



## **Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP), Список покрываемых лекарственных препаратов (Список препаратов или Справочник) по плану Medicare Medi-Cal 2026**

**ПОЖАЛУЙСТА, ПРОЧИТАЙТЕ: ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ СОДЕРЖИТ ИНФОРМАЦИЮ О ПРЕПАРАТАХ, КОТОРЫЕ МЫ ПОКРЫВАЕМ В ЭТОМ ПЛАНЕ**

ID справочника 26258, версия 13

Этот Список препаратов был обновлён 09/02/2025

Для получения более свежей информации или по другим вопросам свяжитесь с нами по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю или посетите [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).

H2819\_25\_357A\_C Approved 08202025

A55568EAЕ-RU ( 10/25 )

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield TotalDual Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 08:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации посетите [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).



09/02/2025

## **Введение**

Этот документ называется *Список покрываемых лекарственных препаратов* (или *Список препаратов*). Здесь указано, какие препараты покрываются планом Blue Shield TotalDual Plan. В *Списке препаратов* также указывается, существуют ли какие-либо особые правила или ограничения в отношении любых препаратов, покрываемых Blue Shield TotalDual Plan. Ключевые термины и их определения приведены в последней главе *Руководства участника*.

## **Содержание**

A. Отказ от ответственности.....	iv
B. Часто задаваемые вопросы (FAQ).....	xiv
B1. Какие препараты рецептурного отпуска включены в <i>Список покрываемых лекарственных препаратов</i> ? (Для краткости мы называем <i>Список покрываемых лекарственных препаратов</i> « <i>Списком препаратов</i> ».) .....	xiv
B2. Изменяется ли <i>Список препаратов</i> ? .....	xv
B3. Что происходит при изменении <i>Списка препаратов</i> ? .....	xvi
B4. Существуют ли какие-либо нормы или ограничения на покрытие лекарственных препаратов или какие-либо условия, выполнение которых требуется для получения определенных препаратов? .....	xviii
B5. Как узнать, есть ли у нужного вам лекарственного препарата нормы или требуется ли выполнение особых условий для его получения? .....	xix
B6. Что произойдет, если Blue Shield TotalDual Plan изменит свои правила относительно покрытия определенных препаратов (например, требование предварительного разрешения, количественные ограничения и/или ограничения поэтапной терапии)? .....	xix
B7. Как найти препарат в <i>Списке препаратов</i> ? .....	xix
B8. Что делать, если препарат, который я хочу принимать, отсутствует в <i>Списке препаратов</i> ? .....	xx

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield TotalDual Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации посетите [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).



B9. Что делать, если я новый участник Blue Shield TotalDual Plan и не могу найти свой препарат в <i>Списке препаратов</i> или возникла проблема с получением препарата? .....	xx
B10. Могу ли я попросить об исключении для покрытия моего препарата?.....	xxii
B11. Как подать запрос об исключении? .....	xxii
B12. Сколько времени нужно, чтобы получить исключение? .....	xxii
B13. Что такое непатентованные лекарственные препараты? .....	xxiii
B14. Что такое оригинальные биологические продукты и как они связаны с биосимиллярами? .....	xxiii
B15. Покрывает ли Blue Shield TotalDual Plan долгосрочные запасы рецептурных препаратов? .....	xxiii
B16. Могу ли я воспользоваться доставкой рецептов на дом из моей местной аптеки?.....	xxiv
B17. Какова моя сумма доплаты?.....	xxiv
C. Обзор <i>Списка покрываемых лекарственных препаратов</i> .....	xxvi
C1. Список препаратов по медицинским показаниям .....	xxvii
D. Указатель покрываемых лекарственных препаратов .....	137

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield TotalDual Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации посетите [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).



---

## A.Отказ от ответственности

Это список препаратов, которые участники могут получить в Blue Shield TotalDual Plan.

- ❖ Blue Shield of California — это план HMO D-SNP с контрактом Medicare и контрактом с California State Medicaid Program (Программа Medicaid штата Калифорния). Регистрация в Blue Shield of California зависит от продления контракта.
- ❖ Вы всегда можете проверить актуальный Список покрываемых препаратов Blue Shield TotalDual Plan онлайн по адресу [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026) или позвонив по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711). Звонок бесплатный.
- ❖ Blue Shield of California является независимым членом Blue Shield Association.
- ❖ Вы можете получить этот документ бесплатно в других форматах, например, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в форме аудиозаписи. Позвоните по номерам, указанным в нижнем колонтитуле этого документа. Звонок бесплатный.
- ❖ 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。 Компания соблюдает применимые законы штата и федеральные законы о гражданских правах и не допускает дискриминации, исключения людей или иного неравного обращения по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, этнической принадлежности, состояния здоровья, генетической информации, родословной, религии, пола, семейного положения, гендера, гендерной идентичности, сексуальной ориентации, возраста, психических или физических особенностей.
- ❖ Этот документ предоставляется бесплатно на английском, испанском, арабском, армянском, упрощённом китайском, традиционном китайском, фарси, кхмерском (камбоджийском), корейском, русском, тагальском и вьетнамском языках.

**Этот раздел продолжается на следующей странице**

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield TotalDual Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации посетите [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).



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

### (Arabic)

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

### Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒԾԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: 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:

Этот раздел продолжается на следующей странице

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield TotalDual Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации посетите [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).



## 简体中文标语 (Chinese)

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

## ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

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

Этот раздел продолжается на следующей странице

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield TotalDual Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации посетите [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).



## हिंदी टैगलाइन (Hindi)

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

Этот раздел продолжается на следующей странице

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield TotalDual Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации посетите [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).



## 日本語表記 (Japanese)

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

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

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

## 한국어 태그라인 (Korean)

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

Этот раздел продолжается на следующей странице

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield TotalDual Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации посетите [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).



## ເຄຫດໄວຢາສາວາວ (Laotian)

ປະກາດ:

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

ຢັ້ງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາວັບຄົນຜິການ  
ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນຸ່ມແລະມີໂຕຜົມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711).

ການບໍລິການເຫຼົານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ລ່າຍໄດ້.

## 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.

Этот раздел продолжается на следующей странице

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield TotalDual Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации посетите [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).



## យូសម្តាល់ជាកាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាកាសា របស់អ្នក សូម

ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY:711)។ ជំនួយ និង

សេវាកម្ម សម្រាប់ ដនពិការ ដូចជាគកសារសរសេរជាមក្ស្រាជុស

សម្រាប់ដនពិការតេភ្ញក ឬផ្លូវកសារសរសេរជាមក្ស្រាជុស

កំណត់រកបានដែនដោរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-452-4413

(TTY:711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគីឡូម៉ូយ។

## مطلوب به زبان فارسی (Persian (Farsi))

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

Этот раздел продолжается на следующей странице

---

Если у вас есть вопросы, пожалуйста, позвоните в Blue Shield TotalDual Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации посетите [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).



## **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.

Этот раздел продолжается на следующей странице

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield TotalDual Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации посетите [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).



## **Tagalog Tagline (Tagalog)**

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

## **แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข

1-800-452-4413 (TTY: 711) นอกจากนี้

ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ

สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ

ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่

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

ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Этот раздел продолжается на следующей странице

---

Если у вас есть вопросы, пожалуйста, позвоните в Blue Shield TotalDual Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации посетите [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).



## **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.

## **Khâu hiêu tiêng 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.

- ❖ Вы можете сделать постоянный запрос на получение этого документа и всех последующих обязательных уведомлений на языке, отличном от английского, или в альтернативном формате (крупный шрифт, шрифт Брайля, аудиозапись и т. д.). Связаться с Центром поддержки участников программы Blue Shield TotalDual Plan для подачи такого запроса можно по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Центр поддержки участников сохранит предпочтаемый вами язык и формат до тех пор, пока вы не захотите внести изменения.
- ❖ Чтобы изменить постоянный запрос на получение обязательных уведомлений на предпочтаемом языке или в альтернативном формате, пожалуйста, свяжитесь с Центром поддержки участников Blue Shield TotalDual Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю.

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield TotalDual Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации посетите [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).



---

## **В. Часто задаваемые вопросы (FAQ)**

Здесь вы найдете ответы на вопросы об этом *Списке покрываемых лекарственных препаратов*. Вы можете ознакомиться со всеми FAQ, чтобы узнать больше, или найти интересующий вас вопрос с ответом.

### **В1. Какие препараты рецептурного отпуска включены в Список покрываемых лекарственных препаратов? (Для краткости мы называем Список покрываемых лекарственных препаратов «Списком препаратов».)**

Лекарственные препараты, указанные в Списке препаратов, начиная с **Раздела С**, покрываются планом Blue Shield TotalDual Plan. Эти препараты можно приобрести в аптеках нашей сети. Аптека считается входящей в нашу сеть, если у нас есть с ней соглашение о сотрудничестве и предоставлении вам услуг. Мы называем такие аптеки «сетевыми аптеками».

Другие препараты, такие как некоторые безрецептурные (OTC) лекарства и определённые витамины, могут покрываться программой Medi-Cal Rx. Посетите сайт Medi-Cal Rx ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) для получения дополнительной информации. Вы также можете позвонить в Центр поддержки участников Medi-Cal Rx по телефону 800-977-2273. При получении рецептов через Medi-Cal Rx обязательно имейте при себе вашу идентификационную карту бенефициара (BIC) Medi-Cal.

