon soln	Tier 4	
rifapentine 150 mg tab	Tier 4	
SIRTURO (100 MG TAB, 20 MG TAB)	Tier 5	PA
TRECATOR 250 MG TAB	Tier 4	

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ALKYLATING AGENTS		
CYCLOPHOSPHAMIDE (25 MG CAP, 25 MG TAB, 50 MG CAP, 50 MG TAB)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
LEUKERAN 2 MG TAB	Tier 4	
lomustine (10 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
lomustine 100 mg cap	Tier 5	
MATULANE 50 MG CAP	Tier 5	LA
ANTIANDROGENS		
abiraterone acetate 250 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
abiraterone acetate 500 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
abirtega 250 mg tab	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bicalutamide 50 mg tab	Tier 2	
ERLEADA 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERLEADA 60 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EULEXIN 125 MG CAP	Tier 3	
nilutamide 150 mg tab	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
NUBEQA 300 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 345 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 86 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 80 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIANGIOGENIC AGENTS		
lenalidomide (10 mg cap, 15 mg cap, 2.5 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
pomalidomide (1 mg cap, 2 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
POMALYST (1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 100 MG CAP	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 50 MG CAP	Tier 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIESTROGENS/MODIFIERS		
fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr	Tier 5	
INLURIYO 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
toremifene citrate 60 mg tab	Tier 4	
VEPPANU (100 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIMETABOLITES		
mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
mercaptopurine 50 mg tab	Tier 2	
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	QL (14 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABLOID 40 MG TAB	Tier 3	
ANTINEOPLASTICS, OTHER		
AKEEGA (100-500 MG TAB, 50-500 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 160 MG CAP	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
AUGTYRO 40 MG CAP	Tier 5	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI PEN 500 MCG/0.5ML SOLN PEN	Tier 5	LA, QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 1 MG CAP	Tier 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 5 MG CAP	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
hydroxyurea 500 mg cap	Tier 2	
INQOVI 35-100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (5 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IWILFIN 192 MG TAB	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LEDERLE LEUCOVORIN 5 MG TAB	Tier 2	
leucovorin calcium (10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
leucovorin calcium (100 mg recon soln, 350 mg recon soln)	Tier 4	
LONSURF 15-6.14 MG TAB	Tier 5	LA, QL (100 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LONSURF 20-8.19 MG TAB	Tier 5	LA, QL (80 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYSODREN 500 MG TAB	Tier 5	
MODEYSO 125 MG CAP	Tier 5	LA, QL (20 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
QINLOCK 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
WELIREG 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZENBEXUS (0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	Tier 5	QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZOLINZA 100 MG CAP	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AROMATASE INHIBITORS, 3RD GENERATION		
anastrozole 1 mg tab	Tier 1	
exemestane 25 mg tab	Tier 4	
letrozole 2.5 mg tab	Tier 2	
ENZYME INHIBITORS		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 0.8 & 200 MG THER PACK	Tier 5	LA, QL (66 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 80 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MOLECULAR TARGET INHIBITORS		
ALECENSA 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG (180 MG TAB, 90 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 30 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AYVAKIT (100 MG TAB, 200 MG TAB, 25 MG TAB, 300 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 3 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 4 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG CAP	Tier 5	QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 50 MG CAP	Tier 5	QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 500 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bosutinib (400 mg tab, 500 mg tab)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bosutinib 100 mg tab	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRAFTOVI 75 MG CAP	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 160 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 80 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALQUENCE 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 300 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAVHANZA (60 MG TAB DISP, 80 MG TAB DISP)	Tier 5	LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 MG KIT	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 MG & 80 MG KIT	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 MG KIT	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (56 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COTELLIC 20 MG TAB	Tier 5	LA, QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
dasatinib (20 mg tab, 50 mg tab)	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
DAURISMO 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERIVEDGE 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
erlotinib hcl 25 mg tab	Tier 3	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (10 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (2 mg tab sol, 3 mg tab sol, 5 mg tab sol)	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FOTIVDA (0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GAVRETO 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
gefitinib 250 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 1 MG CAP	Tier 5	LA, QL (126 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

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

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
HERNEXEOS 60 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
HYRNUO 10 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE (100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB, 75 MG CAP, 75 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBTROZI 200 MG CAP	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IDHIFA (100 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
imatinib mesylate 100 mg tab	Tier 3	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
imatinib mesylate 400 mg tab	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (140 MG CAP, 140 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (280 MG TAB, 420 MG TAB, 70 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	LA, QL (216 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 1 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
INLYTA 5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INREBIC 100 MG CAP	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 3 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 9 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H, 33 MG TAB ER 24H, 44 MG TAB ER 24H, 55 MG TAB ER 24H)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JIDEYTRO 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JIDEYTRO 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (200 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (400 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (42 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (600 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
KOMZIFTI 200 MG CAP	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 10 MG CAP	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 5 MG CAP SPRINK	Tier 5	QL (600 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 7.5 MG CAP SPRINK	Tier 5	QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KRAZATI 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
lapatinib ditosylate 250 mg tab	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 10 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LIFYORLI (125 MG DOSE) 1 X 25 MG & 1 X 100 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (18 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LIFYORLI (150 MG DOSE) 2 X 25 MG & 1 X 100 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (27 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 120 MG TAB	Tier 5	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 240 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 320 MG TAB	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (140 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	Tier 5	LA, QL (1200 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
MEKINIST 2 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKTOVI 15 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NERLYNX 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
nilotinib hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NINLARO (2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	Tier 5	QL (3 PER 21 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ODOMZO 200 MG CAP	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 150 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP	Tier 5	LA, QL (96 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
pazopanib hcl 200 mg tab	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PAZOPANIB HCL 400 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEMAZYRE (13.5 MG TAB, 4.5 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & 50 MG TAB THPK	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 MG TAB THPK	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO (120 MG TAB, 160 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG TAB	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 110 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 160 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZLIDHIA 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROMVIMZA (14 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 100 MG CAP	Tier 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 200 MG CAP	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 50 MG PACKET	Tier 5	QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
RYDAPT 25 MG CAP	Tier 5	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 20 MG TAB	Tier 5	QL (600 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 40 MG TAB	Tier 5	QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sorafenib tosylate 200 mg tab	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
STIVARGA 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate 12.5 mg cap	Tier 5	QL (210 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate 25 mg cap	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	Tier 5	LA, QL (900 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAGRISSO (40 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
TALZENNA 0.25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAZVERIK 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TEPMETKO 225 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TIBSOVO 250 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRUQAP (160 MG TAB, 160 MG TAB THPK, 200 MG TAB, 200 MG TAB THPK)	Tier 5	LA, QL (64 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TUKYSA (150 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TURALIO 125 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 17.7 MG TAB	Tier 5	LA, QL (28 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 26.5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 10 MG TAB	Tier 3	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 50 MG TAB	Tier 4	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (84 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
VITRAKVI 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 10 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI (200 MG CAP, 250 MG CAP, 50 MG CAP SPRINK)	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 20 MG CAP SPRINK	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XOSPATA 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 10 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (16 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
XPOVIO (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 (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZELBORAF 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYDELIG (100 MG TAB, 150 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYKADIA 150 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETINOIDS		
bexarotene 1 % gel	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bexarotene 75 mg cap	Tier 3	QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PANRETIN 0.1 % GEL	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
tretinoin 10 mg cap	Tier 5	

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

ANTINEOPLASTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
TREATMENT ADJUNCTS		
mesna 400 mg tab	Tier 4	
VONJO 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIPARASITICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTHELMINTHICS		
albendazole 200 mg tab	Tier 4	
ivermectin 3 mg tab	Tier 2	
praziquantel 600 mg tab	Tier 3	
ANTIPROTOZOALS		
atovaquone 750 mg/5ml suspension	Tier 4	PA
atovaquone-proguanil hcl (250-100 mg tab, 62.5-25 mg tab)	Tier 2	
BENZNIDAZOLE 100 MG TAB	Tier 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB	Tier 4	QL (720 PER 365 OVER TIME)
chloroquine phosphate (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	QL (25 PER 30 DAYS)
COARTEM 20-120 MG TAB	Tier 4	QL (24 PER 2 OVER TIME)
hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)

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

ANTIPARASITICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
IMPAVIDO 50 MG CAP	Tier 5	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
mefloquine hcl 250 mg tab	Tier 2	
nitazoxanide 500 mg tab	Tier 5	PA, QL (6 PER 3 OVER TIME)
pentamidine isethionate 300 mg recon soln	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
pentamidine isethionate 300 mg recon soln	Tier 3	
primaquine phosphate 26.3 (15 base) mg tab	Tier 2	
pyrimethamine 25 mg tab	Tier 5	PA
quinine sulfate 324 mg cap	Tier 3	PA, QL (180 PER 30 DAYS)

ANTIPARKINSON AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTICHOLINERGICS		
benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 2	
benztropine mesylate 1 mg/ml solution	Tier 4	
trihexyphenidyl hcl (0.4 mg/ml solution, 2 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
ANTIPARKINSON AGENTS, OTHER		
amantadine hcl (100 mg cap, 100 mg tab, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)	Tier 2	
carbidopa-levodopa-entacapone (12.5-50-200 mg tab, 18.75-75-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab)	Tier 4	
entacapone 200 mg tab	Tier 4	QL (240 PER 30 DAYS)

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

ANTIPARKINSON AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
DOPAMINE AGONISTS		
bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)	Tier 4	
pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)	Tier 2	
ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
ropinirole hcl er (2 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h, 6 mg tab er 24h)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
ropinirole hcl er 12 mg tab er 24h	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
ropinirole hcl er 8 mg tab er 24h	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
DOPAMINE PRECURSORS AND/OR L-AMINO ACID DECARBOXYLASE INHIBITORS		
carbidopa 25 mg tab	Tier 4	
carbidopa-levodopa (10-100 mg tab disp, 25-100 mg tab disp, 25-250 mg tab disp)	Tier 4	
carbidopa-levodopa (10-100 mg tab, 25-100 mg tab, 25-250 mg tab)	Tier 2	
carbidopa-levodopa er (25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er)	Tier 2	
MONOAMINE OXIDASE B (MAO-B) INHIBITORS		
rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)	Tier 2	

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

ANTIPSYCHOTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
1ST GENERATION/TYPICAL		
chlorpromazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 100 mg/ml conc, 200 mg tab, 25 mg tab, 25 mg/ml solution, 30 mg/ml conc, 50 mg tab, 50 mg/2ml solution)	Tier 4	
fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution	Tier 4	
fluphenazine hcl (1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 2.5 mg/5ml elixir, 2.5 mg/ml solution, 5 mg tab, 5 mg/ml conc)	Tier 4	
haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
haloperidol decanoate (100 mg/ml solution, 50 mg/ml solution)	Tier 3	
haloperidol lactate 2 mg/ml conc	Tier 3	
haloperidol lactate 5 mg/ml solution	Tier 2	
loxapine succinate (10 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	
MOLINDONE HCL 10 MG TAB	Tier 4	QL (240 PER 30 DAYS)
MOLINDONE HCL 25 MG TAB	Tier 4	QL (270 PER 30 DAYS)
MOLINDONE HCL 5 MG TAB	Tier 4	QL (360 PER 30 DAYS)
pimozide (1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 3	
thioridazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
thiothixene (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	Tier 3	
trifluoperazine hcl (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
2ND GENERATION/ATYPICAL		
ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION

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

ANTIPSYCHOTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
aripiprazole (10 mg tab disp, 15 mg tab disp)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
aripiprazole 1 mg/ml solution	Tier 4	QL (750 PER 30 DAYS)
aripiprazole 2 mg tab	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
aripiprazole 5 mg tab	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
asenapine maleate (10 mg sl tab, 2.5 mg sl tab, 5 mg sl tab)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI (1 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK A 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB THPK	Tier 5	QL (16 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TAB THPK	Tier 5	QL (24 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK C 1 & 2 & 6 MG TAB THPK	Tier 5	QL (16 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERZOFRI 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 156 MG/ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 351 MG/2.25ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (4.5 ML PER 365 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

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

ANTIPSYCHOTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ERZOFRI 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT (10 MG TAB, 12 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK A 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TAB	Tier 4	QL (12 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK C 1 & 2 & 6 MG TAB	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (3.5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.88 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION

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

ANTIPSYCHOTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.32 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.75 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (2.63 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
lurasidone hcl (120 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
lurasidone hcl 80 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
olanzapine (10 mg recon soln, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 20 mg tab disp, 5 mg tab disp)	Tier 4	
olanzapine (10 mg tab, 15 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 2	
OPIPZA (10 MG FILM, 5 MG FILM)	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OPIPZA 2 MG FILM	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
paliperidone er (1.5 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 9 mg tab er 24h)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
paliperidone er 6 mg tab er 24h	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PERSERIS (120 MG PRSYR, 90 MG PRSYR)	Tier 5	QL (1 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
quetiapine fumarate (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	

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

ANTIPSYCHOTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
quetiapine fumarate er (150 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 400 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)	Tier 4	
REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
risperidone (0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp, 3 mg tab disp, 4 mg tab disp)	Tier 4	
risperidone (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab)	Tier 2	
risperidone 1 mg/ml solution	Tier 3	
risperidone microspheres er (12.5 mg srer, 25 mg srer)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
risperidone microspheres er (37.5 mg srer, 50 mg srer)	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
SECUADO (3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR (0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
WELTRUZA (318 MG SRER, 425 MG SRER, 531 MG SRER)	Tier 5	QL (1 VIAL PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)	Tier 3	
ziprasidone mesylate 20 mg recon soln	Tier 4	
ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ANTIPSYCHOTICS, OTHER		
COBENFY (100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP, 50-20 MG CAP)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTIPSYCHOTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
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		
clozapine (100 mg tab disp, 12.5 mg tab disp, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp, 25 mg tab disp)	Tier 4	
clozapine (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (540 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTISPASTICITY AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTISPASTICITY AGENTS		
baclofen (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
baclofen 15 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
baclofen 5 mg tab	Tier 2	QL (480 PER 30 DAYS)
dantrolene sodium (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 4	
tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)	Tier 2	

ANTIVIRALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTI-CYTOMEGALOVIRUS (CMV) AGENTS		
LIVTENCITY 200 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
PREVYMIS (120 MG PACKET, 20 MG PACKET)	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
PREVYMIS (240 MG TAB, 480 MG TAB)	Tier 5	QL (200 PER 365 OVER TIME)

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

ANTIVIRALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
valganciclovir hcl 450 mg tab	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln	Tier 4	QL (540 PER 30 DAYS)
ANTI-HEPATITIS B (HBV) AGENTS		
adefovir dipivoxil 10 mg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (630 PER 30 DAYS)
entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
lamivudine 100 mg tab	Tier 3	
ANTI-HEPATITIS C (HCV) AGENTS		
MAVYRET 100-40 MG TAB	Tier 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
MAVYRET 50-20 MG PACKET	Tier 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
RIBAVIRIN (200 MG CAP, 200 MG TAB)	Tier 2	
ribavirin 6 gm recon soln	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, INTEGRASE INHIBITORS (INSTI)		
BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
BIXLENVO 75-50 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	Tier 5	QL (180 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	Tier 3	QL (180 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
ISENTRESS HD 600 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
raltegravir potassium 400 mg tab	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)

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

ANTIVIRALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
raltegravir potassium 600 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
TIVICAY 50 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NNRTI)		
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
EDURANT PED 2.5 MG TAB SOL	Tier 5	QL (180 PER 30 DAYS)
efavirenz 600 mg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
efavirenz-lamivudine-tenofovir (400-300-300 mg tab, 600-300-300 mg tab)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
emtricitab-rilpivir-tenofov df 200-25-300 mg tab	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
etravirine 100 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
etravirine 200 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	Tier 4	QL (360 PER 30 DAYS)
nevirapine 200 mg tab	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	QL (1200 PER 30 DAYS)
nevirapine er 400 mg tab er 24h	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
PIFELTRO 100 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
rilpivirine hcl 25 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, NUCLEOSIDE AND NUCLEOTIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NRTI)		
abacavir sulfate 20 mg/ml solution	Tier 4	QL (900 PER 30 DAYS)
abacavir sulfate 300 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)

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

ANTIVIRALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
CIMDUO 300-300 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
emtricitabine 200 mg cap	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (720 PER 30 DAYS)
lamivudine (10 mg/ml solution, 300 mg/30ml solution)	Tier 3	QL (900 PER 30 DAYS)
lamivudine 150 mg tab	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
lamivudine 300 mg tab	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
VIREAD (200 MG TAB, 250 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
VIREAD 150 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
VIREAD 40 MG/GM POWDER	Tier 4	QL (240 PER 30 DAYS)
zidovudine 100 mg cap	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
zidovudine 300 mg tab	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
zidovudine 50 mg/5ml syrup	Tier 2	QL (1800 PER 30 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, OTHER		
BIXLENVO SUNLENCA STARTER PACK 75-50 & 4 X 300 MG TAB THPK	Tier 5	QL (68 PER 365 OVER TIME)
CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP	Tier 5	QL (4 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	Tier 5	QL (6 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