- Blue Shield TotalDual Plan покроет все медицински необходимые препараты из Списка препаратов, если:
  - ваш или другой врач, назначающий препараты, скажет, что они нужны вам для лечения или поддержания здоровья, и
  - Blue Shield TotalDual Plan посчитает, что препарат медицински необходим для вас, и
  - вы получаете препарат по рецепту в сетевой аптеке Blue Shield TotalDual Plan.
- В некоторых случаях вам нужно выполнить определённые действия, прежде чем вы сможете получить препарат. Обратитесь к вопросу В4 для получения дополнительной информации.

Вы также можете найти актуальный список покрываемых препаратов на нашем сайте по адресу [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026) или позвонить в Центр поддержки участников по номерам, указанным в нижнем колонтитуле этого документа.

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield TotalDual Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации посетите [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).



## **B2. Изменяется ли Список препаратов?**

Да, и Blue Shield TotalDual Plan должен соблюдать правила Medicare и Medi-Cal при внесении изменений. Мы можем добавлять или удалять лекарственные препараты из *Списка препаратов* в течение года.

Мы также можем изменять наши правила в отношении лекарственных препаратов. Например, мы можем:

- Потребовать или не требовать предварительного одобрения лекарственного препарата. (Предварительное одобрение — это разрешение от Blue Shield TotalDual Plan, полученное до того, как вы сможете получить препарат.)
- Увеличить или изменить количество препарата, которое вы можете получить (так называемые количественные нормы).
- Добавить или изменить ограничения поэтапной терапии на использование лекарственного препарата. (Поэтапная терапия означает, что вы должны попробовать один лекарственный препарат, прежде чем мы обеспечим покрытие другого лекарственного препарата.)

Для получения дополнительной информации о правилах, касающихся этих препаратов, см. вопрос В4.

Если вы принимаете препарат, который покрывался в **начале** года, мы, как правило, не будем отменять или изменять покрытие этого препарата **до конца этого года**, кроме случаев, когда:

- на рынке появится новый, более дешевый лекарственный препарат, обладающий таким же эффектом, как и лекарственный препарат из *Списка препаратов*, или
- мы узнаем, что лекарственный препарат небезопасен, или
- лекарственный препарат будет снят с продаж.

Вопросы В3 и В6 ниже содержат дополнительную информацию о том, что происходит при изменении *Списка препаратов*.

- Вы всегда можете проверить актуальный *Список препаратов* Blue Shield TotalDual Plan онлайн на сайте [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026). Обновления *Списка препаратов* публикуются на сайте ежемесячно.

**Этот раздел продолжается на следующей странице**

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield TotalDual Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации посетите [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).



- Вы также можете позвонить в Центр поддержки участников по номерам, указанным в нижнем колонтитуле этого документа, чтобы узнать текущий Список препаратов.

### **В3. Что происходит при изменении Списка препаратов?**

Некоторые изменения в Списке покрываемых препаратов вступают в силу **незамедлительно**. Например:

- **Замены некоторых новых версий препаратов.** Мы можем немедленно удалить старые препараты из *Списка препаратов*, если заменяем их новыми версиями этого препарата, при этом ваша стоимость нового препарата останется \$0. Когда мы добавляем новый непатентованный лекарственный препарат, мы также можем принять решение о сохранении патентованного лекарственного средства в списке, но изменить правила его покрытия или нормы.
  - Мы можем не уведомить вас о предстоящем изменении, но вышлем вам информацию о конкретных изменениях, которые мы внесли, как только они произойдут.
  - Мы можем вносить такие изменения только в том случае, если добавляемый препарат:
    - является новой дженерик-версией фирменного препарата, или
    - является определённой новой биосимиллярной версией оригинальных биологических продуктов из *Списка препаратов* (например, добавление взаимозаменяемого биосимилляра, который может быть заменён на оригинальный биологический продукт без нового рецепта).
    - Некоторые из этих типов препаратов могут быть для вас новыми. Для получения дополнительной информации обратитесь к **Разделу В14**.
  - Вы или ваш лечащий врач можете попросить об исключении из этих изменений. Мы отправим вам уведомление с инструкциями о том, как подать запрос на исключение. Смотрите вопросы В10-В12 для получения дополнительной информации об исключениях.

**Этот раздел продолжается на следующей странице**

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield TotalDual Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации посетите [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).



- **Мы можем удалить небезопасные препараты и другие препараты, снятые с продажи.** Иногда препарат может быть признан небезопасным или снят с продажи по другой причине. Если это произойдет, мы можем немедленно исключить его из *Списка препаратов*. Если вы принимаете этот препарат, мы отправим вам уведомление после внесения изменений. Ваш лечащий врач также будет проинформирован об этом изменении и сможет помочь вам подобрать другой препарат для вашего случая.

**Мы можем вносить и другие изменения, которые затрагивают принимаемые вами препараты.** Мы заранее уведомим вас о таких изменениях *Списка препаратов*. Эти изменения могут произойти, если:

- Food and Drug Administration (FDA, Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств) выпускает новые рекомендации или появляются новые клинические руководства по использованию препарата.
- Мы удаляем фирменный препарат из *Списка препаратов* при добавлении дженерика, который уже не является новым на рынке, или
- мы удаляем оригинальный биологический продукт при добавлении биосимиляра, или
- изменяем правила покрытия или нормы для патентованного препарата.

Когда происходят такие изменения, мы:

- уведомим вас как минимум за 30 дней до внесения изменений в *Список препаратов или*
- сообщим вам об изменении и предоставим 30-дневный запас лекарственного препарата после вашего запроса на повторное получение рецепта.

Это даст вам время обсудить ситуацию с вашим врачом или другим специалистом, выписывающим рецепты. Они могут помочь вам принять решение:

- Определить, есть ли аналогичный лекарственный препарат в *Списке препаратов*, который вы сможете выбрать в качестве замены, или
- Стоит ли запросить исключение для этих изменений. Чтобы узнать больше об исключениях, обратитесь к вопросам B10-B12.

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield TotalDual Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации посетите [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).



**B4. Существуют ли какие-либо нормы или ограничения на покрытие лекарственных препаратов или какие-либо условия, выполнение которых требуется для получения определенных препаратов?**

Да, у некоторых препаратов есть правила покрытия или нормы на количество, которое вы можете получить. В некоторых случаях вы, ваш врач или другой специалист, выписывающий рецепты, должны выполнить определенные условия, прежде чем вы сможете получить лекарственный препарат. Например:

- **Предварительное разрешение:** для получения некоторых препаратов вы, ваш врач или другой специалист, выписывающий рецепты, должны получить одобрение от Blue Shield TotalDual Plan, прежде чем вы получите рецепт. Предварительное разрешение отличается от направления. Blue Shield TotalDual Plan может не покрывать препарат, если вы не получите предварительное разрешение.
- **Нормы по количеству:** иногда Blue Shield TotalDual Plan ограничивает количество препарата, которое вы можете получить.
- **Поэтапная терапия:** иногда Blue Shield TotalDual Plan может потребовать от вас проведения поэтапной терапии. Это означает, что вам придется пробовать препараты в определенной последовательности для лечения заболевания. Возможно, вам придется попробовать один лекарственный препарат, прежде чем мы покроем стоимость другого. Если ваш врач посчитает, что первый препарат вам не подходит, тогда мы покроем второй.

Вы можете узнать, есть ли у вашего препарата дополнительные требования или ограничения, посмотрев в таблицах в **Разделе С**. Вы также можете получить дополнительную информацию, посетив наш сайт по адресу [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026). Мы опубликовали в Интернете документы, в которых разъясняются ограничения на предварительное утверждение и поэтапную терапию. Вы также можете попросить нас выслать вам копию.

**Вы можете попросить об исключении из этих ограничений.** Это даст вам время поговорить с вашим врачом или другим специалистом, выписывающим рецепты. Он или она поможет вам найти аналогичный лекарственный препарат в **Списке препаратов**, который вы сможете использовать в качестве замены, или попросить об исключении. Смотрите вопросы B10-B12 для получения дополнительной информации об исключениях.

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield TotalDual Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации посетите [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).



## **В5. Как узнать, есть ли у нужного вам лекарственного препарата нормы или требуется ли выполнение особых условий для его получения?**

Таблица в разделе под названием «Список препаратов по медицинским показаниям» содержит столбец с пометкой «Необходимые действия, ограничения или лимиты на использование».

## **В6. Что произойдет, если Blue Shield TotalDual Plan изменит свои правила относительно покрытия определенных препаратов (например, требование предварительного разрешения, количественные ограничения и/или ограничения поэтапной терапии)?**

В некоторых случаях мы заранее сообщим вам о добавлении или изменении предварительного одобрения, норм по количеству и/или ограничений по поэтапной терапии для препарата. См. вопрос В3 для получения дополнительной информации о таком предварительном уведомлении и ситуациях, когда мы не сможем сообщить вам заранее об изменении *Списка препаратов*.

## **В7. Как найти препарат в *Списке препаратов*?**

Есть два способа найти препарат:

- вы можете искать в алфавитном порядке, **или**
- вы можете искать по медицинскому показанию.

Для поиска **в алфавитном порядке** перейдите в раздел «Указатель покрываемых лекарственных препаратов». Вы можете найти его в указателе, который начинается на странице 137. Указатель содержит алфавитный список всех препаратов, включенных в этот документ. Указатель включает как патентованные, так и непатентованные лекарственные препараты. Найдите ваш лекарственный препарат в Указателе. Рядом с препаратом вы увидите номер страницы, на которой приводится информацию о его покрытии.

Для поиска **по медицинскому показанию** найдите раздел с пометкой «Список препаратов по медицинским показаниям». Препараты в этом разделе сгруппированы по категориям в зависимости от типа заболевания, для лечения которого они используются. Например, если у вас есть проблемы с сердцем, вы должны искать в категории сердечно-сосудистых средств. В нем вы найдете препараты, которые используются для лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield TotalDual Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации посетите [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).



## **B8. Что делать, если препарат, который я хочу принимать, отсутствует в Списке препаратов?**

Если вы не нашли свой препарат в *Списке препаратов*, позвоните в Центр поддержки участников по номерам, указанным в нижнем колонтитуле этого документа, и уточните информацию. Если вы узнаете, что Blue Shield TotalDual Plan не покрывает препарат, вы можете выполнить одно из следующих действий:

- Обратитесь в Центр поддержки участников программы, чтобы получить список препаратов, аналогичных тому, которое вы хотите принимать. Затем покажите этот список своему врачу или другому специалисту, выписывающему рецепты. Он или она сможет подобрать препарат из *Списка препаратов*, аналогичный тому, который вы хотите принимать. **Или**
- Попросите Blue Shield TotalDual Plan сделать исключение и покрыть стоимость вашего препарата. Смотрите вопросы B10-B12 для получения дополнительной информации об исключениях.

## **B9. Что делать, если я новый участник Blue Shield TotalDual Plan и не могу найти свой препарат в Списке препаратов или возникла проблема с получением препарата?**

Мы можем помочь. Мы можем покрыть стоимость временного 30-дневного запаса вашего препарата в течение первых 90 дней членства в Blue Shield TotalDual Plan. Это даст вам время обсудить ситуацию со своим врачом или другим специалистом, выписывающим рецепты. Он или она поможет вам найти аналогичный лекарственный препарат в *Списке препаратов*, который вы сможете использовать в качестве замены, или подать запрос об исключении.

Если ваш рецепт выписан на меньший срок, мы разрешим несколько повторных отпусков препарата, чтобы суммарно получить его запас на 30 дней.

Мы покроем 30-дневный запас вашего препарата, если:

- вы принимаете препарат, который отсутствует в нашем *Списке препаратов*, **или**
- правила плана медицинского страхования не позволяют вам получить количество, назначенное вашим врачом, **или**
- препарат требует предварительного разрешения от Blue Shield TotalDual Plan, **или**

**Этот раздел продолжается на следующей странице**

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield TotalDual Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации посетите [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).



- вы принимаете препарат, который является частью ограничения поэтапной терапии.

Если вы принимаете препарат, который Blue Shield TotalDual Plan не относит к препаратам Части D, и этот препарат не включен в *Список препаратов*, а его получение вызывает трудности, возможно, его покрытие может быть доступно по программе Medi-Cal Rx. Если для исключенного из Части D препарата требуется получение исключения и возникает экстренная ситуация, Medi-Cal Rx предоставит не менее 72-часового запаса препарата. Посетите сайт Medi-Cal Rx ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) для получения дополнительной информации. Вы также можете позвонить в Центр поддержки участников Medi-Cal Rx по телефону 800-977-2273. При получении рецептов через Medi-Cal Rx обязательно имейте при себе вашу идентификационную карту бенефициара (BIC) Medi-Cal.

Если вы находитесь в доме престарелых или другом учреждении долгосрочного ухода и нуждаетесь в препарате, которого нет в *Списке препаратов*, или если вы не можете легко получить необходимый препарат, мы можем помочь. Если вы являетесь участником плана более 90 дней, проживаете в учреждении долгосрочного ухода и вам нужен препарат немедленно:

- Мы один раз покроем стоимость 31-дневного запаса необходимого вам препарата (если только ваш рецепт не рассчитан на меньший срок), независимо от того, являетесь ли вы новым участником Blue Shield TotalDual Plan.
- Это предоставляется дополнительно к временной поставке препарата в течение первых 90 дней вашего членства в Blue Shield TotalDual Plan.

#### Политика перехода

В случаях, когда бенефициар переходит от одной схемы лечения к другой, Blue Shield TotalDual Plan обеспечивает ускоренную процедуру одобрения препаратов, не входящих в Часть D справочника. Этот процедура также применяется к лекарственным препаратам Части D справочника, которые требуют предварительного утверждения или поэтапной терапии. Примеры изменения уровня медицинского обслуживания: бенефициары, которые выписываются из больницы домой; бенефициары, которые заканчивают свое пребывание в учреждении ухода с квалифицированными медсестрами в рамках программы Medicare, часть А, и которым необходимо вернуться к Части D справочника плана; бенефициары, которые прекращают пребывание в учреждении долгосрочного ухода и возвращаются в сообщество; и бенефициары, которые выписываются из психиатрических больниц со строго индивидуализированными режимами лечения.

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield TotalDual Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации посетите [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).



## **B10. Могу ли я попросить об исключении для покрытия моего препарата?**

Да. Вы можете попросить Blue Shield TotalDual Plan сделать исключение для покрытия стоимости препарата, которого нет в *Списке препаратов*.

Вы также можете попросить нас изменить правила, касающиеся вашего препарата.

- Например, Blue Shield TotalDual Plan может ограничивать покрываемое количество препарата. Если для вашего препарата установлены определенные нормы, вы можете попросить нас изменить эти нормы для покрытия большего количества.
- Другие примеры. Вы можете попросить нас отменить ограничения на поэтапную терапию или требования предварительного одобрения.

## **B11. Как подать запрос об исключении?**

Чтобы попросить об исключении, позвоните в Центр поддержки участников программы. Сотрудники поддержки помогут вам и вашему врачу оформить запрос на исключение. Вы также можете ознакомиться с **Разделом G2 Главы 9 Руководства участника**, чтобы узнать больше об исключениях.

## **B12. Сколько времени нужно, чтобы получить исключение?**

После того как мы получим заявление от вашего лечащего врача, подтверждающее ваш запрос на исключение, мы примем решение в течение 72 часов. Ваш лечащий врач может отправить это заявление в электронном виде (онлайн или по факсу) или по почте. Он также может позвонить в аптечный отдел Blue Shield по телефону (800) 535-9481 и подать нам заявление устно, а затем при необходимости отправить письменное заявление.

Если вы или ваш лечащий врач считаете, что вашему здоровью может быть нанесен ущерб, если вам придется ждать решения в течение 72 часов, вы можете запросить ускоренное исключение. Это решение принимается быстрее. Если ваш врач, назначающий препараты, поддерживает ваш запрос, мы примем решение в течение 24 часов после получения подтверждающего заявления от вашего врача или специалиста, выписывающего рецепты.

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield TotalDual Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации посетите [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).



## **B13. Что такое непатентованные лекарственные препараты?**

Непатентованные лекарственные препараты (дженерики) содержат те же активные вещества, что и патентованные лекарственные препараты. Они обычно стоят дешевле, чем фирменные препараты, но, как правило, работают так же эффективно. Как правило, у таких препаратов нет известных торговых названий. Непатентованные лекарственные препараты одобряются Food and Drug Administration (FDA). Для многих патентованных препаратов доступны непатентованные аналоги. Непатентованные препараты обычно можно заменить на патентованные варианты в аптеке без замены рецепта в зависимости от законов штата.

Blue Shield TotalDual Plan покрывает как патентованные, так и непатентованные препараты.

## **B14. Что такое оригинальные биологические продукты и как они связаны с биосимилярами?**

Когда мы говорим о препаратах, это может означать препарат или биологический продукт. Биологические продукты — это препараты, которые более сложны, чем обычные препараты. Поскольку биологические продукты сложнее обычных препаратов, вместо непатентованных вариантов у них есть формы, называемые биосимилярами. Как правило, биосимиляры действуют так же эффективно, как и оригинальный биологический продукт, но могут быть дешевле. Для некоторых оригинальных биологических продуктов существуют альтернативы-биосимиляры. Некоторые биосимиляры являются взаимозаменяемыми. В зависимости от законов штата они могут быть заменены на оригинальный биологический продукт в аптеке без нового рецепта, так же как непатентованные препараты могут быть заменены на фирменные препараты.

Для получения дополнительной информации о типах препаратов обратитесь к **Главе 5 Руководства участника**.

## **B15. Покрывает ли Blue Shield TotalDual Plan долгосрочные запасы рецептурных препаратов?**

Для определённых видов препаратов вы можете воспользоваться услугами домашней доставки из сети поставщиков плана. Как правило, препараты, предоставляемые через службу доставки на дом, — это препараты, которые вы принимаете регулярно в связи с хроническим или длительным заболеванием. Препараты, которые нельзя получить через службу доставки на дом, помечены символом NDS в нашем *Списке препаратов*.

**Этот раздел продолжается на следующей странице**

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield TotalDual Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации посетите [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).



- **Служба доставки на дом.** Мы предлагаем службу доставки на дом, которая позволяет получить запас препарата на срок **до 100 дней для Уровня 1:**  
**Предпочтительные непатентованные препараты, Уровня 2:**  
**Непатентованные препараты, Уровня 3: Предпочтительные патентованные препараты и Уровня 4: Непредпочтительные препараты.**  
100-дневный запас для препаратов Уровня 1: Предпочтительные непатентованные препараты и Уровня 2: Непатентованные препараты характеризуется такой же доплатой, как и месячный запас препаратов этих для уровней. 100-дневный запас для Уровня 3: Предпочтительные патентованные препараты и Уровня 4: Непредпочтительные препараты характеризуется такой же доплатой, как и месячный запас препаратов этих уровней.
- **Программы розничных аптек.** Некоторые розничные аптеки также могут предлагать **100-дневный запас для препаратов Уровня 1:**  
**Предпочтительные непатентованные препараты, Уровня 2:**  
**Непатентованные препараты, Уровня 3: Предпочтительные патентованные препараты и Уровня 4: Непредпочтительные препараты.**  
100-дневный запас для Уровня 1: Предпочтительные непатентованные препараты и Уровня 2: Непатентованные препараты характеризуется такой же доплатой, как и месячный запас препаратов этих уровней. 100-дневный запас для Уровня 3: Предпочтительные патентованные препараты и Уровня 4: Непредпочтительные препараты характеризуется такой же доплатой, как и месячный запас препаратов этих уровней.