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

ANTIVIRALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
IDVYNSO 100-0.25 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
maraviroc 150 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
maraviroc 300 mg tab	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (1800 PER 30 DAYS)
SUNLENCA 300 MG TAB	Tier 5	LA, QL (24 PER 168 OVER TIME)
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	Tier 5	QL (4 PER 180 OVER TIME)
SUNLENCA 463.5 MG/1.5ML SOLUTION	Tier 5	QL (3 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	Tier 5	QL (5 PER 180 OVER TIME)
TYBOST 150 MG TAB	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, PROTEASE INHIBITORS (PI)		
APTIVUS 250 MG CAP	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
atazanavir sulfate 300 mg cap	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
darunavir 600 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
darunavir 800 mg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
fosamprenavir calcium 700 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
KALETRA 400-100 MG/5ML SOLUTION	Tier 4	QL (390 PER 30 DAYS)
lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab	Tier 4	QL (300 PER 30 DAYS)
lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
NORVIR 100 MG PACKET	Tier 4	QL (360 PER 30 DAYS)
PREZCOBIX (675-150 MG TAB, 800-150 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)

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

ANTIVIRALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
PREZCOBIX PED 600-90 MG TAB SOL	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (360 PER 30 DAYS)
PREZISTA 150 MG TAB	Tier 3	QL (240 PER 30 DAYS)
PREZISTA 75 MG TAB	Tier 3	QL (300 PER 30 DAYS)
REYATAZ 50 MG PACKET	Tier 5	QL (240 PER 30 DAYS)
ritonavir 100 mg tab	Tier 3	QL (360 PER 30 DAYS)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TAB	Tier 5	QL (270 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
ANTI-INFLUENZA AGENTS		
oseltamivir phosphate 30 mg cap	Tier 3	QL (120 PER 180 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 45 mg cap	Tier 3	QL (42 PER 180 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp	Tier 3	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 75 mg cap	Tier 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RIMANTADINE HCL 100 MG TAB	Tier 4	
XOFLUZA (40 MG DOSE) 1 X 40 MG TAB THPK	Tier 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
XOFLUZA (80 MG DOSE) 1 X 80 MG TAB THPK	Tier 4	QL (1 PER 30 OVER TIME)
ANTIHERPETIC AGENTS		
acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)	Tier 2	
acyclovir (200 mg/5ml suspension, 800 mg/20ml suspension)	Tier 4	
acyclovir sodium 50 mg/ml solution	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

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

ANTIVIRALS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	
valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)	Tier 2	
ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS		
LAGEVRIO 200 MG CAP	Tier 5	QL (40 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (150/100) 10 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	Tier 2	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100 & 150/100) 6 X 150 MG & 5 X 100MG TAB THPK	Tier 2	QL (11 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100) 20 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	Tier 2	QL (30 PER 30 OVER TIME)

ANXIOLYTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANXIOLYTICS, OTHER		
buspirone hcl (10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 2	
BENZODIAZEPINES		
alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
alprazolam 2 mg tab	Tier 2	QL (150 PER 30 DAYS)
clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp)	Tier 3	QL (1200 PER 30 DAYS)
clonazepam 0.5 mg tab	Tier 2	QL (1200 PER 30 DAYS)
clonazepam 1 mg tab	Tier 2	QL (600 PER 30 DAYS)
clonazepam 1 mg tab disp	Tier 3	QL (600 PER 30 DAYS)
clonazepam 2 mg tab	Tier 2	QL (300 PER 30 DAYS)
clonazepam 2 mg tab disp	Tier 3	QL (300 PER 30 DAYS)
clorazepate dipotassium 15 mg tab	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)

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

ANXIOLYTICS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
clorazepate dipotassium 3.75 mg tab	Tier 4	QL (720 PER 30 DAYS)
clorazepate dipotassium 7.5 mg tab	Tier 4	QL (360 PER 30 DAYS)
diazepam (5 mg tab, 5 mg/ml conc)	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
diazepam 10 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
diazepam 2 mg tab	Tier 2	QL (900 PER 30 DAYS)
diazepam 5 mg/5ml solution	Tier 2	QL (1800 PER 30 DAYS)
diazepam intensol 5 mg/ml conc	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
lorazepam 0.5 mg tab	Tier 2	QL (600 PER 30 DAYS)
lorazepam 1 mg tab	Tier 2	QL (300 PER 30 DAYS)
lorazepam 2 mg tab	Tier 2	QL (150 PER 30 DAYS)
lorazepam 2 mg/ml conc	Tier 3	QL (150 PER 30 DAYS)
lorazepam intensol 2 mg/ml conc	Tier 3	QL (150 PER 30 DAYS)

BIPOLAR AGENTS

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

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

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTIDIABETIC AGENTS		
acarbose (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
dapagliflozin base-metformin er (10-1000 mg tab er 24h, 10-500 mg tab er 24h, 5-500 mg tab er 24h)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
dapagliflozin base-metformin er 5-1000 mg tab er 24h	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	Tier 1	
glipizide (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
glipizide er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	Tier 1	
glipizide xl (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	Tier 1	
glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)	Tier 1	
glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)	Tier 1	
glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)	Tier 1	
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
JENTADUETO (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 2.5-850 MG TAB)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB, 40 MG TAB)	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
metformin hcl (1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab)	Tier 1	

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

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
metformin hcl er (500 mg tab er 24h, 750 mg tab er 24h)	Tier 1	
MOUNJARO (10 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 12.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 15 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 2.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 7.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
nateglinide (120 mg tab, 60 mg tab)	Tier 1	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 4 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (1.5 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)	Tier 1	
pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)	Tier 1	QL (30 PER 30 DAYS)
pioglitazone hcl-metformin hcl (15-500 mg tab, 15-850 mg tab)	Tier 1	
repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 1	
RYBELSUS (14 MG TAB, 3 MG TAB, 7 MG TAB)	Tier 3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
sitaglip phos-metformin hcl er (100-1000 mg tab er 24h, 50-500 mg tab er 24h)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
sitaglip phos-metformin hcl er 50-1000 mg tab er 24h	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
sitagliptin phos-metformin hcl (50-1000 mg tab, 50-500 mg tab)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
sitagliptin phosphate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
SYNJARDY (12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB, 5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)

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

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
SYNJARDY XR (10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRADJENTA 5 MG TAB	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRULICITY (0.75 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 3 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 4.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
XIGDUO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
GLYCEMIC AGENTS		
BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	Tier 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	Tier 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
diazoxide 50 mg/ml suspension	Tier 5	
glucagon emergency (1 mg recon soln, 1 mg/ml recon soln)	Tier 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
INSULINS		
HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART	Tier 3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	Tier 3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN (50-50) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	

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

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
HUMULIN 70/30 KWIKPEN (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMULIN N 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	
HUMULIN N KWIKPEN 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMULIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 500 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 500 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	QL (40 PER 30 DAYS)
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (45 PER 30 DAYS)
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
NOVOLIN R FLEXPEN RELION 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (18 PER 28 DAYS)
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (18 PER 28 DAYS)
TRESIBA 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)

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

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (27 PER 30 DAYS)

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTICOAGULANTS		
dabigatran etexilate mesylate (110 mg cap, 150 mg cap, 75 mg cap)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS (0.15 MG CAP SPRINK, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS (1.5 MG PACK) 3 X 0.5 MG TAB SOL	Tier 3	QL (360 PER 30 DAYS)
ELIQUIS (2 MG PACK) 4 X 0.5 MG TAB SOL	Tier 3	QL (480 PER 30 DAYS)
ELIQUIS 0.5 MG TAB SOL	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	Tier 3	QL (74 PER 180 OVER TIME)
enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsyr, 150 mg/ml soln prsyr, 300 mg/3ml solution)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium (120 mg/0.8ml soln prsyr, 80 mg/0.8ml soln prsyr)	Tier 4	QL (48 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsyr	Tier 4	QL (18 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsyr	Tier 4	QL (24 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsyr	Tier 4	QL (36 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution	Tier 5	QL (24 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution	Tier 4	QL (15 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution	Tier 5	QL (12 PER 30 DAYS)

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

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution	Tier 4	QL (18 PER 30 DAYS)
heparin sodium (porcine) (1000 unit/ml solution, 10000 unit/ml solution, 20000 unit/ml solution, 5000 unit/ml solution)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
jantoven (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 1	
rivaroxaban 1 mg/ml recon susp	Tier 3	QL (600 PER 30 DAYS)
rivaroxaban 2.5 mg tab	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
warfarin sodium (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 1	
XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	Tier 3	QL (51 PER 180 OVER TIME)
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS, OTHER		
anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)	Tier 3	
ARANESP (ALBUMIN FREE) (10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, 25 MCG/ML SOLUTION, 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR, 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MCG/ML SOLUTION, 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 60 MCG/ML SOLUTION)	Tier 4	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) (100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 100 MCG/ML SOLUTION, 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 200 MCG/ML SOLUTION)	Tier 5	PA

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

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ARANESP (ALBUMIN FREE) 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA
eltrombopag olamine (12.5 mg packet, 12.5 mg tab)	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
eltrombopag olamine (25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
eltrombopag olamine 25 mg packet	Tier 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
eltrombopag olamine 75 mg tab	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
FULPHILA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA
LEUKINE 250 MCG RECON SOLN	Tier 5	PA
NIVESTYM (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION)	Tier 5	PA
RETACRIT (10000 UNIT/ML SOLUTION, 2000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION)	Tier 4	PA
UDENYCA (6 MG/0.6ML SOLN A-INJ, 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
HEMOSTASIS AGENTS		
tranexamic acid 650 mg tab	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
PLATELET MODIFYING AGENTS		
aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap er 12h	Tier 4	
cilostazol (100 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
clopidogrel bisulfate 75 mg tab	Tier 1	QL (30 PER 30 DAYS)
dipyridamole (25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 3	

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

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
prasugrel hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ticagrelor (60 mg tab, 90 mg tab)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS		
clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)	Tier 3	
clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)	Tier 1	
droxidopa 100 mg cap	Tier 4	PA, QL (540 PER 30 DAYS)
droxidopa 200 mg cap	Tier 4	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
droxidopa 300 mg cap	Tier 4	PA, QL (84 PER 90 OVER TIME)
guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 2	
METHYLDOPA (250 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 2	
midodrine hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 3	
ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	Tier 2	
prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	Tier 2	
terazosin hcl (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	Tier 1	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
candesartan cilexetil (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	Tier 1	
irbesartan (150 mg tab, 300 mg tab, 75 mg tab)	Tier 1	

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
losartan potassium (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
olmesartan medoxomil (20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 1	
valsartan (160 mg tab, 320 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 1	
ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME (ACE) INHIBITORS		
benazepril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
captopril (100 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
enalapril maleate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	Tier 1	
lisinopril (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
moexipril hcl (15 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 1	
PERINDOPRIL ERBUMINE (2 MG TAB, 4 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 1	
quinapril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
ramipril (1.25 mg cap, 10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)	Tier 1	
trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	Tier 1	
ANTIARRHYTHMICS		
amiodarone hcl (100 mg tab, 400 mg tab)	Tier 4	
amiodarone hcl 200 mg tab	Tier 2	
digox 125 mcg tab	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)	Tier 4	
flecainide acetate (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)	Tier 2	
MULTAQ 400 MG TAB	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
pacerone (100 mg tab, 400 mg tab)	Tier 4	
pacerone 200 mg tab	Tier 2	
propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)	Tier 2	
QUINIDINE SULFATE (200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 2	
sotalol hcl (120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab)	Tier 2	
sotalol hcl (af) (120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab)	Tier 2	
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)	Tier 2	
atenolol (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
bisoprolol fumarate (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
carvedilol (12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab)	Tier 1	
labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)	Tier 2	
metoprolol succinate er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)	Tier 1	
metoprolol tartrate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 2	
nebivolol hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 3	
pindolol (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)	Tier 2	
PROPRANOLOL HCL (20 MG/5ML SOLUTION, 40 MG/5ML SOLUTION)	Tier 3	
propranolol hcl er (120 mg cap er 24h, 160 mg cap er 24h, 60 mg cap er 24h, 80 mg cap er 24h)	Tier 2	
timolol maleate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, DIHYDROPYRIDINES		
amlodipine besylate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
felodipine er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	Tier 2	
isradipine (2.5 mg cap, 5 mg cap)	Tier 3	
nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)	Tier 2	
nifedipine er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)	Tier 2	
nifedipine er osmotic release (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)	Tier 2	
nimodipine 30 mg cap	Tier 4	
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, NONDIHYDROPYRIDINES		
cartia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h)	Tier 2	
dilt-xr (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h)	Tier 2	

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
diltiazem hcl (120 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)	Tier 2	
diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	
diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	
diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	
diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	
diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	
diltiazem hcl er (120 mg cap er 12h, 120 mg cap er 24h, 120 mg tab er 24h, 180 mg cap er 24h, 180 mg tab er 24h, 240 mg cap er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h, 60 mg cap er 12h, 90 mg cap er 12h)	Tier 2	
diltiazem hcl er beads 420 mg cap er 24h	Tier 2	
matzim la (180 mg tab er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h)	Tier 2	
tiadylt er (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h, 420 mg cap er 24h)	Tier 2	
verapamil hcl (120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 1	
VERAPAMIL HCL ER (100 MG CAP ER 24H, 200 MG CAP ER 24H, 300 MG CAP ER 24H, 360 MG CAP ER 24H)	Tier 4	
verapamil hcl er (120 mg cap er 24h, 120 mg tab er, 180 mg cap er 24h, 180 mg tab er, 240 mg cap er 24h, 240 mg tab er)	Tier 2	

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
CARDIOVASCULAR AGENTS, OTHER		
acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)	Tier 2	
aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)	Tier 4	
amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab	Tier 2	
amlodipine besy-benazepril hcl (10-20 mg cap, 10-40 mg cap, 2.5-10 mg cap, 5-10 mg cap, 5-20 mg cap, 5-40 mg cap)	Tier 1	
amlodipine besylate-valsartan (10-160 mg tab, 10-320 mg tab, 5-160 mg tab, 5-320 mg tab)	Tier 1	
amlodipine-atorvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab, 2.5-10 mg tab, 2.5-20 mg tab, 2.5-40 mg tab, 5-10 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 5-80 mg tab)	Tier 3	
amlodipine-olmesartan (10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab)	Tier 1	
amlodipine-valsartan-hctz (10-160-12.5 mg tab, 10-160-25 mg tab, 10-320-25 mg tab, 5-160-12.5 mg tab, 5-160-25 mg tab)	Tier 1	
atenolol-chlorthalidone (100-25 mg tab, 50-25 mg tab)	Tier 1	
benazepril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab, 5-6.25 mg tab)	Tier 1	
bisoprolol-hydrochlorothiazide (10-6.25 mg tab, 2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab)	Tier 2	
candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)	Tier 1	
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE (25-15 MG TAB, 25-25 MG TAB, 50-15 MG TAB, 50-25 MG TAB)	Tier 1	

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	Tier 4	PA, QL (600 PER 30 DAYS)
enalapril-hydrochlorothiazide (10-25 mg tab, 5-12.5 mg tab)	Tier 1	
fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)	Tier 1	
irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)	Tier 1	
ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	Tier 1	
losartan potassium-hctz (100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab)	Tier 1	
metoprolol-hydrochlorothiazide (100-25 mg tab, 100-50 mg tab, 50-25 mg tab)	Tier 2	
metyrosine 250 mg cap	Tier 5	
olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)	Tier 1	
olmesartan-amlodipine-hctz (20-5-12.5 mg tab, 40-10-12.5 mg tab, 40-10-25 mg tab, 40-5-12.5 mg tab, 40-5-25 mg tab)	Tier 1	
pentoxifylline er 400 mg tab er	Tier 2	
quinapril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	Tier 1	
ranolazine er (1000 mg tab er 12h, 500 mg tab er 12h)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
sacubitril-valsartan (49-51 mg tab, 97-103 mg tab)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
sacubitril-valsartan 24-26 mg tab	Tier 3	QL (180 PER 30 DAYS)
spironolactone-hctz 25-25 mg tab	Tier 2	

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
telmisartan-amlodipine (40-10 mg tab, 40-5 mg tab, 80-10 mg tab, 80-5 mg tab)	Tier 1	
telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)	Tier 1	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER (1-240 MG TAB ER, 2-180 MG TAB ER, 2-240 MG TAB ER, 4-240 MG TAB ER)	Tier 1	
triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)	Tier 1	
valsartan-hydrochlorothiazide (160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab, 80-12.5 mg tab)	Tier 1	
VERQUVO (10 MG TAB, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
WEGOVY (0.25 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 0.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS), NDS
WEGOVY (1.5 MG TAB, 25 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
WEGOVY (1.7 MG/0.75ML SOLN A-INJ, 2.4 MG/0.75ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS), NDS
DIURETICS, LOOP		
bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 2	
bumetanide 0.25 mg/ml solution	Tier 4	
FUROSEMIDE (10 MG/ML SOLUTION, 20 MG TAB, 40 MG TAB, 8 MG/ML SOLUTION, 80 MG TAB)	Tier 1	
furosemide 10 mg/ml solution	Tier 4	
torsemide (10 mg tab, 100 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
DIURETICS, POTASSIUM-SPARING		
amiloride hcl 5 mg tab	Tier 2	