## B16. Могу ли я воспользоваться доставкой рецептов на дом из моей местной аптеки?

Ваша местная аптека может доставить ваш рецепт на дом. Вы можете позвонить в аптеку, чтобы узнать, предлагают ли они доставку на дом.

## B17. Какова моя сумма доплаты?

У участников Blue Shield TotalDual Plan есть доплаты за рецептурные препараты, если участник соблюдает правила плана.

Уровни — это группы лекарственных препаратов в нашем *Списке препаратов*.

- Лекарственные препараты Уровня 1 являются предпочтительными непатентованными препаратами
- Лекарственные препараты уровня 2 являются непатентованными препаратами

**Этот раздел продолжается на следующей странице**

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield TotalDual Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации посетите [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).



- Лекарственные препараты уровня 3 являются предпочтительными патентованными препаратами
- Лекарственные препараты уровня 4 являются непредпочтительными препаратами
- Лекарственные препараты уровня 5 являются специализированными препаратами

Уровень	Название	Доплата	
		30-дневный запас	100-дневный запас
Уровень 1	Предпочтительные непатентованные лекарственные препараты	\$0	\$0
Уровень 2	Непатентованные лекарственные препараты	\$0	\$0
Уровень 3	Предпочтительные патентованные препараты	\$0, \$5.10, \$12.65	\$0, \$5.10, \$12.65
Уровень 4	Непредпочтительные препараты	\$0, \$5.10, \$12.65	\$0, \$5.10, \$12.65
Уровень 5	Специализированные препараты	\$0, \$5.10, \$12.65	Недоступно

Если у вас есть вопросы, позвоните в Центр поддержки участников по номерам, указанным в нижнем колонтитуле этого документа.

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield TotalDual Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации посетите [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).



---

## **C. Обзор Списка покрываемых лекарственных препаратов**

В *Списке покрываемых лекарственных препаратов* представлена информация о лекарственных препаратах, покрываемых Blue Shield TotalDual Plan. Если вам трудно найти ваш препарат в списке, воспользуйтесь указателем покрываемых препаратов, который начинается в **Разделе D**. В указателе в алфавитном порядке перечислены все препараты, покрываемые Blue Shield TotalDual Plan.

Другие препараты, такие как некоторые безрецептурные (OTC) лекарства и определённые витамины, могут покрываться программой Medi-Cal Rx. Посетите сайт Medi-Cal Rx ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) для получения дополнительной информации. Вы также можете позвонить в Центр поддержки участников Medi-Cal Rx по телефону 800-977-2273. При получении рецептов через Medi-Cal Rx обязательно имейте при себе вашу идентификационную карту бенефициара (BIC) Medi-Cal.

### **Апелляции по Части D**

- Обращение — это официальный способ попросить нас пересмотреть принятое решение о покрытии и изменить его, если вы считаете, что мы допустили ошибку.
- Например, мы можем решить, что нужный вам лекарственный препарат не имеет покрытия или на него больше не распространяется покрытие Medicare или Medi-Cal.
- Если вы или ваш врач не согласны с таким решением, вы можете подать апелляцию. Если у вас возникнут вопросы, позвоните в Центр поддержки участников по номерам, указанным в нижнем колонтитуле этого документа.
- Вы также можете ознакомиться с **Главой 9 Руководства участника**, чтобы узнать, как обжаловать решение.
- Для препаратов, не входящих в часть D, действуют другие правила подачи апелляций.

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield TotalDual Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации посетите [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).



## C1. Список препаратов по медицинским показаниям

Препараты в этом разделе сгруппированы по категориям в зависимости от типа заболевания, для лечения которого они используются. Например, если у вас есть проблемы с сердцем, вы должны искать в категории сердечно-сосудистых средств. В ней вы найдете препараты, которые используются для лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

### МАРКИРОВКА

УРОВЕНЬ	НАИМЕНОВАНИЕ
1	Предпочтительные непатентованные лекарственные препараты
2	Непатентованные лекарственные препараты
3	Предпочтительные патентованные препараты
4	Непредпочтительные препараты
5	Специализированные препараты

УСЛОВНОЕ ОБОЗНАЧЕНИЕ	НАИМЕНОВАНИЕ	ОПИСАНИЕ
LA	Ограниченный доступ (Limited Access)	Данный препарат по рецепту может быть доступен только в определенных аптеках. Для получения дополнительной информации обратитесь к вашему справочнику аптек или позвоните в наш Центр поддержки участников.
PA	Предварительное разрешение (Prior Authorization)	Для покрытия этого рецепта требуется предварительное разрешение от Blue Shield. Позвоните в Blue Shield, чтобы предоставить необходимую информацию для определения покрытия. Для некоторых препаратов может потребоваться определение покрытия по части B или части D, в зависимости от правил покрытия Medicare.

Этот раздел продолжается на следующей странице

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield TotalDual Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации посетите [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).



УСЛОВНОЕ ОБОЗНАЧЕНИЕ	НАИМЕНОВАНИЕ	ОПИСАНИЕ
QL	Ограничение по количеству (Quantity Limit)	Для этого препарата установлено ограничение дозировки или количества по рецепту. Максимальные суточные дозировки определяются FDA и указаны в инструкции к препарату. Другие количественные ограничения предполагают объединенное дозирование, когда это возможно.
ST	Поэтапная терапия (Step Therapy)	Покрытие этого рецепта предоставляется, когда были опробованы другие препараты первой линии или предпочтительные препараты (поэтапная терапия).
NDS	Запас без возможности продления (Non-Extended Day Supply)	Препарат НЕДОСТУПЕН для долгосрочного предоставления.

В первом столбце таблицы указано название лекарственного препарата. Непатентованные препараты указаны курсивом строчными буквами (например, *simvastatin* (симвастатин)), патентованные препараты пишутся с заглавной буквы (например, ELIQUIS (ЭЛИКВИС)). Информация в столбце «Необходимые действия, ограничения или нормы использования» сообщает, есть ли у Blue Shield TotalDual Plan какие-либо правила по покрытию вашего препарата.

## D. Указатель покрываемых лекарственных препаратов

В этом разделе вы можете найти препарат по его названию в алфавитном порядке. Это подскажет вам номер страницы, на которой можно найти дополнительную информацию о покрытии препарата.

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield TotalDual Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации посетите [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).



## ANALGESICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS		
<i>butilbital-aspirin-caffeine 50-325-40 mg cap</i>	Tier 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>cataflam 50 mg tab</i>	Tier 2	
<i>celecoxib (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>celecoxib 400 mg cap</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>diclofenac potassium 50 mg tab</i>	Tier 2	
<i>diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr)</i>	Tier 2	
<i>diclofenac sodium 1.5 % solution</i>	Tier 3	
<i>diclofenac sodium 3 % gel</i>	Tier 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium 75 mg tab dr</i>	Tier 1	
<i>diclofenac sodium er 100 mg tab er 24h</i>	Tier 2	
<i>diflunisal 500 mg tab</i>	Tier 3	
<i>ec-naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	Tier 2	
<i>etodolac (200 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 3	
<i>etodolac (400 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>etodolac er (400 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h, 600 mg tab er 24h)</i>	Tier 3	
<i>FLURBIPROFEN (100 MG TAB, 50 MG TAB)</i>	Tier 2	
<i>ibu (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>ibuprofen (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension)</i>	Tier 2	
<i>ibuprofen (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 1	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANALGESICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>meloxicam (15 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>nabumetone (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>naproxen (250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	Tier 2	
<i>naproxen dr 500 mg tab dr</i>	Tier 2	
<i>naproxen sodium (275 mg tab, 550 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>oxaprozin 600 mg tab</i>	Tier 4	
<i>piroxicam (10 mg cap, 20 mg cap)</i>	Tier 3	
<i>relafen (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)</i>	Tier 2	

## OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING

<i>buprenorphine (10 mcg/hr patch wk, 15 mcg/hr patch wk, 20 mcg/hr patch wk, 5 mcg/hr patch wk, 7.5 mcg/hr patch wk)</i>	Tier 4	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME), NDS
<i>fentanyl (100 mcg/hr patch 72hr, 12 mcg/hr patch 72hr, 25 mcg/hr patch 72hr, 50 mcg/hr patch 72hr, 75 mcg/hr patch 72hr)</i>	Tier 3	PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg/5ml solution</i>	Tier 4	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg/ml solution</i>	Tier 4	PA, NDS
<i>methadone hcl 5 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 5 mg/5ml solution</i>	Tier 4	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANALGESICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>morphine sulfate er (100 mg tab er, 200 mg tab er, 60 mg tab er)</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 15 mg tab er</i>	Tier 4	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 30 mg tab er</i>	Tier 4	QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>tramadol hcl er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS), NDS
<b>OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING</b>		
<i>acetaminophen-codeine (120-12 mg/5ml solution, 300-30 mg/12.5ml solution)</i>	Tier 2	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS), NDS
<i>acetaminophen-codeine 300-60 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>butorphanol tartrate 10 mg/ml solution</i>	Tier 3	QL (15 PER 28 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	Tier 4	QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>codeine sulfate 30 mg tab</i>	Tier 4	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 60 MG TAB	Tier 4	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 10-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 7.5-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (10- 325 mg tab, 7.5-325 mg tab)</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (2.5- 108 mg/5ml solution, 5-217 mg/10ml solution, 7.5-325 mg/15ml solution)</i>	Tier 4	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице ,  
можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANALGESICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	Tier 2	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydromorphone hcl 2 mg tab</i>	Tier 3	QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl 4 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i>	Tier 3	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	Tier 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (concentrate) (100 mg/5ml solution, 20 mg/ml solution)</i>	Tier 3	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate 10 mg/5ml solution</i>	Tier 3	QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate 20 mg/5ml solution</i>	Tier 3	QL (315 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	Tier 3	QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 10 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 100 mg/5ml conc</i>	Tier 4	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 20 mg tab</i>	Tier 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 5 mg tab</i>	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 5 mg/5ml solution</i>	Tier 3	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	Tier 2	QL (8 PER 1 DAYS), NDS