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 3	
spironolactone (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
DIURETICS, THIAZIDE		
chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)	Tier 1	
metolazone (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
DYSLIPIDEMICS, FIBRIC ACID DERIVATIVES		
fenofibrate (134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab, 200 mg cap, 48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap)	Tier 2	
fenofibrate micronized (130 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap, 43 mg cap, 67 mg cap)	Tier 2	
fenofibric acid (135 mg cap dr, 45 mg cap dr)	Tier 3	
gemfibrozil 600 mg tab	Tier 2	
DYSLIPIDEMICS, HMG COA REDUCTASE INHIBITORS		
atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 1	
fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)	Tier 1	
fluvastatin sodium er 80 mg tab er 24h	Tier 2	
lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	Tier 1	
pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 1	
rosuvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
simvastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab)	Tier 1	
DYSLIPIDEMICS, OTHER		
cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	Tier 3	
cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	Tier 2	
colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)	Tier 4	
colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)	Tier 3	
colestipol hcl 1 gm tab	Tier 2	
ezetimibe 10 mg tab	Tier 2	
ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)	Tier 2	
icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 500 MG TAB	Tier 4	
niacin er (antihyperlipidemic) (1000 mg tab er, 750 mg tab er)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab er	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
NIACOR 500 MG TAB	Tier 4	
omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	Tier 3	
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	Tier 3	PA
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 3	PA

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)		
dapagliflozin (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
FARXIGA (10 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 3	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL		
hydralazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
minoxidil (10 mg tab, 2.5 mg tab)	Tier 2	
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS		
isosorbide dinitrate (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
isosorbide mononitrate er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h)	Tier 1	
isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24h	Tier 2	
nitro-bid 2 % ointment	Tier 3	
nitroglycerin (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.3 mg sl tab, 0.4 mg sl tab, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg sl tab, 0.6 mg/hr patch 24hr)	Tier 2	
nitroglycerin 0.4 % ointment	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
nitroglycerin 2 % ointment	Tier 3	

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, AMPHETAMINES		
amphetamine-dextroamphet er (10 mg cap er 24h, 15 mg cap er 24h, 20 mg cap er 24h, 25 mg cap er 24h, 30 mg cap er 24h, 5 mg cap er 24h)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)

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

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
amphetamine-dextroamphetamine (10 mg tab, 15 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab	Tier 2	QL (150 PER 30 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 15 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 20 mg tab	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 30 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, NON-AMPHETAMINES		
atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
atomoxetine hcl (100 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
atomoxetine hcl 40 mg cap	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
dexmethylphenidate hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
guanfacine hcl er (1 mg tab er 24h, 2 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab)	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 10 mg chew tab	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 10 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 20 mg tab	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 5 mg tab	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl er 10 mg tab er	Tier 3	QL (180 PER 30 DAYS)

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

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
methylphenidate hcl er 20 mg tab er	Tier 3	QL (90 PER 30 DAYS)
CENTRAL NERVOUS SYSTEM, OTHER		
AUSTEDO (12 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
AUSTEDO 6 MG TAB	Tier 5	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR (12 MG TAB ER 24H, 18 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H, 36 MG TAB ER 24H, 42 MG TAB ER 24H, 48 MG TAB ER 24H, 6 MG TAB ER 24H)	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR 24 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 12 & 18 & 24 & 30 MG TBER THPK	Tier 5	PA, QL (28 PER 30 DAYS)
bac (butalbital-acetamin-caff) 50-325-40 mg tab	Tier 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg tab	Tier 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
riluzole 50 mg tab	Tier 3	
tetrabenazine 12.5 mg tab	Tier 4	PA, LA, QL (240 PER 30 DAYS)
tetrabenazine 25 mg tab	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
VEOZAH 45 MG TAB	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
FIBROMYALGIA AGENTS		
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAP DR	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP DR	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 40 MG CAP DR	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 60 MG CAP DR	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
duloxetine hcl 20 mg cp dr part	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
duloxetine hcl 30 mg cp dr part	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
duloxetine hcl 40 mg cp dr part	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
duloxetine hcl 60 mg cp dr part	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
pregabalin (100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	Tier 3	QL (90 PER 30 DAYS)
pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
pregabalin 20 mg/ml solution	Tier 3	QL (900 PER 30 DAYS)
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS		
BETASERON 0.3 MG KIT	Tier 5	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
dalfampridine er 10 mg tab er 12h	Tier 3	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
dimethyl fumarate (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
fingolimod hcl 0.5 mg cap	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr	Tier 4	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
glatopa 20 mg/ml soln prsyr	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatopa 40 mg/ml soln prsyr	Tier 4	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
teriflunomide (14 mg tab, 7 mg tab)	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

DENTAL AND ORAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
DENTAL AND ORAL AGENTS		
cevimeline hcl 30 mg cap	Tier 4	
chlorhexidine gluconate 0.12 % solution	Tier 2	

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

DENTAL AND ORAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
kourzeq 0.1 % paste	Tier 3	
oralone 0.1 % paste	Tier 3	
periogard 0.12 % solution	Tier 2	
pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 3	
triamcinolone acetonide 0.1 % paste	Tier 3	

DERMATOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ACNE AND ROSACEA AGENTS		
accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)	Tier 4	
amnesteem (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel	Tier 4	
claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
clindamycin phos-benzoyl perox 1.2-5 % gel	Tier 3	
isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion	Tier 3	
tazarotene (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.1 % cream, 0.1 % gel)	Tier 4	
tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.1 % cream)	Tier 4	PA
tretinoin 0.025 % cream	Tier 3	PA
zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	

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

DERMATOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
DERMATITIS AND PRURITUS AGENTS		
ala-cort 1 % cream	Tier 2	
alclometasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)	Tier 3	
ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)	Tier 2	
betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)	Tier 2	
betamethasone dipropionate aug (0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)	Tier 3	
betamethasone dipropionate aug 0.05 % cream	Tier 2	
betamethasone valerate (0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment)	Tier 2	
clobetasol prop emollient base 0.05 % cream	Tier 4	
clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % foam, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)	Tier 4	
clobetasol propionate 0.05 % liquid	Tier 4	QL (250 PER 30 DAYS)
desonide (0.05 % cream, 0.05 % ointment)	Tier 4	
desoximetasone 0.25 % cream	Tier 4	
EUCRISA 2 % OINTMENT	Tier 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)	Tier 3	
fluocinolone acetonide 0.01 % solution	Tier 4	
fluocinolone acetonide body 0.01 % oil	Tier 4	
fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil	Tier 4	

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

DERMATOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution, 0.1 % cream)	Tier 3	
fluocinonide emulsified base 0.05 % cream	Tier 3	
fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)	Tier 2	
halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)	Tier 4	QL (200 PER 28 DAYS)
hydrocortisone (1 % cream, 1 % ointment, 2.5 % cream, 2.5 % lotion, 2.5 % ointment)	Tier 2	
hydrocortisone (perianal) (1 % cream, 2.5 % cream)	Tier 2	
hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment	Tier 4	
mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution)	Tier 2	
procto-med hc 2.5 % cream	Tier 2	
proctosol hc 2.5 % cream	Tier 2	
proctozone-hc 2.5 % cream	Tier 2	
selenium sulfide 2.5 % lotion	Tier 2	
tacrolimus (0.03 % ointment, 0.1 % ointment)	Tier 4	QL (100 PER 30 DAYS)
triamcinolone acetonide (0.025 % cream, 0.025 % lotion, 0.025 % ointment, 0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment, 0.5 % cream, 0.5 % ointment)	Tier 2	
triderm 0.5 % cream	Tier 2	
DERMATOLOGICAL AGENTS, OTHER		
alcohol wipes 70 % misc	Tier 2	
calcipotriene (0.005 % cream, 0.005 % ointment)	Tier 4	
calcipotriene 0.005 % solution	Tier 3	
calcitrene 0.005 % ointment	Tier 3	

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

DERMATOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream	Tier 2	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion	Tier 4	
cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc	Tier 2	
fluorouracil (2 % solution, 5 % solution)	Tier 2	
fluorouracil 5 % cream	Tier 3	
imiquimod 5 % cream	Tier 2	QL (24 PER 30 DAYS)
isopropyl alcohol 70 % misc	Tier 2	
isopropyl alcohol wipes 70 % misc	Tier 2	
medpura alcohol pads 70 % misc	Tier 2	
METHOXSALEN RAPID 10 MG CAP	Tier 5	
nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)	Tier 4	
OTEZLA (20 MG TAB, 30 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
OTEZLA XR 75 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
podofilox 0.5 % solution	Tier 2	
qc alcohol 70 % misc	Tier 2	
ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc	Tier 2	
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
silver sulfadiazine 1 % cream	Tier 2	
ssd 1 % cream	Tier 2	
TOLAK 4 % CREAM	Tier 3	
VALCHLOR 0.016 % GEL	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEDICULICIDES/SCABICIDES		
malathion 0.5 % lotion	Tier 4	
permethrin 5 % cream	Tier 2	

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

DERMATOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
TOPICAL ANTI-INFECTIVES		
acyclovir 5 % ointment	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ciclodan 8 % solution	Tier 2	
ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo)	Tier 4	
ciclopirox 8 % solution	Tier 2	
ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)	Tier 2	
clindamycin phos (once-daily) 1 % gel	Tier 2	
clindamycin phos (twice-daily) 1 % gel	Tier 2	
clindamycin phosphate (1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab)	Tier 2	
ERY 2 % PAD	Tier 3	
erythromycin 2 % gel	Tier 4	
erythromycin 2 % solution	Tier 2	
mupirocin 2 % ointment	Tier 2	

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ELECTROLYTE/MINERAL REPLACEMENT		
dextrose 10 % solution	Tier 4	
dextrose 5 % solution	Tier 3	
dextrose in lactated ringers 5 % solution	Tier 4	
DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION	Tier 3	
dextrose-sodium chloride (10-0.2 % solution, 10-0.45 % solution, 2.5-0.45 % solution, 5-0.2 % solution, 5-0.225 % solution, 5-0.3 % solution, 5-0.33 % solution)	Tier 4	

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

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
dextrose-sodium chloride (5-0.45 % solution, 5-0.9 % solution)	Tier 3	
kcl in dextrose-nacl (20-5-0.2 meq/l-%-% solution, 20-5-0.225 meq/l-%-% solution, 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, 40-5-0.9 meq/l-%-% solution)	Tier 4	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	Tier 4	
klor-con 10 10 meq tab er	Tier 2	
klor-con 8 meq tab er	Tier 2	
klor-con m10 10 meq tab er	Tier 2	
klor-con m15 15 meq tab er	Tier 2	
klor-con m20 20 meq tab er	Tier 2	
lactated ringers solution	Tier 4	
magnesium sulfate 50 % solution	Tier 4	
PNV 27-CA/FE/FA 60-1 MG TAB	Tier 3	
potassium chloride (10 % solution, 10 meq/100ml solution, 2 meq/ml solution, 20 meq/100ml solution, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/15ml (20%) solution)	Tier 4	
potassium chloride crys er (10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er)	Tier 2	
potassium chloride er (10 meq cap er, 10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er, 8 meq cap er, 8 meq tab er)	Tier 2	
potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution	Tier 4	
potassium chloride in nacl (20-0.9 meq/l-% solution, 40-0.9 meq/l-% solution)	Tier 4	
potassium citrate er (10 meq (1080 mg) tab er, 15 meq (1620 mg) tab er, 5 meq (540 mg) tab er)	Tier 3	

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

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 20 MEQ/L SOLUTION	Tier 4	
PREMASOL 10 % SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
prenatal vitamins	Tier 3	
ringers solution	Tier 4	
sodium chloride (0.45 % solution, 0.9 % solution, 2.5 meq/ml solution, 3 % solution, 5 % solution)	Tier 4	
sodium chloride (pf) 0.9 % solution	Tier 4	
SODIUM FLUORIDE (0.55 (0.25 F) MG CHEW TAB, 1.1 (0.5 F) MG CHEW TAB, 1.1 (0.5 F) MG/ML SOLUTION, 2.2 (1 F) MG CHEW TAB)	Tier 2	
TPN ELECTROLYTES CONC	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ELECTROLYTE/MINERAL/METAL MODIFIERS		
deferasirox (250 mg tab sol, 500 mg tab sol)	Tier 5	
deferasirox 125 mg tab sol	Tier 3	
tolvaptan (15 mg tab thpk, 30 & 15 mg tab thpk, 45 & 15 mg tab thpk, 60 & 30 mg tab thpk, 90 & 30 mg tab thpk)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
tolvaptan 15 mg tab	Tier 5	PA, LA, QL (240 PER 30 DAYS)
tolvaptan 30 mg tab	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
trientine hcl 250 mg cap	Tier 5	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
TRIENTINE HCL 500 MG CAP	Tier 5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
PHOSPHATE BINDERS		
calcium acetate (phos binder) 667 mg cap	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION

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

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
sevelamer carbonate 800 mg tab	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
POTASSIUM BINDERS		
kionex 15 gm/60ml suspension	Tier 2	
LOKELMA (10 GM PACKET, 5 GM PACKET)	Tier 3	
sodium polystyrene sulfonate (15 gm/60ml suspension, powder)	Tier 2	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (15 GM/60ML SUSPENSION, 30 GM/120ML SUSPENSION)	Tier 2	

GASTROINTESTINAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTI-CONSTIPATION AGENTS		
constulose 10 gm/15ml solution	Tier 2	
enulose 10 gm/15ml solution	Tier 2	
gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln	Tier 2	
generlac 10 gm/15ml solution	Tier 2	
lactulose (10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution)	Tier 2	
lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution	Tier 2	
LINZESS (145 MCG CAP, 290 MCG CAP, 72 MCG CAP)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
lubiprostone (24 mcg cap, 8 mcg cap)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution	Tier 3	
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln	Tier 2	

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

GASTROINTESTINAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTI-DIARRHEAL AGENTS		
alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 4	PA
diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab	Tier 2	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG/5ML LIQUID	Tier 4	
loperamide hcl 2 mg cap	Tier 2	
XERMELO 250 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (90 PER 30 DAYS)
ANTISPASMODICS, GASTROINTESTINAL		
dicyclomine hcl (10 mg cap, 20 mg tab)	Tier 2	PA
dicyclomine hcl 10 mg/5ml solution	Tier 4	PA
glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 2	
methscopolamine bromide (2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	
GASTROINTESTINAL AGENTS, OTHER		
bis subcit-metronid-tetracyc 140-125-125 mg cap	Tier 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
bismuth/metronidaz/tetracyclin 140-125-125 mg cap	Tier 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
cromolyn sodium 100 mg/5ml conc	Tier 4	
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	Tier 2	
gavilyte-g 236 gm recon soln	Tier 2	
OMNITROPE 10 MG/1.5ML SOLN CART	Tier 5	PA
peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln	Tier 2	
ursodiol (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 3	
ursodiol 300 mg cap	Tier 4	

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

GASTROINTESTINAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
VOQUEZNA DUAL PAK 500-20 MG THER PACK	Tier 4	PA, QL (112 PER 14 DAYS)
VOQUEZNA TRIPLE PAK 500-500-20 MG THER PACK	Tier 4	PA, QL (112 PER 14 DAYS)
HISTAMINE2 (H2) RECEPTOR ANTAGONISTS		
cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)	Tier 2	
famotidine (20 mg tab, 40 mg tab)	Tier 1	
NIZATIDINE (150 MG CAP, 300 MG CAP)	Tier 2	
PROTECTANTS		
misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)	Tier 2	
sucralfate 1 gm tab	Tier 2	
PROTON PUMP INHIBITORS		
esomeprazole magnesium 20 mg cap dr	Tier 4	
esomeprazole magnesium 40 mg cap dr	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
lansoprazole 15 mg cap dr	Tier 2	
lansoprazole 30 mg cap dr	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
omeprazole 10 mg cap dr	Tier 2	
omeprazole 20 mg cap dr	Tier 1	
omeprazole 40 mg cap dr	Tier 1	QL (60 PER 30 DAYS)
pantoprazole sodium 20 mg tab dr	Tier 1	
pantoprazole sodium 40 mg recon soln	Tier 4	
pantoprazole sodium 40 mg tab dr	Tier 1	QL (60 PER 30 DAYS)
rabeprazole sodium 20 mg tab dr	Tier 3	