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANALGESICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab</i>	Tier 2	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS

## ANESTHETICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>LOCAL ANESTHETICS</b>		
<i>lidocaine 5 % ointment</i>	Tier 4	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine 5 % patch</i>	Tier 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>lidocaine hcl 4 % solution</i>	Tier 2	
<i>lidocaine viscous hcl 2 % solution</i>	Tier 2	
<i>lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lidocan 5 % patch</i>	Tier 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<b>NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION</b>	Tier 4	QL (10 PER 30 DAYS)
<i>premium lidocaine 5 % ointment</i>	Tier 4	QL (50 PER 30 DAYS)

## ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>ALCOHOL DETERRENTS/ANTI-CRAVING</b>		
<i>acamprosate calcium 333 mg tab dr</i>	Tier 4	
<i>disulfiram (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<b>OPIOID DEPENDENCE</b>		
<i>buprenorphine hcl (2 mg sl tab, 8 mg sl tab)</i>	Tier 2	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (12-3 mg film, 2-0.5 mg film, 2-0.5 mg sl tab, 4-1 mg film, 8-2 mg film, 8-2 mg sl tab)</i>	Tier 2	
<b>OPIOID REVERSAL AGENTS</b>		
KLOXXADO 8 MG/0.1ML LIQUID	Tier 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>naloxone hcl (0.4 mg/ml soln cart, 0.4 mg/ml soln prsyr, 0.4 mg/ml solution, 2 mg/2ml soln prsyr, 4 mg/10ml solution)</i>	Tier 2	
<i>naloxone hcl 4 mg/0.1ml liquid</i>	Tier 2	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>	Tier 2	
<b>SMOKING CESSATION AGENTS</b>		
<i>buproprion hcl er (smoking det) 150 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
NICOTROL 10 MG INHALER	Tier 4	
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	Tier 4	
<i>varenicline tartrate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 &amp; 1 mg x 42 tab thpk</i>	Tier 4	QL (53 PER 30 OVER TIME)
<i>varenicline tartrate(continue) 1 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)

## ANTIBACTERIALS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>AMINOGLYCOSIDES</b>		
<i>amikacin sulfate 500 mg/2ml solution</i>	Tier 4	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTIBACTERIALS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
ARIKAYCE 590 MG/8.4ML SUSPENSION	Tier 5	PA, LA, QL (235.2 PER 28 DAYS)
<i>gentamicin sulfate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>gentamicin sulfate 40 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>neomycin sulfate 500 mg tab</i>	Tier 2	
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	Tier 4	
<i>tobramycin sulfate (1.2 gm recon soln, 1.2 gm/30ml solution, 10 mg/ml solution, 2 gm/50ml solution, 80 mg/2ml solution)</i>	Tier 4	
<b>ANTIBACTERIALS, OTHER</b>		
<i>aztreonam (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	Tier 4	
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	Tier 5	PA, LA, QL (84 PER 28 DAYS)
<i>clindamycin hcl (150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln</i>	Tier 4	
<i>clindamycin phosphate (300 mg/2ml solution, 600 mg/4ml solution, 9 gm/60ml solution, 900 mg/6ml solution, 9000 mg/60ml solution)</i>	Tier 4	
<i>clindamycin phosphate 2 % cream</i>	Tier 2	
<i>clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml solution, 600 mg/50ml solution, 900 mg/50ml solution)</i>	Tier 4	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL (300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	Tier 4	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTIBACTERIALS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>daptomycin (350 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 5	
<i>fosfomycin tromethamine 3 gm packet</i>	Tier 4	QL (1 PER 30 DAYS)
<i>lincomycin hcl 300 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>linezolid 100 mg/5ml recon susp</i>	Tier 5	PA
<i>linezolid 600 mg tab</i>	Tier 4	PA
<i>linezolid 600 mg/300ml solution</i>	Tier 4	
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION	Tier 5	
<i>methenamine hippurate 1 gm tab</i>	Tier 4	
<i>metronidazole (0.75 % gel, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metronidazole (0.75 % lotion, 1 % gel, 500 mg/100ml solution)</i>	Tier 4	
<i>metronidazole 0.75 % cream</i>	Tier 3	
<i>nitrofurantoin macrocrystal (100 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	Tier 2	
<i>rosadan 0.75 % cream</i>	Tier 3	
<i>rosadan 0.75 % gel</i>	Tier 2	
<i>tigecycline 50 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>trimethoprim 100 mg tab</i>	Tier 2	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTIBACTERIALS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>vancomycin hcl (1 gm recon soln, 1.25 gm recon soln, 1.5 gm recon soln, 1.75 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 125 mg cap, 2 gm recon soln, 250 mg cap, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln, 750 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>vancomycin hcl 5 gm recon soln</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
XIFAXAN 200 MG TAB	Tier 4	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
XIFAXAN 550 MG TAB	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<b>BETA-LACTAM, CEPHALOSPORINS</b>		
CEFACLOR (250 MG CAP, 250 MG/5ML RECON SUSP, 500 MG CAP)	Tier 2	
<i>cefadroxil (1 gm tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg/5ml recon susp)</i>	Tier 3	
<i>cefadroxil 500 mg cap</i>	Tier 2	
<i>cefazolin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 2 gm recon soln, 3 gm recon soln, 300 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>cefdinir (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp)</i>	Tier 3	
<i>cefdinir 300 mg cap</i>	Tier 2	
CEFEPIME HCL (1 GM RECON SOLN, 1 GM/50ML SOLUTION, 2 GM RECON SOLN, 2 GM/100ML SOLUTION)	Tier 4	
<i>cefixime (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 400 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>cefoxitin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	Tier 4	
CEFPODOXIME PROXETIL (100 MG TAB, 100 MG/5ML RECON SUSP, 200 MG TAB, 50 MG/5ML RECON SUSP)	Tier 4	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице ,  
можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTIBACTERIALS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<b>CEFTAZIDIME (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)</b>	Tier 4	
<i>ceftriaxone sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>cefuroxime sodium (1.5 gm recon soln, 750 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>cephalexin (125 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap)</i>	Tier 2	
<b>TAZICEF (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)</b>	Tier 4	
<b>TEFLARO (400 MG RECON SOLN, 600 MG RECON SOLN)</b>	Tier 5	
<b>BETA-LACTAM, PENICILLINS</b>		
<i>amoxicillin (125 mg chew tab, 125 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg chew tab, 250 mg/5ml recon susp, 400 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate (200- 28.5 mg chew tab, 200-28.5 mg/5ml recon susp, 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml recon susp, 400-57 mg/5ml recon susp, 500- 125 mg tab, 600-42.9 mg/5ml recon susp, 875-125 mg tab)</i>	Tier 2	
<b>AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE 400-57 MG CHEW TAB</b>	Tier 3	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице ,  
можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTIBACTERIALS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER 1000-62.5 MG TAB ER 12H	Tier 4	
<i>ampicillin 500 mg cap</i>	Tier 2	
<i>ampicillin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 125 mg recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm recon soln, 15 (10-5) gm recon soln, 3 (2-1) gm recon soln)</i>	Tier 4	
BICILLIN L-A (1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR, 600000 UNIT/ML SUSP PRSYR)	Tier 4	
<i>dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>nafcillin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	Tier 4	
<i>penicillin g potassium (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)</i>	Tier 4	
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	Tier 4	
<i>penicillin v potassium (125 mg/5ml recon soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon soln, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>pfizerpen (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)</i>	Tier 4	
<i>piperacillin sod-tazobactam so (13.5 (12-1.5) gm recon ln, 2.25 (2- 0.25) gm recon ln, 3-0.375 gm recon ln, 3.375 (3-0.375) gm recon ln, 4-0.5 gm recon ln, 4.5 (4-0.5) gm recon ln, 40.5 (36-4.5) gm recon ln)</i>	Tier 4	
<b>CARBAPENEMS</b>		
<i>ertapenem sodium 1 gm recon soln</i>	Tier 3	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице ,  
можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTIBACTERIALS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>meropenem (1 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)	Tier 4	
<b>MACROLIDES</b>		
<i>azithromycin (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 500 mg tab, 600 mg tab)</i>	Tier 2	
AZITHROMYCIN 1 GM PACKET	Tier 3	
<i>azithromycin 500 mg recon soln</i>	Tier 4	
CLARITHROMYCIN (125 MG/5ML RECON SUSP, 250 MG/5ML RECON SUSP)	Tier 4	
<i>clarithromycin (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>clarithromycin er 500 mg tab er 24h</i>	Tier 4	
DIFICID 200 MG TAB	Tier 5	PA, QL (20 PER 10 OVER TIME)
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	Tier 5	PA, QL (136 PER 10 OVER TIME)
<i>erythrocin lactobionate 500 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>erythromycin base (250 mg cp dr part, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5ml recon susp</i>	Tier 4	
<i>erythromycin lactobionate 500 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>fidaxomicin 200 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (20 PER 10 OVER TIME)