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

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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT		
ALDURAZYME 2.9 MG/5ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
ARALAST NP (1000 MG RECON SOLN, 500 MG RECON SOLN)	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
betaine powder	Tier 5	
carglumic acid 200 mg tab sol	Tier 5	PA, LA
CREON (12000-38000 UNIT CP DR PART, 24000-76000 UNIT CP DR PART, 3000-9500 UNIT CP DR PART, 36000-114000 UNIT CP DR PART, 6000-19000 UNIT CP DR PART)	Tier 3	
DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP)	Tier 3	
ELAPRASE 6 MG/3ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
l-glutamine 5 gm packet	Tier 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
levocarnitine 330 mg tab	Tier 2	
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
nitisinone (10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	Tier 5	PA
REVCOVI 2.4 MG/1.5ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA
sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)	Tier 5	PA
sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)	Tier 5	PA
ZENPEP (10000-32000 UNIT CP DR PART, 15000-47000 UNIT CP DR PART, 20000-63000 UNIT CP DR PART, 25000-79000 UNIT CP DR PART, 3000-10000 UNIT CP DR PART, 40000-126000 UNIT CP DR PART, 5000-24000 UNIT CP DR PART, 60000-189600 UNIT CP DR PART)	Tier 3	

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

GENITOURINARY AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTISPASMODICS, URINARY		
GEMTESA 75 MG TAB	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)	Tier 3	
MYRBETRIQ 8 MG/ML SRER	Tier 3	QL (300 PER 30 DAYS)
oxybutynin chloride 5 mg tab	Tier 2	
oxybutynin chloride er (10 mg tab er 24h, 15 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	Tier 2	
solifenacin succinate (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 4	ST
tolterodine tartrate er (2 mg cap er 24h, 4 mg cap er 24h)	Tier 4	ST
trospium chloride 20 mg tab	Tier 2	
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS		
alfuzosin hcl er 10 mg tab er 24h	Tier 2	
dutasteride 0.5 mg cap	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
finasteride 5 mg tab	Tier 1	
silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
tadalafil 2.5 mg tab	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
tadalafil 5 mg tab	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
tamsulosin hcl 0.4 mg cap	Tier 1	
GENITOURINARY AGENTS, OTHER		
bethanechol chloride (10 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
FILSPARI 200 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)
FILSPARI 400 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)

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

GENITOURINARY AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
penicillamine 250 mg tab	Tier 5	PA

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

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

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

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
prednisone (1 mg tab, 10 mg (21) tab thpk, 10 mg (48) tab thpk, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg (21) tab thpk, 5 mg (48) tab thpk, 5 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
PREDNISONE 5 MG/5ML SOLUTION	Tier 3	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	Tier 4	
TARPEYO 4 MG CAP DR	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

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

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

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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANDROGENS		
danazol (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)	Tier 4	
depo-testosterone (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)	Tier 3	
testosterone (12.5 mg/act (1%) gel, 25 mg/2.5gm (1%) gel, 50 mg/5gm (1%) gel)	Tier 3	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
testosterone (20.25 mg/act (1.62%) gel, 40.5 mg/2.5gm (1.62%) gel)	Tier 4	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel	Tier 4	PA, QL (37.5 PER 30 DAYS)
testosterone cypionate (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)	Tier 3	
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)
ESTROGENS		
afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
altavera 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
apri 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
ARANELLE 0.5/1/0.5-35 MG-MCG TAB	Tier 3	
ashlyna 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
aubra 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	

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

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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
aviane 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
ayuna 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
balziva 0.4-35 mg-mcg tab	Tier 3	
blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
briellyn 0.4-35 mg-mcg tab	Tier 3	
camrese 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
camrese lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab	Tier 3	
chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
cryselle 0.3-30 mg-mcg tab	Tier 3	
cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab	Tier 3	
cyred 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
daysee 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
delyla 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)	Tier 3	
dotti (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)	Tier 3	
elinest 0.3-30 mg-mcg tab	Tier 3	
eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring	Tier 3	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
ocella 3-0.03 mg tab	Tier 3	
philith 0.4-35 mg-mcg tab	Tier 3	
pimtrea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
portia-28 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	Tier 3	
reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
setlakin 0.15-0.03 mg tab	Tier 3	
simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
simpesse 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
sronyx 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
syeda 3-0.03 mg tab	Tier 3	
tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	Tier 3	
turqoz 0.3-30 mg-mcg tab	Tier 3	

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

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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
valtya 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
VALTYA 1/50 1-50 MG-MCG TAB	Tier 3	
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	Tier 3	
vestura 3-0.02 mg tab	Tier 3	
vienva 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab	Tier 3	
vylibra 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
wera 0.5-35 mg-mcg tab	Tier 3	
wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	Tier 3	
xelria fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	Tier 3	
xulane 150-35 mcg/24hr patch wk	Tier 3	
yuvafem 10 mcg tab	Tier 3	
zafemy 150-35 mcg/24hr patch wk	Tier 3	
zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
zumandimine 3-0.03 mg tab	Tier 3	
PROGESTINS		
camila 0.35 mg tab	Tier 3	
deblitane 0.35 mg tab	Tier 3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	Tier 3	
emzahh 0.35 mg tab	Tier 3	
errin 0.35 mg tab	Tier 3	
gallifrey 5 mg tab	Tier 2	
heather 0.35 mg tab	Tier 3	
incassia 0.35 mg tab	Tier 3	

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

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

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
jencycla 0.35 mg tab	Tier 3	
LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD	Tier 3	
lyleq 0.35 mg tab	Tier 3	
lyza 0.35 mg tab	Tier 3	
medroxyprogesterone acetate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsyr, 150 mg/ml suspension)	Tier 3	
megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
meleya 0.35 mg tab	Tier 3	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	Tier 3	
nora-be 0.35 mg tab	Tier 3	
norethindrone 0.35 mg tab	Tier 3	
norethindrone acetate 5 mg tab	Tier 2	
norlyroc 0.35 mg tab	Tier 3	
orquidea 0.35 mg tab	Tier 3	
progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)	Tier 2	
sharobel 0.35 mg tab	Tier 3	
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODIFYING AGENTS		
OSPHENA 60 MG TAB	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
raloxifene hcl 60 mg tab	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)

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

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
euthyrox (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)	Tier 1	
levo-t (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)	Tier 3	
levothyroxine sodium (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)	Tier 1	
levoxyl (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)	Tier 3	
liothyronine sodium (25 mcg tab, 5 mcg tab, 50 mcg tab)	Tier 2	
REZDIFFRA (100 MG TAB, 60 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SYNTHROID (100 MCG TAB, 112 MCG TAB, 125 MCG TAB, 137 MCG TAB, 150 MCG TAB, 175 MCG TAB, 200 MCG TAB, 25 MCG TAB, 300 MCG TAB, 50 MCG TAB, 75 MCG TAB, 88 MCG TAB)	Tier 3	
unithroid (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)	Tier 3	

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

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)		
cabergoline 0.5 mg tab	Tier 3	
leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit	Tier 4	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) (3.75 MG KIT, 7.5 MG KIT)	Tier 5	
LUPRON DEPOT (3-MONTH) (11.25 MG KIT, 22.5 MG KIT)	Tier 5	
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	Tier 5	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	Tier 5	
mifepristone 300 mg tab	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
octreotide acetate (100 mcg/ml soln prsyr, 100 mcg/ml solution, 1000 mcg/ml solution, 200 mcg/ml solution, 50 mcg/ml soln prsyr, 50 mcg/ml solution, 500 mcg/ml solution)	Tier 4	PA
OCTREOTIDE ACETATE 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA
ORGOVYX 120 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SIGNIFOR (0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
SOMAVERT (10 MG RECON SOLN, 15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN, 25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN)	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	Tier 5	

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

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)

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

IMMUNOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANGIOEDEMA AGENTS		
HAEGARDA (2000 UNIT RECON SOLN, 3000 UNIT RECON SOLN)	Tier 5	PA, LA
icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsyr	Tier 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
sajazir 30 mg/3ml soln prsyr	Tier 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
IMMUNOGLOBULINS		
GAMUNEX-C (1 GM/10ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	Tier 5	PA
HIZENTRA (1 GM/5ML SOLN PRSYR, 1 GM/5ML SOLUTION, 10 GM/50ML SOLN PRSYR, 10 GM/50ML SOLUTION, 2 GM/10ML SOLN PRSYR, 2 GM/10ML SOLUTION, 4 GM/20ML SOLN PRSYR, 4 GM/20ML SOLUTION)	Tier 5	PA, LA
IMMUNOLOGICAL AGENTS, OTHER		
ARCALYST 220 MG RECON SOLN	Tier 5	PA, LA
AURANOFIN 3 MG CAP	Tier 3	
BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 28 DAYS)
COSENTYX (150 MG/ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA

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

IMMUNOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
COSENTYX (300 MG DOSE) 150 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA
COSENTYX UNOREADY 300 MG/2ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA
DUPIXENT (200 MG/1.14ML SOLN A-INJ, 200 MG/1.14ML SOLN PRSYR, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
ENTYVIO PEN 108 MG/0.68ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (1.36 ML PER 28 DAYS)
KINERET 100 MG/0.67ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (18.76 ML PER 28 DAYS)
OTEZLA (10 & 20 & 30 MG TAB THPK, 4 X 10 & 51 X20 MG TAB THPK)	Tier 5	PA, QL (55 PER 28 OVER TIME)
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK 10&20&30&(ER)75 MG TAB THPK	Tier 5	PA, QL (41 PER 28 DAYS)
RIDAURA 3 MG CAP	Tier 3	
RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
RINVOQ 45 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA, QL (168 PER 365 OVER TIME)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
SKYRIZI 150 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 180 MG/1.2ML SOLN CART	Tier 5	PA, QL (1.2 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 360 MG/2.4ML SOLN CART	Tier 5	PA, QL (2.4 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 55 MG/0.37ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2.22 ML PER 365 OVER TIME)

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

IMMUNOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
SKYRIZI 600 MG/10ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (30 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
TREMFYA 100 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (1 SYRINGE PER 56 DAYS)
TREMFYA 200 MG/20ML SOLUTION	Tier 5	PA
TREMFYA 200 MG/2ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2 ML PER 28 DAYS)
TREMFYA ONE-PRESS 100 MG/ML SOLN PEN	Tier 5	PA, QL (1 PEN PER 56 DAYS)
TREMFYA PEN 100 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (1 PEN PER 56 DAYS)
TREMFYA PEN 200 MG/2ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (2 ML PER 28 DAYS)
TREMFYA-CD/UC INDUCTION 200 MG/2ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (24 ML PER 365 OVER TIME)
TYENNE (162 MG/0.9ML SOLN A-INJ, 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, QL (3.6 PER 28 DAYS)
VELSIPITY 2 MG TAB	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
XOLAIR (150 MG/ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
XOLAIR (150 MG/ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (8 PER 28 DAYS)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ	Tier 4	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
YESINTEK 130 MG/26ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (104 ML PER 365 OVER TIME)
YESINTEK 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
YESINTEK 45 MG/0.5ML SOLUTION	Tier 4	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
YESINTEK 90 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (1 ML PER 28 DAYS)

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

IMMUNOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
IMMUNOSTIMULANTS		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	LA, QL (2 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (4 PER 30 DAYS)
IMMUNOSUPPRESSANTS		
azathioprine 50 mg tab	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine (100 mg cap, 25 mg cap)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine modified (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (4.08 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
ENBREL 50 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL MINI 50 MG/ML SOLN CART	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENVARSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENVARSUS XR 4 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
everolimus 1 mg tab	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION

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

IMMUNOLOGICAL AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
gengraf (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
HADLIMA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.4ML SOLN A-INJ	Tier 4	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ	Tier 4	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
METHOTREXATE SODIUM (250 MG/10ML SOLUTION, 50 MG/2ML SOLUTION)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium (pf) (1 gm/40ml solution, 1000 mg/40ml solution, 250 mg/10ml solution)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium 2.5 mg tab	Tier 2	
mycophenolate mofetil (200 mg/ml recon susp, 500 mg recon soln)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate mofetil (250 mg cap, 500 mg tab)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate mofetil hcl 500 mg recon soln	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SIMLANDI (1 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	Tier 4	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 PEN) 80 MG/0.8ML AUT-IJ KIT	Tier 4	PA, QL (3 PER 28 DAYS)

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

IMMUNOLOGICAL AGENTS

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

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

IMMUNOLOGICAL AGENTS

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

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

IMMUNOLOGICAL AGENTS

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

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

IMMUNOLOGICAL AGENTS

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

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
AMINOSALICYLATES		
balsalazide disodium 750 mg cap	Tier 3	
mesalamine (1000 mg suppos, 4 gm enema)	Tier 4	
mesalamine 1.2 gm tab dr	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
mesalamine er 0.375 gm cap er 24h	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)	Tier 2	
GLUCOCORTICOIDS		
budesonide 3 mg cp dr part	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
budesonide er 9 mg tab er 24h	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
CORTIFOAM 10 % FOAM	Tier 4	
hydrocortisone (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
hydrocortisone 100 mg/60ml enema	Tier 3	

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

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

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

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

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

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

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

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

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

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
BD Pen Needle 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	
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	Tier 2	
CLEVER CHOICE COMFORT EZ PLUS 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (27G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC)	Tier 3	
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (30G X 8 MM MISC, 31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	Tier 3	
CVS ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE 2"X2" PAD	Tier 2	
DROPLET INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 0.3 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.3 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM MISC	Tier 3	
DROPLET PEN NEEDLES (29G X 10MM MISC, 29G X 12.7MM MISC, 29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC)	Tier 3	

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

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

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

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

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F (30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE U/F 29G X 12.7MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE (29G X 12.7MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
EMBRACE PEN NEEDLES (29G X 12MM MISC, 30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
gauze pads 2	Tier 2	
GNP PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
GOODSENSE ALCOHOL SWABS 70 % PAD	Tier 2	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 1 ML	Tier 3	

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

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (27G X 1/2" 0.5 ML MISC, 27G X 1/2" 1 ML MISC, 28G X 1/2" 0.5 ML MISC, 28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
INSUPEN PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
INSUPEN32G EXTR3ME 32G X 6 MM MISC	Tier 3	
INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
lactated ringers solution	Tier 2	
methergine 0.2 mg tab	Tier 4	
methylergonovine maleate 0.2 mg tab	Tier 4	
novofine 32g x 6 mm misc	Tier 3	
NUTRILIPID 20 % EMULSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
OPVEE 2.7 MG/0.1ML SOLUTION	Tier 4	QL (2 PER 30 DAYS)
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP (31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
PEN NEEDLES (30G X 5 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
PENBRAYA RECON SUSP	Tier 3	VAC
PRO COMFORT ALCOHOL 70 % PAD	Tier 2	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	

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

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE (29G X 12.7MM MISC, 31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC, 33G X 8 MM MISC)	Tier 3	
ringers irrigation solution	Tier 2	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.5 ML MISC, X 1/2" 1 ML MISC)	Tier 3	
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC	Tier 3	
SILIGENTLE FOAM DRESSING 2"X2" PAD	Tier 2	
SMOFLIPID 20 % EMULSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
sterile water for irrigation solution	Tier 2	
SUPER TOUCH INSULIN SYRINGE (27G X 1/2" 0.5 ML MISC, 27G X 5/8" 1 ML MISC, 28G X 1/2" 0.5 ML MISC, 28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.3 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
SUPER TOUCH PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
SURE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM MISC	Tier 3	

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

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE (30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC, 32G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
ULTRA COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
UNIFINE OTC PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE PENTIPS 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE (30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE (29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 34G X 3.5 MM MISC)	Tier 3	
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	

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

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

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

OPHTHALMIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
OPHTHALMIC AGENTS, OTHER		
atropine sulfate 1 % solution	Tier 3	
bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment	Tier 2	
BACITRACIN-POLYMYXIN B 500-10000 UNIT/GM OINTMENT	Tier 2	
brimonidine tartrate-timolol 0.2-0.5 % solution	Tier 3	
dorzolamide hcl-timolol mal (2-0.5 % solution, 22.3-6.8 mg/ml solution)	Tier 2	
dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution	Tier 3	
loteprednol-tobramycin 0.5-0.3 % suspension	Tier 3	
neo-polycin 3.5-400-10000 ointment	Tier 2	

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

OPHTHALMIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
neo-polycin hc 1 % ointment	Tier 2	
neomycin-bacitracin zn-polymyx (3.5-400-10000 ointment, 5-400-10000 ointment)	Tier 2	
neomycin-polymyxin-dexameth (0.1 % suspension, 3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)	Tier 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION	Tier 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5-10000-1 SUSPENSION	Tier 4	
polycin 500-10000 unit/gm ointment	Tier 2	
RESTASIS 0.05 % EMULSION	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION	Tier 3	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION	Tier 2	
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension	Tier 2	
XDEMVY 0.25 % SOLUTION	Tier 5	PA, QL (10 PER 30 DAYS)
XIIDRA 5 % SOLUTION	Tier 3	
OPHTHALMIC ANTI-ALLERGY AGENTS		
azelastine hcl 0.05 % solution	Tier 2	
cromolyn sodium 4 % solution	Tier 2	
OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVES		
BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	Tier 4	
erythromycin 5 mg/gm ointment	Tier 2	
gentamicin sulfate 0.3 % solution	Tier 2	
LEVOFLOXACIN (0.5 % SOLUTION, 1.5 % SOLUTION)	Tier 3	

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

OPHTHALMIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	Tier 2	
moxifloxacin hcl 0.5 % solution	Tier 3	
NATACYN 5 % SUSPENSION	Tier 3	
ofloxacin 0.3 % solution	Tier 2	
polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution	Tier 2	
SULFACETAMIDE SODIUM 10 % OINTMENT	Tier 3	
sulfacetamide sodium 10 % solution	Tier 2	
tobramycin 0.3 % solution	Tier 2	
TRIFLURIDINE 1 % SOLUTION	Tier 3	
ZIRGAN 0.15 % GEL	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)
OPHTHALMIC ANTI-INFLAMMATORIES		
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	Tier 2	
diclofenac sodium 0.1 % solution	Tier 2	
difluprednate 0.05 % emulsion	Tier 4	
fluorometholone 0.1 % suspension	Tier 2	
FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION	Tier 2	
FML FORTE 0.25 % SUSPENSION	Tier 4	
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	Tier 3	QL (3 PER 30 DAYS)
ketorolac tromethamine (0.4 % solution, 0.5 % solution)	Tier 2	
prednisolone acetate 1 % suspension	Tier 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	Tier 3	
OPHTHALMIC BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
betaxolol hcl 0.5 % solution	Tier 2	
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	Tier 2	

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

OPHTHALMIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	Tier 2	
timolol maleate (0.25 % gel f soln, 0.5 % gel f soln)	Tier 3	
timolol maleate (0.25 % solution, 0.5 % solution)	Tier 1	
OPHTHALMIC INTRAOCULAR PRESSURE LOWERING AGENTS, OTHER		
acetazolamide er 500 mg cap er 12h	Tier 2	
apraclonidine hcl 0.5 % solution	Tier 3	
brimonidine tartrate 0.1 % solution	Tier 3	
brimonidine tartrate 0.15 % solution	Tier 4	
brimonidine tartrate 0.2 % solution	Tier 2	
brinzolamide 1 % suspension	Tier 3	
dorzolamide hcl 2 % solution	Tier 2	
methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 4	
pilocarpine hcl (1 % solution, 2 % solution, 4 % solution)	Tier 2	
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	Tier 3	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION	Tier 3	
OPHTHALMIC PROSTAGLANDIN AND PROSTAMIDE ANALOGS		
bimatoprost 0.03 % solution	Tier 3	QL (5 PER 30 DAYS)
latanoprost 0.005 % solution	Tier 1	
travoprost (bak free) 0.004 % solution	Tier 2	QL (5 PER 30 DAYS)
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	Tier 4	

OTIC AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
OTIC AGENTS		
acetic acid 2 % solution	Tier 2	

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

OTIC AGENTS

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

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
ANTI-INFLAMMATORIES, INHALED CORTICOSTEROIDS		
ARNUITY ELLIPTA (100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA, 50 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ASMANEX (120 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (14 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (30 METERED DOSES) (110 MCG/ACT AER POW BA, 220 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (60 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX HFA (100 MCG/ACT AEROSOL, 200 MCG/ACT AEROSOL, 50 MCG/ACT AEROSOL)	Tier 3	QL (13 PER 30 DAYS)
budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

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

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
QVAR REDIHALER (40 MCG/ACT AERO BA, 80 MCG/ACT AERO BA)	Tier 3	QL (21.2 PER 30 DAYS)
ANTIHISTAMINES		
azelastine hcl (0.1 % solution, 137 mcg/spray solution)	Tier 2	QL (30 PER 25 DAYS)
cetirizine hcl (1 mg/ml solution, 5 mg/5ml solution)	Tier 2	
cyproheptadine hcl 4 mg tab	Tier 3	PA
hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	PA
hydroxyzine pamoate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 4	PA
levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab	Tier 1	
promethazine hcl (12.5 mg/10ml solution, 6.25 mg/5ml solution)	Tier 2	PA
ANTILEUKOTRIENES		
montelukast sodium (4 mg chew tab, 4 mg packet, 5 mg chew tab)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
montelukast sodium 10 mg tab	Tier 1	QL (30 PER 30 DAYS)
zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
BRONCHODILATORS, ANTICHOLINERGIC		
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide 0.02 % solution	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
ipratropium bromide 0.03 % solution	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide 0.06 % solution	Tier 2	QL (45 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide hfa 17 mcg/act aero soln	Tier 4	QL (25.8 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN)	Tier 3	QL (4 PER 30 DAYS)

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

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
tiotropium bromide 18 mcg cap	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
BRONCHODILATORS, SYMPATHOMIMETIC		
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)	Tier 2	QL (17 PER 30 DAYS)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)	Tier 2	QL (17 PER 30 DAYS)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)	Tier 2	QL (13.4 PER 30 DAYS)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin)	Tier 2	QL (36 PER 30 DAYS)
albuterol sulfate ((2.5 mg/3ml) 0.083% nebu soln, (5 mg/ml) 0.5% nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln, 2.5 mg/0.5ml nebu soln)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
albuterol sulfate (2 mg tab, 4 mg tab)	Tier 4	
albuterol sulfate (2 mg/5ml syrup, 8 mg/20ml syrup)	Tier 2	
albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln	Tier 2	QL (36 PER 30 DAYS)
epinephrine (0.15 mg/0.15ml soln a-inj, 0.15 mg/0.3ml soln a-inj, 0.3 mg/0.3ml soln a-inj)	Tier 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	Tier 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/0.5ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln)	Tier 4	PA
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
CYSTIC FIBROSIS AGENTS		
KALYDECO (13.4 MG PACKET, 150 MG TAB, 25 MG PACKET, 5.8 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)

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

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	Tier 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
TOBI PODHALER 28 MG CAP	Tier 5	PA, LA, QL (224 PER 56 OVER TIME)
tobramycin 300 mg/4ml nebu soln	Tier 4	PA, QL (224 PER 28 DAYS)
tobramycin 300 mg/5ml nebu soln	Tier 4	PA, QL (280 PER 56 OVER TIME)
TRIKAFTA (100-50-75 & 150 MG TAB THPK, 50-25-37.5 & 75 MG TAB THPK)	Tier 5	PA, LA, QL (90 PER 30 DAYS)
MAST CELL STABILIZERS		
cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS, AIRWAYS DISEASE		
roflumilast 250 mcg tab	Tier 4	QL (28 PER 180 OVER TIME)
roflumilast 500 mcg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
theophylline er (100 mg tab er 12h, 200 mg tab er 12h, 300 mg tab er 12h, 400 mg tab er 24h, 450 mg tab er 12h, 600 mg tab er 24h)	Tier 3	
PULMONARY ANTIHYPERTENSIVES		
ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB)	Tier 5	PA, LA, QL (90 PER 30 DAYS)
alyq 20 mg tab	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ambrisentan (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)
bosentan (125 mg tab, 62.5 mg tab)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
bosentan 32 mg tab sol	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
macitentan 10 mg tab	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
riociguat (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab)	Tier 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

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

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
sildenafil citrate 20 mg tab	Tier 3	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
tadalafil (pah) 20 mg tab	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
UPTRAVI (1000 MCG TAB, 1200 MCG TAB, 1400 MCG TAB, 1600 MCG TAB, 200 MCG TAB, 400 MCG TAB, 600 MCG TAB, 800 MCG TAB)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
UPTRAVI 100 MCG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (420 PER 30 DAYS)
UPTRAVI 150 MCG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (560 PER 28 DAYS)
UPTRAVI 200 & 800 MCG TAB THPK	Tier 5	PA, LA, QL (200 PER 180 OVER TIME)
WINREVAIR (2 X 45 MG KIT, 2 X 60 MG KIT, 45 MG KIT, 60 MG KIT)	Tier 5	PA, QL (1 PER 21 OVER TIME)
PULMONARY FIBROSIS AGENTS		
nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)	Tier 3	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
PIRFENIDONE 534 MG TAB	Tier 5	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
pirfenidone 801 mg tab	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
RESPIRATORY TRACT AGENTS, OTHER		
acetylcysteine (10 % solution, 20 % solution)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
ADVAIR HFA (115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL, 45-21 MCG/ACT AEROSOL)	Tier 3	QL (12 PER 30 DAYS)
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
BREO ELLIPTA (100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA, 50-25 MCG/INH AER POW BA)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)

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

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
breyna (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)	Tier 3	QL (10.3 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-18-4.8 MCG/ACT AEROSOL	Tier 3	QL (10.7 GM PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	Tier 3	QL (10.7 PER 30 DAYS)
budesonide-formoterol fumarate (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)	Tier 3	QL (10.2 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	Tier 4	QL (4 PER 30 DAYS)
flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution	Tier 2	QL (50 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL (100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
fluticasone propionate 50 mcg/act suspension	Tier 2	QL (16 PER 30 DAYS)
fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE-SALMETEROL (113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA, 55-14 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 2	QL (1 PER 30 DAYS)
ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
NUCALA (100 MG RECON SOLN, 100 MG/ML SOLN A-INJ, 100 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 28 DAYS)
NUCALA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, LA, QL (0.4 PER 28 DAYS)
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACT AERO SOLN	Tier 3	
TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)

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

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
wixela inhub (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)

SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS		
carisoprodol 350 mg tab	Tier 2	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
cyclobenzaprine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	PA
methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)	Tier 3	PA

SLEEP DISORDER AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
SLEEP PROMOTING AGENTS		
eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ramelteon 8 mg tab	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
tasimelteon 20 mg cap	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
temazepam 15 mg cap	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
temazepam 30 mg cap	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
triazolam 0.125 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
triazolam 0.25 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
zaleplon 10 mg cap	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
zaleplon 5 mg cap	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
zolpidem tartrate 10 mg tab	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
zolpidem tartrate 5 mg tab	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)

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

SLEEP DISORDER AGENTS

اسم الدواء	ما الدواء الذي سيكلفك (مستوى الدرجة)	الإجراءات الضرورية و/أو القيود و/أو الحدود المفروضة على الاستخدام
WAKEFULNESS PROMOTING AGENTS		
armodafinil (150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
modafinil 100 mg tab	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
modafinil 200 mg tab	Tier 3	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
sodium oxybate 500 mg/ml solution	Tier 5	PA, LA, QL (540 PER 30 DAYS)

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

ف اذه، هسقلا كنكميرو ثعلا ىلع ءاوذ نم لخاد ثحبلا عن مساه. كيدجأ كملعيس اذه مقرب ةحفصلا
كئاودل. إضافية تغطية حيث ةحفصلا كنكميرو ثعلا ىلع تامولعم مقرب ةحفصلا اذه كملعيس أجيدك. مسا

A

abacavir sulfate 83
abacavir sulfate-lamivudine 83
ABELCET 51
ABILIFY MAINTENA 76
abiraterone acetate 55,56
abirtega 56
ABRYSVO 140
acamprosate calcium 32
acarbose 89
accutane 110
acebutolol hcl 98
acetaminophen-codeine 30
acetazolamide 101
acetazolamide er 155
acetic acid 155
acetylcysteine 160
acitretin 110
ACTHIB 140
ACTIMMUNE 138
acyclovir 86,114
acyclovir sodium 86
ADACEL 140
adefovir dipivoxil 82
ADEMPAS 159
ADVAIR HFA 160
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 145
afirmelle 124
AIMOVIG 53
AKEEGA 57
ala-cort 111
albendazole 73
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair) 158
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair) 158
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil) 158
albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin) 158
albuterol sulfate 158
albuterol sulfate hfa 158
alclometasone dipropionate 111
ALCOHOL 70% PADS 145
ALCOHOL PADS 145
ALCOHOL PREP 145
ALCOHOL PREP PADS 145
ALCOHOL SWABS 145
ALCOHOL SWABSTICK 145
alcohol wipes 112
ALDURAZYME 120
ALECENSA 59
alendronate sodium 143,144
alfuzosin hcl er 121
aliskiren fumarate 101
allopurinol 53
alosetron hcl 118
alprazolam 87
altavera 124
ALUNBRIG 59,60
alyacen 1/35 124
alyacen 7/7/7 124
alyq 159
amantadine hcl 74
ambrisentan 159
amikacin sulfate 33
amiloride hcl 103
amiloride-hydrochlorothiazide 101
amiodarone hcl 97
amitriptyline hcl 49
amlodipine besy-benazepril hcl 101
amlodipine besylate 99
amlodipine besylate-valsartan 101
amlodipine-atorvastatin 101
amlodipine-olmesartan 101
amlodipine-valsartan-hctz 101
ammonium lactate 111
amnesteem 110

amoxapine . . . 49
amoxicillin . . . 37
amoxicillin trihydrate . . . 37
amoxicillin-pot clavulanate . . . 37
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE . . . 37
amoxicillin-pot clavulanate er . . . 37
amphetamine-dextroamphet er . . . 106
amphetamine-dextroamphetamine . . . 107
AMPHOTERICIN B . . . 51
amphotericin b liposome . . . 52
ampicillin . . . 37
ampicillin sodium . . . 37
ampicillin-sulbactam sodium . . . 37
anagrelide hcl . . . 94
anastrozole . . . 59
ANORO ELLIPTA . . . 160
apraclonidine hcl . . . 155
aprepitant . . . 51
apri . . . 124
APTIVUS . . . 85
AQ INSULIN SYRINGE . . . 145
AQINJECT PEN NEEDLE . . . 145
ARALAST NP . . . 120
ARANELLE . . . 124
ARANESP (ALBUMIN FREE) . . . 94,95
ARCALYST . . . 135
AREXVY . . . 140
ARGYLE STERILE WATER . . . 145
ARIKAYCE . . . 33
aripiprazole . . . 77
armodafinil . . . 163
ARNUITY ELLIPTA . . . 156
asenapine maleate . . . 77
ashlyna . . . 124
ASMANEX (120 METERED DOSES) . . . 156
ASMANEX (14 METERED DOSES) . . . 156
ASMANEX (30 METERED DOSES) . . . 156
ASMANEX (60 METERED DOSES) . . . 156
ASMANEX HFA . . . 156
aspirin-dipyridamole er . . . 95
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES . . . 145
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES . . . 145
atazanavir sulfate . . . 85
atenolol . . . 98
atenolol-chlorthalidone . . . 101
atomoxetine hcl . . . 107
atorvastatin calcium . . . 104
atovaquone . . . 73
atovaquone-proguanil hcl . . . 73
atropine sulfate . . . 152
aubra . . . 124
aubra eq . . . 124
AUGTYRO . . . 57,58
AUM ALCOHOL PREP PADS . . . 145
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE . . . 145
AUM PEN NEEDLE . . . 145
AURANOFIN . . . 135
aurovela 1.5/30 . . . 124
aurovela 1/20 . . . 124
aurovela fe 1.5/30 . . . 124
aurovela fe 1/20 . . . 125
AUSTEDO . . . 108
AUSTEDO XR . . . 108
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION . . . 108
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE . . . 145
AUVELITY . . . 46
AUVELITY TITRATION PACK . . . 46
aviane . . . 125
avidoxy . . . 40
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK . . . 59
ayuna . . . 125
AYVAKIT . . . 60
azathioprine . . . 138
AZATHIOPRINE SODIUM . . . 138
azelastine hcl . . . 153,157
azithromycin . . . 38
aztreonam . . . 33
azurette . . . 125

B

bac (butalbital-acetamin-caff) 108
bacitra-neomycin-polymyxin-hc 152
BACITRACIN 153
BACITRACIN-POLYMYXIN B 152
baclofen 81
balsalazide disodium 143
BALVERSA 60
balziva 125
BAQSIMI ONE PACK 91
BAQSIMI TWO PACK 91
BARACLUDE 82
BCG VACCINE 140
BD INSULIN SYRINGE 145
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC 145
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC 146
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC 146
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC 146
benazepril hcl 97
benazepril-hydrochlorothiazide 101
BENLYSTA 135
BENZNIDAZOLE 73
benzoyl peroxide-erythromycin 110
benztropine mesylate 74
BESIVANCE 39
BESREMI 138
BESREMI PEN 58
betaine 120
betamethasone dipropionate 111
betamethasone dipropionate aug 111
betamethasone valerate 111
BETASERON 109
betaxolol hcl 98,154
bethanechol chloride 121
bexarotene 72
BEXSERO 140
bicalutamide 56
BICILLIN L-A 37
BIKTARVY 82
BILDYOS 144
BILPREVDA 144
bimatoprost 155
bis subcit-metronid-tetracyc 118
bismuth/metronidaz/tetracyclin 118
bisoprolol fumarate 98
bisoprolol-hydrochlorothiazide 101
BIXLENVO 82
BIXLENVO SUNLENCA STARTER PACK . . 84
blisovi fe 1.5/30 125
blisovi fe 1/20 125
BOOSTRIX 140
bosentan 159
BOSULIF 60
bosutinib 60
BRAFTOVI 60
BREO ELLIPTA 160
breyna 161
BREZTRI AEROSPHERE 161
briellyn 125
brimonidine tartrate 155
brimonidine tartrate-timolol 152
brinzolamide 155
brivaracetam 40
bromocriptine mesylate 75
BRUKINSA 60
budesonide 143,156
budesonide er 143
budesonide-formoterol fumarate 161
bumetanide 103
buprenorphine 29
buprenorphine hcl 32
buprenorphine hcl-naloxone hcl 32
bupropion hcl 47
bupropion hcl er (smoking det) 33
bupropion hcl er (sr) 47

bupropion hcl er (xl) . . . 47
buspirone hcl . . . 87
butalbital-apap-caffeine . . . 108
butalbital-aspirin-caffeine . . . 28
butorphanol tartrate . . . 30
BYSANTI . . . 77
BYSANTI TITRATION PACK A . . . 77
BYSANTI TITRATION PACK B . . . 77
BYSANTI TITRATION PACK C . . . 77

C

CABENUVA . . . 84
cabergoline . . . 134
CABOMETYX . . . 61
calcipotriene . . . 112
calcitonin (salmon) . . . 144
calcitrene . . . 112
calcitriol . . . 144
CALCITRIOL . . . 144
calcium acetate (phos binder) . . . 116
CALQUENCE . . . 61
camila . . . 131
camrese . . . 125
camrese lo . . . 125
candesartan cilexetil . . . 96
candesartan cilexetil-hctz . . . 101
CAPLYTA . . . 77
CAPRELSA . . . 61
captopril . . . 97
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE . . . 101
carbamazepine . . . 44
carbamazepine er . . . 44
carbidopa . . . 75
carbidopa-levodopa . . . 75
carbidopa-levodopa er . . . 75
carbidopa-levodopa-entacapone . . . 74
CARETOUCH ALCOHOL PREP . . . 146
carglumic acid . . . 120
carisoprodol . . . 162
CARTEOLOL HCL . . . 154
cartia xt . . . 99
carvedilol . . . 98
CAVHANZA . . . 61
CAYSTON . . . 34
CEFACLOR . . . 35
cefadroxil . . . 35
cefazolin sodium . . . 35
cefdinir . . . 35
cefepime hcl . . . 36
cefixime . . . 36
cefoxitin sodium . . . 36
CEFPODOXIME PROXETIL . . . 36
cefprozil . . . 36
ceftaroline fosamil . . . 36
CEFTAZIDIME . . . 36
ceftriaxone sodium . . . 36
cefuroxime axetil . . . 36
cefuroxime sodium . . . 36
celecoxib . . . 28
cephalexin . . . 36
cetirizine hcl . . . 157
cevimeline hcl . . . 109
chateal eq . . . 125
chlorhexidine gluconate . . . 109
chloroquine phosphate . . . 73
chlorpromazine hcl . . . 76
chlorthalidone . . . 104
cholestyramine . . . 105
cholestyramine light . . . 105
ciclodan . . . 114
ciclopirox . . . 114
ciclopirox olamine . . . 114
cilostazol . . . 95
CILOXAN . . . 39
CIMDUO . . . 84
cimetidine . . . 119
cinacalcet hcl . . . 144
ciprofloxacin hcl . . . 39
ciprofloxacin in d5w . . . 39
ciprofloxacin-dexamethasone . . . 156

citalopram hydrobromide . . . 48
claravis . . . 110
CLARITHROMYCIN . . . 38
clarithromycin . . . 38
clarithromycin er . . . 38
CLEVER CHOICE COMFORT EZ PLUS . . . 146
clindamycin hcl . . . 34
clindamycin palmitate hcl . . . 34
clindamycin phos (once-daily) . . . 114
clindamycin phos (twice-daily) . . . 114
clindamycin phos-benzoyl perox . . . 110
clindamycin phosphate . . . 34,114
clindamycin phosphate in d5w . . . 34
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL . . . 34
clobazam . . . 42
clobetasol prop emollient base . . . 111
clobetasol propionate . . . 111
clomipramine hcl . . . 49
clonazepam . . . 87
clonidine . . . 96
clonidine hcl . . . 96
clopidogrel bisulfate . . . 95
clorazepate dipotassium . . . 87,88
clotrimazole . . . 52
clotrimazole-betamethasone . . . 113
clozapine . . . 81
COARTEM . . . 73
COBENFY . . . 80
COBENFY STARTER PACK . . . 81
CODEINE SULFATE . . . 30
codeine sulfate . . . 30
colchicine . . . 53
colchicine-probenecid . . . 53
colesevelam hcl . . . 105
colestipol hcl . . . 105
colistimethate sodium (cba) . . . 34
COMBIVENT RESPIMAT . . . 161
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) . . . 61
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) . . . 61
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) . . . 61
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE . . . 146
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES . . . 146
compro . . . 50
constulose . . . 117
COPIKTRA . . . 61
CORLANOR . . . 102
CORTIFOAM . . . 143
CORTISONE ACETATE . . . 122
CORTISPORIN-TC . . . 156
COSENTYX . . . 135
COSENTYX (300 MG DOSE) . . . 136
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) . . . 136
COSENTYX SENSOREADY PEN . . . 136
COSENTYX UNOREADY . . . 136
COTELLIC . . . 61
CREON . . . 120
CRESEMBA . . . 52
cromolyn sodium . . . 118,153,159
cryselle . . . 125
cryselle-28 . . . 125
CVS ALCOHOL PREP PADS . . . 146
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE . . . 146
cvs isopropyl alcohol wipes . . . 113
cyclobenzaprine hcl . . . 162
CYCLOPHOSPHAMIDE . . . 55
cyclosporine . . . 138
cyclosporine modified . . . 138
cyproheptadine hcl . . . 157
cyred . . . 125
cyred eq . . . 125

D

dabigatran etexilate mesylate . . . 93
dalfampridine er . . . 109
danazol . . . 124
dantrolene sodium . . . 81
dapaglifloz base-metformin er . . . 89
dapagliflozin . . . 106
dapsone . . . 55
DAPTACEL . . . 140

daptomycin . . . 34
darunavir . . . 85
dasatinib . . . 61
dasetta 1/35 . . . 125
dasetta 7/7/7 . . . 125
DAURISMO . . . 61,62
daysee . . . 125
deblitane . . . 131
deferasirox . . . 116
DELSTRIGO . . . 83
delyla . . . 125
DENGVAXIA . . . 140
DEPO-SUBQ PROVERA 104 . . . 131
depo-testosterone . . . 124
DERMOTIC . . . 156
DESCOVY . . . 84
desipramine hcl . . . 49
desmopressin ace spray refrig . . . 123
desmopressin acetate . . . 123
desmopressin acetate pf . . . 123
desmopressin acetate spray . . . 123
desogestrel-ethinyl estradiol . . . 125
desonide . . . 111
desoximetasone . . . 111
desvenlafaxine succinate er . . . 48
dexamethasone . . . 122
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID . . . 122
dexamethasone sod phosphate pf . . . 122
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE . . . 122,154
dexmethylphenidate hcl . . . 107
dextroamphetamine sulfate . . . 107
dextrose . . . 114
dextrose in lactated ringers . . . 114
DEXTROSE-NACL . . . 114
dextrose-sodium chloride . . . 114,115
DIACOMIT . . . 40
diazepam . . . 42,88
diazepam intensol . . . 88
diazoxide . . . 91
diclofenac potassium . . . 28
diclofenac sodium . . . 28,154
diclofenac sodium er . . . 28
dicloxacillin sodium . . . 37
dicyclomine hcl . . . 118
DIFICID . . . 38
diflunisal . . . 28
difluprednate . . . 154
digox . . . 97
digoxin . . . 98
dihydroergotamine mesylate . . . 54
DILANTIN . . . 44
dilt-xr . . . 99
diltiazem hcl . . . 100
diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule . . . 100
diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule . . . 100
diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule . . . 100
diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule . . . 100
diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule . . . 100
diltiazem hcl er . . . 100
diltiazem hcl er beads . . . 100
dimethyl fumarate . . . 109
dimethyl fumarate starter pack . . . 109
diphenoxylate-atropine . . . 118
DIPHENOXYLATE-ATROPINE . . . 118
dipyridamole . . . 95
disulfiram . . . 32
divalproex sodium . . . 40
divalproex sodium er . . . 41
dofetilide . . . 98
donepezil hcl . . . 46
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg . . . 46
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg . . . 46

dorzolamide hcl . . . 155
dorzolamide hcl-timolol mal . . . 152
dorzolamide hcl-timolol mal pf . . . 152
dotti . . . 125
DOVATO . . . 82
doxazosin mesylate . . . 96
doxepin hcl . . . 49,50
doxercalciferol . . . 144
doxy 100 . . . 40
doxycycline hyclate . . . 40
doxycycline monohydrate . . . 40
DRIZALMA SPRINKLE . . . 108
dronabinol . . . 51
DROPLET INSULIN SYRINGE . . . 146
DROPLET MICRON . . . 146
DROPLET PEN NEEDLES . . . 146
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO . . . 147
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE . . . 147
drospirenone-ethinyl estradiol . . . 125
DROXIA . . . 120
droxidopa . . . 96
duloxetine hcl . . . 109
DUPIXENT . . . 136
dutasteride . . . 121
dutasteride-tamsulosin hcl . . . 121

E

e.e.s. 400 . . . 38
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE . . . 147
EASY COMFORT PEN NEEDLES . . . 147
EASY TOUCH INSULIN BARRELS . . . 147
ec-naproxen . . . 28
econazole nitrate . . . 52
EDURANT PED . . . 83
efavirenz . . . 83
efavirenz-emtricitab-tenofo df . . . 83
efavirenz-lamivudine-tenofovir . . . 83
ELAPRASE . . . 120
elinest . . . 125
ELIQUIS . . . 93
ELIQUIS (1.5 MG PACK) . . . 93
ELIQUIS (2 MG PACK) . . . 93
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK . . . 93
eltrombopag olamine . . . 95
eluryng . . . 125
EMBECTA AUTOSHIELD DUO . . . 147
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT . . . 147
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE . . . 147
EMBECTA INSULIN SYRINGE . . . 147
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 . . . 147
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 . . . 147
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F . . . 148
EMBECTA PEN NEEDLE NANO . . . 148
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN . . . 148
EMBECTA PEN NEEDLE U/F . . . 148
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE . . . 148
EMBRACE PEN NEEDLES . . . 148
EMGALITY . . . 53
EMGALITY (300 MG DOSE) . . . 53
EMSAM . . . 47
emtricitab-rilpivir-tenofov df . . . 83
emtricitabine . . . 84
emtricitabine-tenofovir df . . . 84
EMTRIVA . . . 84
emzahh . . . 131
enalapril maleate . . . 97
enalapril-hydrochlorothiazide . . . 102
ENBREL . . . 138
ENBREL MINI . . . 138
ENBREL SURECLICK . . . 138
endocet . . . 30
ENGERIX-B . . . 141
enilloring . . . 126
ENOBY . . . 144
enoxaparin sodium . . . 93
enpresse-28 . . . 126
ENSACOVE . . . 59
enskyce . . . 126
entacapone . . . 74
entecavir . . . 82

ENTYVIO PEN . . . 136
enulose . . . 117
ENVARSUS XR . . . 138
EPIDIOLEX . . . 41
epinephrine . . . 158
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK) . . . 158
epitol . . . 44
eplerenone . . . 104
ERGOLOID MESYLATES . . . 45
ERGOTAMINE-CAFFEINE . . . 54
ERIVEDGE . . . 62
ERLEADA . . . 56
erlotinib hcl . . . 62
errin . . . 131
ertapenem sodium . . . 38
ERY . . . 114
erythrocin lactobionate . . . 39
erythromycin . . . 114,153
erythromycin base . . . 39
erythromycin ethylsuccinate . . . 39
erythromycin lactobionate . . . 39
ERZOFRI . . . 77,78
escitalopram oxalate . . . 48
eslicarbazepine acetate . . . 44
esomeprazole magnesium . . . 119
estarylla . . . 126
estradiol . . . 126
estradiol valerate . . . 126
ESTRING . . . 126
estrogens conjugated . . . 126
eszopiclone . . . 162
ethambutol hcl . . . 55
ethosuximide . . . 42
ethynodiol diac-eth estradiol . . . 126
etodolac . . . 28
etodolac er . . . 28
etonogestrel-ethinyl estradiol . . . 126
etravirine . . . 83
EUCRISA . . . 111
EULEXIN . . . 56
euthyrox . . . 133
everolimus . . . 62,138
EVOTAZ . . . 85
exemestane . . . 59
EXXUA . . . 47
EXXUA TITRATION PACK . . . 47
ezetimibe . . . 105
ezetimibe-simvastatin . . . 105

F

falmina . . . 126
famciclovir . . . 87
famotidine . . . 119
FANAPT . . . 78
FANAPT TITRATION PACK A . . . 78
FANAPT TITRATION PACK B . . . 78
FANAPT TITRATION PACK C . . . 78
FARXIGA . . . 106
febuxostat . . . 53
feirza 1.5/30 . . . 126
feirza 1/20 . . . 126
felbamate . . . 41
felodipine er . . . 99
fenofibrate . . . 104
fenofibrate micronized . . . 104
fenofibric acid . . . 104
fentanyl . . . 29
FETZIMA . . . 48
FETZIMA TITRATION . . . 48
fidaxomicin . . . 39
FILSPARI . . . 121
finasteride . . . 121
fingolimod hcl . . . 109
FINTEPLA . . . 41
flecainide acetate . . . 98
fluconazole . . . 52
fluconazole in sodium chloride . . . 52
flucytosine . . . 52
fludrocortisone acetate . . . 122

flunisolide....161
fluocinolone acetonide....111
fluocinolone acetonide body....111
fluocinolone acetonide scalp....111
fluocinonide....112
fluocinonide emulsified base....112
fluorometholone....154
fluorouracil....113
fluoxetine hcl....48
FLUOXETINE HCL....48
fluphenazine decanoate....76
fluphenazine hcl....76
FLURBIPROFEN....28
FLURBIPROFEN SODIUM....154
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL....161
fluticasone propionate....112,161
fluticasone-salmeterol....161
FLUTICASONE-SALMETEROL....161
fluvastatin sodium....104
fluvastatin sodium er....104
fluvoxamine maleate....48
FML FORTE....154
fondaparinux sodium....93,94
fosamprenavir calcium....85
fosfomycin tromethamine....34
fosinopril sodium....97
fosinopril sodium-hctz....102
FOTIVDA....62
FRUZAQLA....58
FULPHILA....95
fulvestrant....57
FUROSEMIDE....103
furosemide....103
fyavolv....126

G

gabapentin....42,43
galantamine hydrobromide....46
galantamine hydrobromide er....46
gallifrey....131
GAMUNEX-C....135
GARDASIL 9....141
gauze pads 2....148
GAVILYTE-C....118
gavilyte-g....118
gavilyte-n with flavor pack....117
GAVRETO....62
gefitinib....62
gemfibrozil....104
GEMTESA....121
generlac....117
gengraf....139
gentamicin sulfate....33,153
GENVOYA....82
GILOTRIF....62
glatiramer acetate....109
glatopa....109
glimepiride....89
glipizide....89
glipizide er....89
glipizide xl....89
glipizide-metformin hcl....89
glucagon emergency....91
glyburide....89
GLYBURIDE MICRONIZED....89
glyburide-metformin....89
glycopyrrolate....118
GLYXAMBI....89
GNP PEN NEEDLES....148
GOMEKLI....62
GOODSENSE ALCOHOL SWABS....148
granisetron hcl....51
griseofulvin microsize....52
griseofulvin ultramicrosize....52
guanfacine hcl....96
guanfacine hcl er....107

H

HADLIMA....139
HADLIMA PUSHTOUCH....139

HAEGARDA....135
hailey 1.5/30....126
hailey fe 1.5/30....127
hailey fe 1/20....127
halobetasol propionate....112
haloette....127
haloperidol....76
haloperidol decanoate....76
haloperidol lactate....76
HAVRIX....141
heather....131
heparin sodium (porcine)....94
heparin sodium (porcine) pf....94
HEPLISAV-B....141
HERNEXEOS....63
HIBERIX....141
HIZENTRA....135
HUMALOG....91
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN....91
HUMALOG KWIKPEN....91
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN....91
HUMALOG MIX 75/25....91
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN....91
HUMULIN 70/30....91
HUMULIN 70/30 KWIKPEN....92
HUMULIN N....92
HUMULIN N KWIKPEN....92
HUMULIN R....92
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)....92
HUMULIN R U-500 KWIKPEN....92
hydralazine hcl....106
hydrochlorothiazide....104
hydrocodone-acetaminophen....30
hydrocortisone....112,143
hydrocortisone (perianal)....112
hydrocortisone butyrate....112
hydrocortisone-acetic acid....156
hydromorphone hcl....30,31
hydroxychloroquine sulfate....73
hydroxyurea....58
hydroxyzine hcl....157
hydroxyzine pamoate....157
HYRNUO....63

I

ibandronate sodium....144
IBRANCE....63
IBTROZI....63
ibu....28
ibuprofen....28
icatibant acetate....135
iclevia....127
ICLUSIG....63
icosapent ethyl....105
IDHIFA....63
IDVYNSO....85
ILEVRO....154
imatinib mesylate....63
IMBRUVICA....63
imipenem-cilastatin....38
imipramine hcl....50
imiquimod....113
IMKELDI....63
IMOVAX RABIES....141
IMPAVIDO....74
incassia....131
INCRELEX....123
INCRUSE ELLIPTA....157
indapamide....104
indomethacin....28
INFANRIX....141
INLURIYO....57
INLYTA....63,64
INQOVI....58
INREBIC....64
INSULIN LISPRO....92
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL)....92
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN....92
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO....92
INSULIN PEN NEEDLES....148

INSULIN PEN NEEDLES 148
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 148
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 148
INSULIN SYRINGE 1 ML 148
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 149
INSUPEN PEN NEEDLES 149
INSUPEN32G EXTR3ME 149
INTELENCE 83
INTRALIPID 149
introvale 127
INVEGA HAFYERA 78
INVEGA SUSTENNA 78
INVEGA TRINZA 78,79
IPOL 141
ipratropium bromide 157
ipratropium bromide hfa 157
ipratropium-albuterol 161
irbesartan 96
irbesartan-hydrochlorothiazide 102
ISENTRESS 82
ISENTRESS HD 82
isibloom 127
isoniazid 55
isopropyl alcohol 113
isopropyl alcohol wipes 113
isosorbide dinitrate 106
isosorbide mononitrate 106
isosorbide mononitrate er 106
isotretinoin 110
isradipine 99
ITOVEBI 64
itraconazole 52
ivabradine hcl 102
ivermectin 73
IWILFIN 58
IXIARO 141

J

jaimiess 127
JAKAFI 64
JAKAFI XR 64
jantoven 94
JARDIANCE 106
jasmiel 127
JAYPIRCA 64
jencycla 132
JENTADUETO 89
JENTADUETO XR 89
JIDEYTRO 64
jinteli 127
jolessa 127
joyeaux 127
JUBBONTI 144
juleber 127
JULUCA 82
junel 1.5/30 127
junel 1/20 127
junel fe 1.5/30 127
junel fe 1/20 127
JYNNEOS 141

K

KALETRA 85
kalliga 127
KALYDECO 158
kariva 127
kcl in dextrose-nacl 115
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 115
kelnor 1/35 127
kelnor 1/50 127
KERENDIA 89
ketoconazole 52
ketorolac tromethamine 154
KINERET 136
KINRIX 141
kionex 117
KISQALI (200 MG DOSE) 64
KISQALI (400 MG DOSE) 64
KISQALI (600 MG DOSE) 64
klayesta 52

klor-con . . . 115
klor-con 10 . . . 115
klor-con m10 . . . 115
klor-con m15 . . . 115
klor-con m20 . . . 115
KLOXXADO . . . 32
KOMZIFTI . . . 65
KOSELUGO . . . 65
kourzeq . . . 110
KRAZATI . . . 65
kurvelo . . . 127

L

l-glutamine . . . 120
labetalol hcl . . . 98
lacosamide . . . 44
lactated ringers . . . 115,149
lactulose . . . 117
lactulose encephalopathy . . . 117
LAGEVRIO . . . 87
lamivudine . . . 82,84
lamivudine-zidovudine . . . 84
lamotrigine . . . 41
lansoprazole . . . 119
LANTUS . . . 92
LANTUS SOLOSTAR . . . 92
lapatinib ditosylate . . . 65
larin 1.5/30 . . . 127
larin 1/20 . . . 127
larin fe 1.5/30 . . . 127
larin fe 1/20 . . . 127
latanoprost . . . 155
LAZCLUZE . . . 59
LEDERLE LEUCOVORIN . . . 58
leena . . . 127
leflunomide . . . 139
lenalidomide . . . 56
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) . . . 65
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) . . . 65
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) . . . 65
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) . . . 65
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) . . . 65
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) . . . 65
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) . . . 65
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) . . . 66
LEQEMBI IQLIK . . . 45
LEQEMBI IQLIK (500 MG DOSE) . . . 45
lessina . . . 127
letrozole . . . 59
leucovorin calcium . . . 58
LEUKERAN . . . 55
LEUKINE . . . 95
leuprolide acetate . . . 134
levalbuterol hcl . . . 158
LEVALBUTEROL TARTRATE . . . 158
levetiracetam . . . 41
levetiracetam er . . . 41
levo-t . . . 133
LEVOBUNOLOL HCL . . . 155
levocarnitine . . . 120
levocetirizine dihydrochloride . . . 157
levofloxacin . . . 39
LEVOFLOXACIN . . . 153
levofloxacin in d5w . . . 39
levonest . . . 127
levonorg-eth estrad triphasic . . . 128
levonorgest-eth estrad 91-day . . . 128
levonorgest-eth estradiol-iron . . . 128
levonorgestrel-ethinyl estrad . . . 128
levora 0.15/30 (28) . . . 128
levothyroxine sodium . . . 133
levoxyl . . . 133
lidocaine . . . 32
lidocaine hcl . . . 32
lidocaine viscous hcl . . . 32
lidocaine-prilocaine . . . 32
lidocan . . . 32
LIFYORLI (125 MG DOSE) . . . 66
LIFYORLI (150 MG DOSE) . . . 66
LILETTA (52 MG) . . . 132

lincomycin hcl . . . 34
linezolid . . . 34
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE . . . 34
LINZESS . . . 117
liothyronine sodium . . . 133
lisinopril . . . 97
lisinopril-hydrochlorothiazide . . . 102
lithium . . . 88
lithium carbonate . . . 88
lithium carbonate er . . . 88
LIVTENCITY . . . 81
lo-zumandimine . . . 128
loestrin 1.5/30 (21) . . . 128
loestrin 1/20 (21) . . . 128
loestrin fe 1.5/30 . . . 128
loestrin fe 1/20 . . . 128
lojaimiess . . . 128
LOKELMA . . . 117
lomustine . . . 55
LONSURF . . . 58
loperamide hcl . . . 118
lopinavir-ritonavir . . . 85
lorazepam . . . 88
lorazepam intensol . . . 88
LORBRENA . . . 66
loryna . . . 128
losartan potassium . . . 97
losartan potassium-hctz . . . 102
loteprednol-tobramycin . . . 152
lovastatin . . . 104
low-ogestrel . . . 128
loxapine succinate . . . 76
lubiprostone . . . 117
luizza 1.5/30 . . . 128
luizza 1/20 . . . 128
LUMAKRAS . . . 66
LUPRON DEPOT (1-MONTH) . . . 134
LUPRON DEPOT (3-MONTH) . . . 134
LUPRON DEPOT (4-MONTH) . . . 134
LUPRON DEPOT (6-MONTH) . . . 134
lurasidone hcl . . . 79
lutera . . . 128
LYBALVI . . . 47
lyleq . . . 132
lyllana . . . 128
LYNPARZA . . . 66
LYSODREN . . . 58
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) . . . 66
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) . . . 66
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) . . . 66
lyza . . . 132

M

M-M-R II . . . 141
macitentan . . . 159
magnesium sulfate . . . 115
malathion . . . 113
maraviroc . . . 85
marlissa . . . 128
MARPLAN . . . 48
MATULANE . . . 55
matzim la . . . 100
MAVYRET . . . 82
meclizine hcl . . . 50
medpura alcohol pads . . . 113
medroxyprogesterone acetate . . . 132
mefloquine hcl . . . 74
megestrol acetate . . . 132
MEKINIST . . . 66,67
MEKTOVI . . . 67
meleya . . . 132
meloxicam . . . 29
memantine hcl . . . 46
memantine hcl er . . . 46
MENEST . . . 128
MENQUADFI . . . 141
MENVEO . . . 141
mercaptopurine . . . 57
meropenem . . . 38
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE . . . 38

mesalamine . . . 143
mesalamine er . . . 143
mesna . . . 73
metformin hcl . . . 89
metformin hcl er . . . 90
methadone hcl . . . 29
methazolamide . . . 155
methenamine hippurate . . . 34
methergine . . . 149
methimazole . . . 135
methocarbamol . . . 162
METHOTREXATE SODIUM . . . 139
methotrexate sodium . . . 139
methotrexate sodium (pf) . . . 139
METHOXSALEN RAPID . . . 113
methscopolamine bromide . . . 118
methsuximide . . . 42
METHYLDOPA . . . 96
methylergonovine maleate . . . 149
methylphenidate hcl . . . 107
methylphenidate hcl er . . . 107,108
methylprednisolone . . . 122
methylprednisolone acetate . . . 122
methylprednisolone sodium succ . . . 122
metoclopramide hcl . . . 50
metolazone . . . 104
metoprolol succinate er . . . 98
metoprolol tartrate . . . 98
metoprolol-hydrochlorothiazide . . . 102
metronidazole . . . 34,35
metyrosine . . . 102
mexiletine hcl . . . 98
micafungin sodium . . . 52
MICONAZOLE 3 . . . 52
microgestin 1.5/30 . . . 129
microgestin 1/20 . . . 129
microgestin fe 1.5/30 . . . 129
microgestin fe 1/20 . . . 129
midodrine hcl . . . 96
mifepristone . . . 134
mili . . . 129
minocycline hcl . . . 40
minoxidil . . . 106
minzoya . . . 129
mirtazapine . . . 47
misoprostol . . . 119
modafinil . . . 163
MODEYSO . . . 58
moexipril hcl . . . 97
MOLINDONE HCL . . . 76
mometasone furoate . . . 112
mondoxyne nl . . . 40
mono-linyah . . . 129
montelukast sodium . . . 157
morphine sulfate . . . 31
morphine sulfate (concentrate) . . . 31
morphine sulfate er . . . 29
MOUNJARO . . . 90
MOVANTIK . . . 117
moxifloxacin hcl . . . 39,154
MOXIFLOXACIN HCL . . . 39
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) . . . 154
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL . . . 39
MRESVIA . . . 141
MULTAQ . . . 98
mupirocin . . . 114
mycophenolate mofetil . . . 139
mycophenolate mofetil hcl . . . 139
mycophenolate sodium . . . 139
mycophenolic acid . . . 139
MYRBETRIQ . . . 121

N

na sulfate-k sulfate-mg sulf . . . 117
nabumetone . . . 29
nadolol . . . 99
nafcillin sodium . . . 37
NAGLAZYME . . . 120
naloxone hcl . . . 32
naltrexone hcl . . . 33

naproxen 29
naproxen dr 29
naproxen sodium 29
naratriptan hcl 54
NATACYN 154
nateglinide 90
NAYZILAM 32
nebivolol hcl 99
necon 0.5/35 (28) 129
NEFAZODONE HCL 48
neo-polycin 152
neo-polycin hc 153
neomycin sulfate 33
neomycin-bacitracin zn-polymyx 153
neomycin-polymyxin-dexameth 153
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN . . 153
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 153
neomycin-polymyxin-hc 156
NERLYNX 67
nevirapine 83
NEVIRAPINE 83
nevirapine er 83
NEXPLANON 132
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 105
niacin er (antihyperlipidemic) 105
NIACOR 105
nicardipine hcl 99
NICOTROL NS 33
nifedipine er 99
nifedipine er osmotic release 99
nikki 129
nilotinib hcl 67
nilutamide 56
nimodipine 99
NINLARO 67
nintedanib esylate 160
nitazoxanide 74
nitisinone 120
nitro-bid 106
nitrofurantoin macrocrystal 35
nitrofurantoin monohyd macro 35
nitroglycerin 106
NIVESTYM 95
NIZATIDINE 119
nora-be 132
norelgestromin-eth estradiol 129
norethin ace-eth estrad-fe 129
norethin-eth estradiol-fe 129
norethindrone 132
norethindrone acet-ethinyl est 129
norethindrone acetate 132
norethindrone-eth estradiol 129
norgestim-eth estrad triphasic 129
norgestimate-eth estradiol 129
norlyroc 132
nortrel 0.5/35 (28) 129
nortrel 1/35 (21) 129
nortrel 1/35 (28) 129
nortrel 7/7/7 129
nortriptyline hcl 50
NORVIR 85
NovoFine 32G X 6 MM MISC 149
NOVOLIN R FLEXPEN 92
NOVOLIN R FLEXPEN RELION 92
NUBEQA 56
NUCALA 161
NUPLAZID 79
NURTEC 53
NUTRILIPID 149
nyamyc 52
nylia 1/35 130
nylia 7/7/7 130
nystatin 52
nystatin-triamcinolone 113
nystop 52

O

ocella 130
octreotide acetate 134
OCTREOTIDE ACETATE 134

ODEFSEY 83
ODOMZO 67
OFEV 160
ofloxacin 154,156
OGSIVEO 67
OJEMDA 67
OJJAARA 58
olanzapine 79
olmesartan medoxomil 97
olmesartan medoxomil-hctz 102
olmesartan-amlodipine-hctz 102
omega-3-acid ethyl esters 105
omeprazole 119
OMNITROPE 118,123
ondansetron 51
ONDANSETRON HCL 51
ondansetron hcl 51
ONUREG 57
OPIPZA 79
OPVEE 149
oralone 110
ORGOVYX 134
orquidea 132
ORSERDU 56
oseltamivir phosphate 86
OSPHENA 132
OTEZLA 113,136
OTEZLA XR 113
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK 136
oxaprozin 29
oxcarbazepine 44
oxybutynin chloride 121
oxybutynin chloride er 121
oxycodone hcl 31
oxycodone-acetaminophen 31
OZEMPIC 90
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 90
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 90
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 90

P

pacerone 98
paliperidone er 79
PANRETIN 72
pantoprazole sodium 119
paricalcitol 144
paroxetine hcl 48
PAROXETINE HCL 49
paroxetine hcl er 49
PAXLOVID (150/100) 87
PAXLOVID (300/100 & 150/100) 87
PAXLOVID (300/100) 87
pazopanib hcl 67
PAZOPANIB HCL 67
PEDIARIX 141
PEDVAXHIB 141
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 117
peg-3350/electrolytes 118
PEGASYS 138
PEMAZYRE 67
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP 149
PEN NEEDLES 149
PENBRAYA 149
penicillamine 122
penicillin g potassium 37
PENICILLIN G SODIUM 37
penicillin v potassium 38
PENMENVY 141
PENTACEL 141
pentamidine isethionate 74
pentoxifylline er 102
perampanel 41
PERINDOPRIL ERBUMINE 97
periogard 110
permethrin 113
perphenazine 50
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 47
PERSERIS 79
pfizerpen 38

PHENELZINE SULFATE 48
phenobarbital 43
phenytek 44
phenytoin 44
phenytoin infatabs 45
phenytoin sodium extended 45
philith 130
PIFELTRO 83
pilocarpine hcl 110,155
pimozide 76
pimtrea 130
pindolol 99
pioglitazone hcl 90
pioglitazone hcl-glimepiride 90
pioglitazone hcl-metformin hcl 90
piperacillin sod-tazobactam so 38
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 68
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 68
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 68
pirfenidone 160
PIRFENIDONE 160
piroxicam 29
PNV 27-CA/FE/FA 115
podofilox 113
polycin 153
polymyxin b-trimethoprim 154
pomalidomide 56
POMALYST 57
portia-28 130
posaconazole 52
potassium chloride 115
potassium chloride crys er 115
potassium chloride er 115
potassium chloride in dextrose 115
potassium chloride in nacl 115
potassium citrate er 115
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 116
pramipexole dihydrochloride 75
prasugrel hcl 96
pravastatin sodium 104
praziquantel 73
prazosin hcl 96
prednisolone 122
prednisolone acetate 154
prednisolone sodium phosphate 122
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE . 154
prednisone 123
PREDNISONE 123
PREDNISONE INTENSOL 123
pregabalin 109
PREMARIN 130
PREMASOL 116
PREMIUM LIDOCAINE 32
prenatal vitamins 116
PRETOMANID 55
prevalite 105
PREVYMIS 81
PREZCOBIX 85
PREZCOBIX PED 86
PREZISTA 86
primaquine phosphate 74
primidone 43
PRIORIX 141
PRO COMFORT ALCOHOL 149
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 149
probenecid 53
prochlorperazine 50
prochlorperazine maleate 50
procto-med hc 112
proctosol hc 112
proctozone-hc 112
progesterone 132
PROGRAF 139
promethazine hcl 50,157
propafenone hcl 98
propranolol hcl 99
PROPRANOLOL HCL 99
propranolol hcl er 99
propylthiouracil 135
PROQUAD 141

protriptyline hcl . . . 50
PULMOZYME . . . 159
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE . 149
pyrazinamide . . . 55
pyridostigmine bromide . . . 54
pyridostigmine bromide er . . . 54
pyrimethamine . . . 74

Q

qc alcohol . . . 113
QINLOCK . . . 58
QUADRACEL . . . 142
quetiapine fumarate . . . 79
quetiapine fumarate er . . . 80
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE . . . 150
quinapril hcl . . . 97
quinapril-hydrochlorothiazide . . . 102
QUINIDINE SULFATE . . . 98
quinine sulfate . . . 74
QVAR REDIHALER . . . 157

R

ra isopropyl alcohol wipes . . . 113
RABAVERT . . . 142
rabeprazole sodium . . . 119
RALDESY . . . 49
raloxifene hcl . . . 132
raltegravir potassium . . . 82,83
ramelteon . . . 162
ramipril . . . 97
ranolazine er . . . 102
rasagiline mesylate . . . 75
reclipsen . . . 130
RECOMBIVAX HB . . . 142
RELENZA DISKHALER . . . 86
repaglinide . . . 90
REPATHA . . . 105
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM . . . 105
REPATHA SURECLICK . . . 105
RESTASIS . . . 153
RETACRIT . . . 95
RETEVMO . . . 68
REVCOVI . . . 120
REVUFORJ . . . 68
REXULTI . . . 80
REYATAZ . . . 86
REZDIFFRA . . . 133
REZLIDHIA . . . 68
RHOPRESSA . . . 155
RIBAVIRIN . . . 82
ribavirin . . . 82
RIDAURA . . . 136
rifabutin . . . 55
rifampin . . . 55
rifapentine . . . 55
rilpivirine hcl . . . 83
riluzole . . . 108
RIMANTADINE HCL . . . 86
ringers . . . 116
ringers irrigation . . . 150
RINVOQ . . . 136
RINVOQ LQ . . . 136
riociguat . . . 159
risedronate sodium . . . 144
risperidone . . . 80
risperidone microspheres er . . . 80
ritonavir . . . 86
rivaroxaban . . . 94
rivastigmine . . . 46
rivastigmine tartrate . . . 46
rizatriptan benzoate . . . 54
ROCKLATAN . . . 153
roflumilast . . . 159
ROMVIMZA . . . 68
ropinirole hcl . . . 75
ropinirole hcl er . . . 75
rosuvastatin calcium . . . 104
ROTARIX . . . 142
ROTATEQ . . . 142
roweepra . . . 41

ROZLYTREK....68
RUBRACA....68
rufinamide....45
RUKOBIA....85
RYBELSUS....90
RYDAPT....69

S

sacubitril-valsartan....102
sajazir....135
SANTYL....113
sapropterin dihydrochloride....120
SCEMBLIX....69
scopolamine....50
SECUADO....80
SECURESAFE INSULIN SYRINGE....150
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES....150
selegiline hcl....75
selenium sulfide....112
SELZENTRY....85
SEREVENT DISKUS....158
sertraline hcl....49
setlakin....130
sevelamer carbonate....117
sharobel....132
SHINGRIX....142
SIGNIFOR....134
sildenafil citrate....160
SILIGENTLE FOAM DRESSING....150
silodosin....121
silver sulfadiazine....113
SIMBRINZA....155
SIMLANDI (1 PEN)....139
SIMLANDI (1 SYRINGE)....140
SIMLANDI (2 PEN)....140
SIMLANDI (2 SYRINGE)....140
simliya....130
simpesse....130
simvastatin....105
sirolimus....140
SIRTURO....55
sitaglip phos-metformin hcl er....90
sitagliptin phos-metformin hcl....90
sitagliptin phosphate....90
SKYRIZI....136,137
SKYRIZI PEN....137
SMOFLIPID....150
sodium chloride....116
sodium chloride (pf)....116
SODIUM FLUORIDE....116
sodium oxybate....163
sodium phenylbutyrate....120
sodium polystyrene sulfonate....117
solifenacin succinate....121
SOLTAMOX....57
SOMAVERT....134
sorafenib tosylate....69
sotalol hcl....98
sotalol hcl (af)....98
SPIRIVA RESPIMAT....157
spironolactone....104
spironolactone-hctz....102
sprintec 28....130
SPRITAM....41
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF)....117
sronyx....130
ssd....113
sterile water for irrigation....150
STIOLTO RESPIMAT....161
STIVARGA....69
STREPTOMYCIN SULFATE....33
STRIBILD....83
subvenite....41
SUBVENITE....41
sucralfate....119
SULFACETAMIDE SODIUM....154
sulfacetamide sodium....154
sulfacetamide sodium (acne)....110
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE....153
sulfadiazine....39

sulfamethoxazole-trimethoprim . . . 39
sulfasalazine . . . 143
sulfatrim pediatric . . . 40
sulindac . . . 29
sumatriptan . . . 54
sumatriptan succinate . . . 54
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL . . . 54
sunitinib malate . . . 69
SUNLENCA . . . 85
SUPER TOUCH INSULIN SYRINGE . . . 150
SUPER TOUCH PEN NEEDLES . . . 150
SURE COMFORT PEN NEEDLES . . . 150
syeda . . . 130
SYMPAZAN . . . 43
SYMTUZA . . . 86
SYNAREL . . . 134
SYNJARDY . . . 90
SYNJARDY XR . . . 91
SYNTHROID . . . 133

T

TABLOID . . . 57
TABRECTA . . . 69
tacrolimus . . . 112,140
tadalafil . . . 121
tadalafil (pah) . . . 160
TAFINLAR . . . 69
TAGRISSO . . . 69
TALZENNA . . . 69,70
tamoxifen citrate . . . 57
tamsulosin hcl . . . 121
tarina fe 1/20 . . . 130
tarina fe 1/20 eq . . . 130
TARPEYO . . . 123
tasimelteon . . . 162
tazarotene . . . 110
TAZICEF . . . 36
TAZVERIK . . . 70
TDVAX . . . 142
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES . . . 150
telmisartan . . . 97
telmisartan-amlodipine . . . 103
telmisartan-hctz . . . 103
temazepam . . . 162
TENIVAC . . . 142
tenofovir disoproxil fumarate . . . 84
TEPMETKO . . . 70
terazosin hcl . . . 96
terbinafine hcl . . . 53
terconazole . . . 53
teriflunomide . . . 109
teriparatide . . . 144
testosterone . . . 124
testosterone cypionate . . . 124
TESTOSTERONE ENANTHATE . . . 124
tetrabenazine . . . 108
tetracycline hcl . . . 40
THALOMID . . . 57
theophylline er . . . 159
thioridazine hcl . . . 76
thiothixene . . . 76
tiadylt er . . . 100
tiagabine hcl . . . 43
TIBSOVO . . . 70
ticagrelor . . . 96
TICOVAC . . . 142
tigecycline . . . 35
timolol maleate . . . 99,155
tinidazole . . . 35
tiotropium bromide . . . 158
TIVICAY . . . 83
TIVICAY PD . . . 83
tizanidine hcl . . . 81
TOBI PODHALER . . . 159
tobramycin . . . 154,159
tobramycin sulfate . . . 33
tobramycin-dexamethasone . . . 153
TOLAK . . . 113
tolterodine tartrate . . . 121
tolterodine tartrate er . . . 121

tolvaptan . . . 116
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE . . . 150
topiramate . . . 42
toremifene citrate . . . 57
torsemide . . . 103
TOUJEO MAX SOLOSTAR . . . 92
TOUJEO SOLOSTAR . . . 92
TPN ELECTROLYTES . . . 116
TRADJENTA . . . 91
tramadol hcl . . . 31
tramadol hcl er . . . 30
tramadol-acetaminophen . . . 31
trandolapril . . . 97
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER . . . 103
tranexamic acid . . . 95
tranylcypromine sulfate . . . 48
travoprost (bak free) . . . 155
trazodone hcl . . . 49
TRECATOR . . . 55
TRELEGY ELLIPTA . . . 161
TREMFYA . . . 137
TREMFYA ONE-PRESS . . . 137
TREMFYA PEN . . . 137
TREMFYA-CD/UC INDUCTION . . . 137
TRESIBA . . . 92
TRESIBA FLEXTOUCH . . . 92,93
tretinoin . . . 72,110
tri-estarylla . . . 130
tri-linyah . . . 130
tri-mili . . . 130
tri-sprintec . . . 130
tri-vylibra . . . 130
triamcinolone acetonide . . . 110,112
triamterene-hctz . . . 103
triazolam . . . 162
triderm . . . 112
trientine hcl . . . 116
TRIENTINE HCL . . . 116
trifluoperazine hcl . . . 76
TRIFLURIDINE . . . 154
trihexyphenidyl hcl . . . 74
TRIKAFTA . . . 159
trimethoprim . . . 35
trimipramine maleate . . . 50
TRINTELLIX . . . 49
TRIUMEQ . . . 84
TRIUMEQ PD . . . 84
trivora (28) . . . 130
trospium chloride . . . 121
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE . . . 151
TRUE COMFORT PEN NEEDLES . . . 151
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES . . . 151
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE . . . 151
TRULICITY . . . 91
TRUMENBA . . . 142
TRUQAP . . . 70
TUKYSA . . . 70
TURALIO . . . 70
turqoz . . . 130
TWINRIX . . . 142
TYBOST . . . 85
TYENNE . . . 137
TYMLOS . . . 144
TYPHIM VI . . . 142

U

UDENYCA . . . 95
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE . . . 151
ULTRA COMFORT PEN NEEDLES . . . 151
UNIFINE OTC PEN NEEDLES . . . 151
UNIFINE PENTIPS . . . 151
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE . . . 151
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE . . . 151
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE . . . 151
unithroid . . . 133
UPTRAVI . . . 160
ursodiol . . . 118

V

valacyclovir hcl . . . 87

VALCHLOR . . . 113
valganciclovir hcl . . . 82
valproate sodium . . . 42
valproic acid . . . 42
valsartan . . . 97
valsartan-hydrochlorothiazide . . . 103
VALTOCO 10 MG DOSE . . . 43
VALTOCO 15 MG DOSE . . . 43
VALTOCO 20 MG DOSE . . . 43
VALTOCO 5 MG DOSE . . . 43
valtya 1/35 . . . 131
VALTYA 1/50 . . . 131
vancomycin hcl . . . 35
VANFLYTA . . . 70
VAQTA . . . 142
varenicline tartrate . . . 33
varenicline tartrate (starter) . . . 33
varenicline tartrate(continue) . . . 33
VARIVAX . . . 142
VAXCHORA . . . 142
VELIVET . . . 131
VELSIPITY . . . 137
VENCLEXTA . . . 70
VENCLEXTA STARTING PACK . . . 70
venlafaxine hcl . . . 49
venlafaxine hcl er . . . 49
VEOZAH . . . 108
VEPPANU . . . 57
verapamil hcl . . . 100
VERAPAMIL HCL ER . . . 100
verapamil hcl er . . . 100
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE . . . 151
VERIFINE INSULIN SYRINGE . . . 152
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE . . . 152
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR . . . 152
VERQUVO . . . 103
VERSACLOZ . . . 81
VERZENIO . . . 70
vestura . . . 131
vienva . . . 131
vigabatrin . . . 43
vigadrone . . . 43
VIGAFYDE . . . 43
vigpoder . . . 44
vilazodone hcl . . . 49
VIMKUNYA . . . 143
viorele . . . 131
VIRACEPT . . . 86
VIREAD . . . 84
VITRAKVI . . . 71
VIVOTIF . . . 143
VIZIMPRO . . . 71
volnea . . . 131
VONJO . . . 73
VOQUEZNA DUAL PAK . . . 119
VOQUEZNA TRIPLE PAK . . . 119
VORANIGO . . . 71
voriconazole . . . 53
VOSEVI . . . 82
VOWST . . . 152
VRAYLAR . . . 80
vyfemla . . . 131
vylibra . . . 131
VYZULTA . . . 155

W

warfarin sodium . . . 94
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE . . . 152
WEGOVY . . . 103
WELIREG . . . 59
WELTRUZA . . . 80
wera . . . 131
WINREVAIR . . . 160
wixela inhub . . . 162
wymzya fe . . . 131
WYOST . . . 144

X

XALKORI . . . 71
XARELTO . . . 94

XARELTO STARTER PACK 94
XATMEP 140
XCOPRI 42,45
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 45
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 45
XDEMVY 153
xelria fe 131
XERMELO 118
XIFAXAN 35
XIGDUO XR 91
XIIDRA 153
XOFLUZA (40 MG DOSE) 86
XOFLUZA (80 MG DOSE) 86
XOLAIR 137
XOSPATA 71
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 71
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 71
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 71
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 72
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 72
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 72
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 72
XTANDI 56
XTRENBO 144
xulane 131

Y

YESINTEK 137
YF-VAX 143
yuvafem 131

Z

zafemy 131
zafirlukast 157
zaleplon 162
ZARXIO 95
ZEJULA 72
ZELBORAF 72
zenatane 110
ZENBEXUS 59
ZENPEP 120
zidovudine 84
ziprasidone hcl 80
ziprasidone mesylate 80
ZIRGAN 154
zoledronic acid 144
ZOLINZA 59
zolpidem tartrate 162
ZONISADE 45
zonisamide 45
zovia 1/35 (28) 131
ZTALMY 44
zumandimine 131
ZURZUVAE 47
ZYDELIG 72
ZYKADIA 72
ZYMFENTRA (1 PEN) 140
ZYMFENTRA (2 PEN) 140
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) 140
ZYPREXA RELPREVV 80

فهذه القسم، يمكنك العثور على دواء من خلال البحث عن اسمه. سيعلمك أيضًا كيفية العثور على معلومات حيث الصفحة المقابلة لهذا الدواء.

ANALGESICS 28
ANESTHETICS 32
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS 32
ANTIBACTERIALS 33
ANTICONVULSANTS 40
ANTIDEMENTIA AGENTS 45
ANTIDEPRESSANTS 46
ANTIEMETICS 50
ANTIFUNGALS 51
ANTIGOUT AGENTS 53
ANTIMIGRAINE AGENTS 53
ANTIMYASTHENIC AGENTS 54
ANTIMYCOBACTERIALS 55
ANTINEOPLASTICS 55
ANTIPARASITICS 73
ANTIPARKINSON AGENTS 74
ANTIPSYCHOTICS 76
ANTISPASTICITY AGENTS 81
ANTIVIRALS 81
ANXIOLYTICS 87
BIPOLAR AGENTS 88
BLOOD GLUCOSE REGULATORS 89
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS 93
CARDIOVASCULAR AGENTS 96
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS 106
DENTAL AND ORAL AGENTS 109
DERMATOLOGICAL AGENTS 110
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS 114
GASTROINTESTINAL AGENTS 117
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT . 120
GENITOURINARY AGENTS 121
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL) 122
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY) 123
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS) 124
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID) 133
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY) 134
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID) 135
IMMUNOLOGICAL AGENTS 135

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS 143
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS 143
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS 145
OPHTHALMIC AGENTS 152
OTIC AGENTS 155
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS 156
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS 162
SLEEP DISORDER AGENTS 162

Notice of Availability of
Language Services and Auxiliary Aids and Services

English Tagline

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

الشعار بالعربية (Arabic)

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

Հայերեն պիտակ (Armenian)

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

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

简体中文标语 (Chinese)

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

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

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

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

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

日本語表記 (Japanese)

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

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

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

한국어 태그라인 (Korean)

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

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ

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

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການ
ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ

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

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

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

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

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

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

مطلب به زبان فارسی ((Persian (Farsi)

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

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

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

Русский слоган (Russian)

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

предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

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

Tagalog Tagline (Tagalog)

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

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

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

Примітка українською (Ukrainian)

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

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

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

إشعار عدم التمييز

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

تقدم خطة Blue Shield of California ما يلي:

» مساعدات وخدمات مجانية تُقدم في الوقت المناسب للأشخاص ذوي الإعاقات لمساعدتهم في التواصل بشكل أفضل، مثل:

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

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

- مترجمون فوريون أكفاء
- معلومات مكتوبة بلغات مختلفة

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

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

Blue Shield of California

601 12th Street

Oakland, CA 94607-3613

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

كيفية تقديم تظلم

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

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

- عن طريق الهاتف: اتصل بمنسق الحقوق المدنية لدى Blue Shield of California من الساعة 8 صباحًا وحتى الساعة 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة على الرقم 1-800-776-4466
  أو إذا كنت لا تستطيع السماع أو التحدث بشكل جيد، يُرجى الاتصال على 711 TTY/TDD.

- كتابيًا: املأ نموذج شكوى أو اكتب خطابًا وأرسله إلى:
  Blue Shield of California's Civil Rights Coordinator, Medicare Appeals & Grievance, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91367 or email Appeal&GrievanceResol@blueshieldca.com.
- شخصيًا: تفضل بزيارة عيادة طبيبك أو Blue Shield of California واذكر رغبتك في تقديم تظلم.
- إلكترونيًا: تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني لـ Blue Shield of California عبر الرابط blueshieldca.com.

مكتب الحقوق المدنية (OFFICE OF CIVIL RIGHTS) – إدارة خدمات الرعاية الصحية بولاية كاليفورنيا

CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

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

- عن طريق الهاتف: اتصل على الرقم 1-916-440-7370. إذا لم يكن بمقدورك التحدث أو السماع جيدًا، يُرجى الاتصال على 711 (خدمة ترحيل الاتصالات).
- كتابيًا: املأ نموذج الشكاوى أو أرسل خطابًا إلى:

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

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

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

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

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

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

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

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

- إلكترونيًا: يرجى زيارة البوابة الإلكترونية لمكتب شكاوى الحقوق المدنية على الموقع الإلكتروني https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf.

تم تحديث *قائمة العقاقير* في يوم 10/23/2026 .

للحصول على معلومات أحدث أو لأي استفسارات أخرى، اتصل بنا على (711 :TTY) 452-4413 (800)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً. بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام في الأسبوع، أو قم بزيارة blueshieldca.com/medformulary2027.