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTIBACTERIALS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>QUINOLONES</b>		
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	Tier 3	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	Tier 4	
<i>ciprofloxacin (250 mg/5ml (5%) recon susp, 500 mg/5ml (10%) recon susp)</i>	Tier 4	
<i>ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution</i>	Tier 4	
<i>levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>levofloxacin 25 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>levofloxacin in d5w (500 mg/100ml solution, 750 mg/150ml solution)</i>	Tier 4	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tab</i>	Tier 3	
MOXIFLOXACIN HCL 400 MG/250ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL 400 MG/250ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<b>SULFONAMIDES</b>		
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	Tier 3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 400- 80 mg tab, 800-160 mg tab, 800- 160 mg/20ml suspension)</i>	Tier 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution</i>	Tier 4	
<b>TETRACYCLINES</b>		
<i>avidoxy 100 mg tab</i>	Tier 3	
<i>doxy 100 100 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>doxycycline hyclate (100 mg cap, 100 mg tab, 20 mg tab, 50 mg cap)</i>	Tier 2	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTIBACTERIALS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>doxycycline hyclate 100 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>doxycycline monohydrate (100 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>doxycycline monohydrate (100 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>minocycline hcl (100 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>monodoxe nl 100 mg cap</i>	Tier 2	
<i>morgodox 100 mg cap</i>	Tier 2	
<i>tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	Tier 4	

## ANTICONVULSANTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>ANTICONVULSANTS, OTHER</b>		
<i>BRIVIACT (10 MG TAB, 100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB)</i>	Tier 5	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION</i>	Tier 5	ST, QL (20 PER 1 DAYS)
<i>DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET)</i>	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET)</i>	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	Tier 2	
<i>divalproex sodium er (250 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION</i>	Tier 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTICONVULSANTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)</i>	Tier 4	
<i>FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION</i>	Tier 5	LA, QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION</i>	Tier 4	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>lamotrigine (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>lamotrigine (25 mg chew tab, 5 mg chew tab)</i>	Tier 2	
<i>levetiracetam (100 mg/ml solution, 1000 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>levetiracetam er 500 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>levetiracetam er 750 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>perampanel (10 mg tab, 12 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>perampanel 2 mg tab</i>	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>roweepra 500 mg tab</i>	Tier 2	
<i>SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)</i>	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>SPRITAM 1000 MG TAB</i>	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>SPRITAM 750 MG TAB</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>subvenite (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>topiramate (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>topiramate (15 mg cap sprink, 25 mg cap sprink, 50 mg cap sprink)</i>	Tier 2	
<i>topiramate 25 mg/ml solution</i>	Tier 4	QL (16 ML PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTICONVULSANTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>valproate sodium (100 mg/ml solution, 500 mg/5ml solution)</i>	Tier 4	
<i>valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)</i>	Tier 2	
<i>XCOPRI (100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<b>CALCIUM CHANNEL MODIFYING AGENTS</b>		
<i>ethosuximide (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>methsuximide 300 mg cap</i>	Tier 4	
<b>GAMMA-AMINOBUTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS</b>		
<i>clobazam 10 mg tab</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	Tier 4	QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 20 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>diazepam 10 mg gel</i>	Tier 4	QL (20 PER 30 DAYS)
<i>DIAZEPAM 2.5 MG GEL</i>	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 20 mg gel</i>	Tier 4	QL (40 PER 30 DAYS)
<i> gabapentin (250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution)</i>	Tier 3	QL (72 PER 1 DAYS)
<i> gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i> gabapentin 100 mg cap</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i> gabapentin 300 mg cap</i>	Tier 2	QL (8 PER 1 DAYS)
<i> gabapentin 400 mg cap</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i> phenobarbital (100 mg tab, 15 mg tab, 16.2 mg tab, 20 mg/5ml elixir, 30 mg tab, 30 mg/7.5ml elixir, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 60 mg/15ml elixir, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTICONVULSANTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>primidone (125 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
SYMPAZAN (10 MG FILM, 20 MG FILM, 5 MG FILM)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tiagabine hcl (12 mg tab, 16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 4	
VALTOCO 10 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQUID	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 15 MG DOSE 2 X 7.5 MG/0.1ML LIQD THPK	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 20 MG DOSE 2 X 10 MG/0.1ML LIQD THPK	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1ML LIQUID	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
<i>vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)</i>	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadronе 500 mg packet</i>	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadronе 500 mg tab</i>	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (750 ML PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigpoder 500 mg packet</i>	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	LA, QL (36 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<b>SODIUM CHANNEL AGENTS</b>		
<i>carbamazepine (100 mg chew tab, 100 mg/5ml suspension, 200 mg chew tab, 200 mg tab, 200 mg/10ml suspension)</i>	Tier 2	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTICONVULSANTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>carbamazepine er (100 mg cap er 12h, 100 mg tab er 12h, 200 mg cap er 12h, 200 mg tab er 12h, 300 mg cap er 12h, 400 mg tab er 12h)</i>	Tier 3	
DILANTIN (100 MG CAP, 30 MG CAP)	Tier 4	
<i>epitol 200 mg tab</i>	Tier 2	
<i>eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide (10 mg/ml solution, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)</i>	Tier 4	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide 200 mg/20ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension</i>	Tier 4	
<i>phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>phenytoin (100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension, 50 mg chew tab)</i>	Tier 2	
<i>phenytoin infatabs 50 mg chew tab</i>	Tier 2	
<i>phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>rufinamide 200 mg tab</i>	Tier 4	ST, QL (16 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i>	Tier 5	ST, QL (80 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide 400 mg tab</i>	Tier 4	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>XCOPRI (14 X 150 MG &amp; 14 X200 MG TAB THPK, 14 X 50 MG &amp; 14 X100 MG TAB THPK)</i>	Tier 5	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице [<xvi>](#) .

## ANTICONVULSANTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 MG TAB THPK	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG TAB THPK	Tier 4	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	
<i>zonisamide (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	

## ANTIDEMENTIA AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
ANTIDEMENTIA AGENTS, OTHER		
ERGOLOOID MESYLATES 1 MG TAB	Tier 3	
CHOLINESTERASE INHIBITORS		
<i>donepezil hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>donepezil hcl 23 mg tab</i>	Tier 4	ST
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg</i>	Tier 2	
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg</i>	Tier 2	
<i>galantamine hydrobromide (12 mg tab, 4 mg tab, 4 mg/ml solution, 8 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>galantamine hydrobromide er (16 mg cap er 24h, 24 mg cap er 24h, 8 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>rivastigmine (13.3 mg/24hr patch 24hr, 4.6 mg/24hr patch 24hr, 9.5 mg/24hr patch 24hr)</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTIDEMENTIA AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)</i>	Tier 3	
<b>N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONIST</b>		
<i>memantine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>memantine hcl (10 mg/5ml solution, 2 mg/ml solution)</i>	Tier 3	
<i>memantine hcl er (14 mg cap er 24h, 21 mg cap er 24h, 28 mg cap er 24h, 7 mg cap er 24h)</i>	Tier 4	

## ANTIDEPRESSANTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>ANTIDEPRESSANTS, OTHER</b>		
AUVELITY 45-105 MG TAB ER	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bupropion hcl 100 mg tab</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl 75 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 150 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 200 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 300 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>mirtazapine (15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab, 45 mg tab disp, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>mirtazapine (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	Tier 1	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTIDEPRESSANTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
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
<b>MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS</b>		
EMSAM (12 MG/24HR PATCH 24HR, 6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR)	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
MARPLAN 10 MG TAB	Tier 4	
<i>phenelzine sulfate 15 mg tab</i>	Tier 2	
<i>tranylcypromine sulfate 10 mg tab</i>	Tier 4	
<b>SSRIS/SNRIS (SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITOR/SEROTONIN AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR)</b>		
<i>citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>citalopram hydrobromide (10 mg/5ml solution, 20 mg/10ml solution)</i>	Tier 3	
<i>desvenlafaxine succinate er (25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>desvenlafaxine succinate er 100 mg tab er 24h</i>	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>escitalopram oxalate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>escitalopram oxalate (10 mg/10ml solution, 5 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
FETZIMA (120 MG CAP ER 24H, 20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H)	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK	Tier 4	QL (28 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице ,  
можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTIDEPRESSANTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>fluoxetine hcl (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 1	
<i>fluoxetine hcl 20 mg/5ml solution</i>	Tier 2	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	Tier 4	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
NEFAZODONE HCL (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 3	
<i>paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
PAROXETINE HCL 10 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>paroxetine hcl er (12.5 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 37.5 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (40 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sertraline hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>sertraline hcl 20 mg/ml conc</i>	Tier 3	
<i>trazodone hcl (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>trazodone hcl 300 mg tab</i>	Tier 3	
TRINTELLIX (10 MG TAB, 20 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>venlafaxine hcl er (150 mg cap er 24h, 37.5 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap er 24h</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTIDEPRESSANTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>TRICYCLICS</b>		
<i>amitriptyline hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>amoxapine (100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>desipramine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>doxepin hcl (10 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>doxepin hcl 10 mg/ml conc</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>nortriptyline hcl (10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>nortriptyline hcl 10 mg/5ml solution</i>	Tier 4	
<i>protriptyline hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>trimipramine maleate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY

## ANTIEMETICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>ANTIEMETICS, OTHER</b>		
<i>compro 25 mg suppos</i>	Tier 4	
<i>meclizine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab)</i>	Tier 2	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTIEMETICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>metoclopramide hcl (10 mg tab, 10 mg/10ml solution, 5 mg tab, 5 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>metoclopramide hcl 5 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>perphenazine (16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>prochlorperazine 25 mg suppos</i>	Tier 4	
<i>prochlorperazine maleate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>promethazine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	PA
<i>scopolamine 1 mg/3days patch 72hr</i>	Tier 4	
<b>EMETOGENIC THERAPY ADJUNCTS</b>		
<i>aprepitant (125 mg cap, 80 &amp; 125 mg cap, 80 mg cap)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>aprepitant 40 mg cap</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 30 DAYS)
<i>dronabinol (10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 4	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>gransetron hcl 1 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 4 mg tab disp</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 8 mg tab disp</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<b>ONDANSETRON HCL 24 MG TAB</b>	Tier 2	QL (15 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 4 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 4 mg/5ml solution</i>	Tier 4	QL (30 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTIEMETICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>ondansetron hcl 8 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

## ANTIFUNGALS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>ANTIFUNGALS</b>		
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>amphotericin b liposome 50 mg recon susp</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)</i>	Tier 2	
CRESEMBA 186 MG CAP	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
CRESEMBA 74.5 MG CAP	Tier 5	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
<i>econazole nitrate 1 % cream</i>	Tier 4	
<i>fluconazole (10 mg/ml recon susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>fluconazole in sodium chloride (200-0.9 mg/100ml-% solution, 400-0.9 mg/200ml-% solution)</i>	Tier 4	
<i>flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	Tier 5	
<i>griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>itraconazole 100 mg cap</i>	Tier 4	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTIFUNGALS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>klayesta 100000 unit/gm powder</i>	Tier 4	
<i>micafungin sodium (100 mg recon soln, 50 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<b>MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS</b>	Tier 3	
<i>nyamyc 100000 unit/gm powder</i>	Tier 4	
<i>nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)</i>	Tier 2	
<i>nystatin 100000 unit/gm powder</i>	Tier 4	
<i>nystop 100000 unit/gm powder</i>	Tier 4	
<i>posaconazole 100 mg tab dr</i>	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>terconazole (0.4 % cream, 0.8 % cream)</i>	Tier 3	
<i>terconazole 80 mg suppos</i>	Tier 4	
<i>voriconazole (200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)</i>	Tier 4	PA
<i>voriconazole 200 mg recon soln</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

## ANTIGOUT AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>ANTIGOUT AGENTS</b>		
<i>allopurinol (100 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>colchicine 0.6 mg tab</i>	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab</i>	Tier 2	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTIGOUT AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>febuxostat (40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>probenecid 500 mg tab</i>	Tier 2	

## ANTIMIGRAINE AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE (CGRP) RECEPTOR ANTAGONISTS</b>		
<i>AIMOVIG (140 MG/ML SOLN A-INJ, 70 MG/ML SOLN A-INJ)</i>	Tier 3	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
<i>EMGALITY (120 MG/ML SOLN A-INJ, 120 MG/ML SOLN PRSYR)</i>	Tier 3	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
<i>EMGALITY (300 MG DOSE) 100 MG/ML SOLN PRSYR</i>	Tier 3	PA, QL (3 PER 30 DAYS)
<i>NURTEC 75 MG TAB DISP</i>	Tier 5	PA, QL (16 PER 30 DAYS)

## ERGOT ALKALOIDS

<i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution</i>	Tier 5	PA, QL (8 PER 30 DAYS)
<i>ERGOTAMINE-CAFFEINE 1-100 MG TAB</i>	Tier 3	QL (40 PER 28 DAYS)

## SEROTONIN (5-HT) RECEPTOR AGONIST

<i>naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	Tier 3	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>rizatriptan benzoate (10 mg tab, 10 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)</i>	Tier 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan (20 mg/act solution, 5 mg/act solution)</i>	Tier 4	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln prsy, 6 mg/0.5ml solution)</i>	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTIMIGRAINE AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>sumatriptan succinate refill (4 mg/0.5ml soln cart, 6 mg/0.5ml soln cart)</i>	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)

## ANTIMYASTHENIC AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>PARASYMPATHOMIMETICS</b>		
<i>pyridostigmine bromide 60 mg tab</i>	Tier 2	
<i>pyridostigmine bromide er 180 mg tab er</i>	Tier 4	

## ANTIMYCOBACTERIALS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>ANTIMYCOBACTERIALS, OTHER</b>		
<i>dapsone (100 mg tab, 25 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>rifabutin 150 mg cap</i>	Tier 4	
<b>ANTITUBERCULARS</b>		
<i>ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>isoniazid (100 mg tab, 300 mg tab, 50 mg/5ml syrup)</i>	Tier 2	
<b>PRIFTIN 150 MG TAB</b>	Tier 4	
<i>pyrazinamide 500 mg tab</i>	Tier 2	
<i>rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>rifampin 600 mg recon soln</i>	Tier 4	
<b>SIRTURO (100 MG TAB, 20 MG TAB)</b>	Tier 5	PA

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTIMYCOBACTERIALS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
TRECATOR 250 MG TAB	Tier 4	

## ANTINEOPLASTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
--------------------	--	--

### ALKYLATING AGENTS

CYCLOPHOSPHAMIDE (25 MG CAP, 25 MG TAB, 50 MG CAP, 50 MG TAB)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
GLEOSTINE (10 MG CAP, 40 MG CAP)	Tier 4	
GLEOSTINE 100 MG CAP	Tier 5	
LEUKERAN 2 MG TAB	Tier 4	
MATULANE 50 MG CAP	Tier 5	LA

### ANTIANDROGENS

<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>abirtega 250 mg tab</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	Tier 2	
ERLEADA 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERLEADA 60 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EULEXIN 125 MG CAP	Tier 3	
FLUTAMIDE 125 MG CAP	Tier 3	
<i>nilutamide 150 mg tab</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
NUBEQA 300 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTINEOPLASTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
ORSERDU 345 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 86 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 80 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

## ANTIANGIOGENIC AGENTS

<i>lenalidomide (10 mg cap, 15 mg cap, 2.5 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
POMALYST (1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID (150 MG CAP, 200 MG CAP)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 100 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 50 MG CAP	Tier 5	QL (5 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

## ANTIESTROGENS/MODIFIERS

<i>fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr</i>	Tier 5	
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	Tier 4	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTINEOPLASTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>ANTIMETABOLITES</b>		
<i>mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension</i>	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	Tier 2	
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	QL (14 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABLOID 40 MG TAB	Tier 3	
<b>ANTINEOPLASTICS, OTHER</b>		
AKEEGA (100-500 MG TAB, 50-500 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 160 MG CAP	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 40 MG CAP	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 1 MG CAP	Tier 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 5 MG CAP	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>hydroxyurea 500 mg cap</i>	Tier 2	
INQOVI 35-100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (5 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IWILFIN 192 MG TAB	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>leucovorin calcium (10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>leucovorin calcium (100 mg recon soln, 350 mg recon soln)</i>	Tier 4	
LONSURF 15-6.14 MG TAB	Tier 5	LA, QL (100 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTINEOPLASTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
LONSURF 20-8.19 MG TAB	Tier 5	LA, QL (80 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYSODREN 500 MG TAB	Tier 5	
MODEYSO 125 MG CAP	Tier 5	LA, QL (20 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
QINLOCK 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
WELIREG 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZOLINZA 100 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<b>AROMATASE INHIBITORS, 3RD GENERATION</b>		
<i>anastrozole 1 mg tab</i>	Tier 1	
<i>exemestane 25 mg tab</i>	Tier 4	
<i>letrozole 2.5 mg tab</i>	Tier 2	
<b>MOLECULAR TARGET INHIBITORS</b>		
ALECENSA 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG (180 MG TAB, 90 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 30 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 0.8 & 200 MG THER PACK	Tier 5	LA, QL (66 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице ,  
можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTINEOPLASTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
AYVAKIT (100 MG TAB, 200 MG TAB, 25 MG TAB, 300 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 3 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 4 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF (400 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG CAP	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 50 MG CAP	Tier 5	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRAFTOVI 75 MG CAP	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 80 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALQUENCE (100 MG CAP, 100 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 300 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTINEOPLASTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 MG KIT	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 MG & 80 MG KIT	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 MG KIT	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (56 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COTELLIC 20 MG TAB	Tier 5	LA, QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (20 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERIVEDGE 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl 25 mg tab</i>	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (10 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2 mg tab sol, 3 mg tab sol, 5 mg tab sol)</i>	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTINEOPLASTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FOTIVDA (0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GAVRETO 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>gefitinib 250 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 1 MG CAP	Tier 5	LA, QL (126 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 1 MG TAB SOL	Tier 5	LA, QL (168 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 2 MG CAP	Tier 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
HERNEXEOS 60 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE (100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB, 75 MG CAP, 75 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBTROZI 200 MG CAP	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IDHIFA (100 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице ,  
можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTINEOPLASTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>	Tier 4	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (140 MG CAP, 140 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (280 MG TAB, 420 MG TAB, 560 MG TAB, 70 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	LA, QL (216 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 1 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INREBIC 100 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 3 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 9 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (200 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице ,  
можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTINEOPLASTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
KISQALI (400 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (42 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (600 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	Tier 5	QL (49 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	Tier 5	QL (70 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	Tier 5	QL (91 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 10 MG CAP	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KRAZATI 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i>	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 80 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 10 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTINEOPLASTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 120 MG TAB	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 240 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 320 MG TAB	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTINEOPLASTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (140 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	Tier 5	LA, QL (40 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 2 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKTOVI 15 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NERLYNX 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>nilotinib hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NINLARO (2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	Tier 5	QL (3 PER 21 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ODOMZO 200 MG CAP	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 150 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP	Tier 5	LA, QL (96 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTINEOPLASTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>pazopanib hcl 200 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEMAZYRE (13.5 MG TAB, 4.5 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & 50 MG TAB THPK	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 MG TAB THPK	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO (120 MG TAB, 160 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG CAP	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG TAB	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 80 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 110 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 160 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZLIDHIA 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROMVIMZA (14 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 100 MG CAP	Tier 5	QL (5 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 200 MG CAP	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице ,  
можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTINEOPLASTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
ROZLYTREK 50 MG PACKET	Tier 5	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RYDAPT 25 MG CAP	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 20 MG TAB	Tier 5	QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 40 MG TAB	Tier 5	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
STIVARGA 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>	Tier 5	QL (7 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 25 mg cap</i>	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLN	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	Tier 5	LA, QL (30 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAGRISSO (40 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице ,  
можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTINEOPLASTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA 0.25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAZVERIK 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TEPMETKO 225 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TIBSOVO 250 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRUQAP (160 MG TAB, 160 MG TAB THPK, 200 MG TAB, 200 MG TAB THPK)	Tier 5	LA, QL (64 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TUKYSA (150 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TURALIO 125 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 17.7 MG TAB	Tier 5	LA, QL (28 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 26.5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 10 MG TAB	Tier 3	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTINEOPLASTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
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)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (200 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 10 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI (20 MG CAP SPRINK, 200 MG CAP, 250 MG CAP, 50 MG CAP SPRINK)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XOSPATA 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTINEOPLASTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 10 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (16 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (32 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZEJULA (100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZELBORAF 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYDELIG (100 MG TAB, 150 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYKADIA 150 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<b>RETINOIDS</b>		
<i>bexarotene 1 % gel</i>	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bexarotene 75 mg cap</i>	Tier 5	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице ,  
можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTINEOPLASTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
PANRETIN 0.1 % GEL	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tretinooin 10 mg cap</i>	Tier 5	
<b>TREATMENT ADJUNCTS</b>		
<i>mesna 400 mg tab</i>	Tier 4	
VONJO 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

## ANTIPARASITICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
--------------------	--	--

### ANTHELMINTHICS

<i>albendazole 200 mg tab</i>	Tier 4	
<i>ivermectin 3 mg tab</i>	Tier 2	
<i>praziquantel 600 mg tab</i>	Tier 3	

### ANTIPROTOZOALS

<i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i>	Tier 4	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl (250- 100 mg tab, 62.5-25 mg tab)</i>	Tier 2	
BENZNIDAZOLE 100 MG TAB	Tier 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB	Tier 4	QL (720 PER 365 OVER TIME)
<i>chloroquine phosphate (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	QL (25 PER 30 DAYS)
COARTEM 20-120 MG TAB	Tier 4	QL (24 PER 2 OVER TIME)
<i>hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTIPARASITICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>IMPAVIDO 50 MG CAP</i>	Tier 5	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
<i>mefloquine hcl 250 mg tab</i>	Tier 2	
<i>nitazoxanide 500 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (6 PER 3 OVER TIME)
<i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>primaquine phosphate 26.3 (15 base) mg tab</i>	Tier 2	
<i>pyrimethamine 25 mg tab</i>	Tier 5	PA
<i>quinine sulfate 324 mg cap</i>	Tier 3	PA, QL (6 PER 1 DAYS)

## ANTIPARKINSON AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
--------------------	--	--

### ANTICHOLINERGICS

<i>benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>benztropine mesylate 1 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>trihexyphenidyl hcl (0.4 mg/ml solution, 2 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	

### ANTIPARKINSON AGENTS, OTHER

<i>amantadine hcl (100 mg cap, 100 mg tab, 50 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone (12.5-50-200 mg tab, 18.75-75-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab)</i>	Tier 4	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTIPARKINSON AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>entacapone 200 mg tab</i>	Tier 4	QL (8 PER 1 DAYS)
<b>DOPAMINE AGONISTS</b>		
<i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ropinirole hcl er (2 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h, 6 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ropinirole hcl er 12 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>ropinirole hcl er 8 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<b>DOPAMINE PRECURSORS AND/OR L-AMINO ACID DECARBOXYLASE INHIBITORS</b>		
<i>carbidopa 25 mg tab</i>	Tier 4	
<i>CARBIDOPA-LEVODOPA (10-100 MG TAB DISP, 25-100 MG TAB DISP, 25-250 MG TAB DISP)</i>	Tier 4	
<i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab, 25-100 mg tab, 25-250 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa er (25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er)</i>	Tier 2	
<b>MONOAMINE OXIDASE B (MAO-B) INHIBITORS</b>		
<i>rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)</i>	Tier 2	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTIPSYCHOTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>1ST GENERATION/TYPICAL</b>		
<i>chlorpromazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 100 mg/ml conc, 200 mg tab, 25 mg tab, 25 mg/ml solution, 30 mg/ml conc, 50 mg tab, 50 mg/2ml solution)</i>	Tier 4	
<i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>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)</i>	Tier 4	
<i>haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>haloperidol decanoate (100 mg/ml solution, 50 mg/ml solution)</i>	Tier 3	
<i>haloperidol lactate 2 mg/ml conc</i>	Tier 3	
<i>haloperidol lactate 5 mg/ml solution</i>	Tier 2	
<i>loxpipamine succinate (10 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
MOLINDONE HCL 10 MG TAB	Tier 4	QL (8 PER 1 DAYS)
MOLINDONE HCL 25 MG TAB	Tier 4	QL (9 PER 1 DAYS)
MOLINDONE HCL 5 MG TAB	Tier 4	QL (12 PER 1 DAYS)
PIMOZIDE (1 MG TAB, 2 MG TAB)	Tier 3	
<i>thioridazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>thiothixene (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 3	
<i>trifluoperazine hcl (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<b>2ND GENERATION/ATYPICAL</b>		
ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTIPSYCHOTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>aripiprazole (10 mg tab disp, 15 mg tab disp)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	Tier 4	QL (25 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole 2 mg tab</i>	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole 5 mg tab</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>asenapine maleate (10 mg sl tab, 2.5 mg sl tab, 5 mg sl tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>ERZOFRI 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR</i>	Tier 5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ERZOFRI 156 MG/ML SUSP PRSYR</i>	Tier 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ERZOFRI 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR</i>	Tier 5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ERZOFRI 351 MG/2.25ML SUSP PRSYR</i>	Tier 5	QL (4.5 ML PER 365 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ERZOFRI 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR</i>	Tier 4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ERZOFRI 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR</i>	Tier 5	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>FANAPT (10 MG TAB, 12 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB)</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>FANAPT TITRATION PACK A 1 &amp; 2 &amp; 4 &amp; 6 MG TAB</i>	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>FANAPT TITRATION PACK B 1 &amp; 2 &amp; 6 &amp; 8 MG TAB</i>	Tier 4	QL (12 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице [<xvi>](#) .

## ANTIPSYCHOTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
FANAPT TITRATION PACK C 1 & 2 & 6 MG TAB	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (3.5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.88 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.32 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.75 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (2.63 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lurasidone hcl (120 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lurasidone hcl 80 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTIPSYCHOTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>olanzapine (10 mg recon soln, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 20 mg tab disp, 5 mg tab disp)</i>	Tier 4	
<i>olanzapine (10 mg tab, 15 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	
OPIPZA (10 MG FILM, 5 MG FILM)	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OPIPZA 2 MG FILM	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>paliperidone er (1.5 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 9 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>paliperidone er 6 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PERSERIS (120 MG PRSYR, 90 MG PRSYR)	Tier 5	QL (1 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>quetiapine fumarate (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>quetiapine fumarate er (150 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 400 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	
REXULTI (0.25 MG TAB, 1 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REXULTI (0.5 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>risperidone (0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp, 3 mg tab disp, 4 mg tab disp)</i>	Tier 4	
<i>risperidone (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 2	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTIPSYCHOTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	Tier 3	
<i>risperidone microspheres er (12.5 mg srer, 25 mg srer)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>risperidone microspheres er (37.5 mg srer, 50 mg srer)</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
SECUADO (3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR (1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR 1.5 & 3 MG CAP THPK	Tier 4	QL (7 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i>	Tier 3	
<i>ziprasidone mesylate 20 mg recon soln</i>	Tier 4	
ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<b>ANTIPSYCHOTICS, OTHER</b>		
COBENFY (100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP, 50-20 MG CAP)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COBENFY STARTER PACK 50-20 & 100-20 MG CAP THPK	Tier 5	QL (112 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<b>TREATMENT-RESISTANT</b>		
<i>clozapine (100 mg tab disp, 12.5 mg tab disp, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp, 25 mg tab disp)</i>	Tier 4	
<i>clozapine (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (18 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице ,  
можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице [<xvi>](#) .

## ANTISPASTICITY AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>ANTISPASTICITY AGENTS</b>		
<i>baclofen (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>baclofen 15 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>baclofen 5 mg tab</i>	Tier 2	QL (16 PER 1 DAYS)
<i>dantrolene sodium (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 2	

## ANTIVIRALS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>ANTI-CYTOMEGALOVIRUS (CMV) AGENTS</b>		
<i>LIVTENCITY 200 MG TAB</i>	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>PREVYMIS (120 MG PACKET, 20 MG PACKET)</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>PREVYMIS (240 MG TAB, 480 MG TAB)</i>	Tier 5	QL (200 PER 365 OVER TIME)
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln</i>	Tier 4	QL (18 PER 1 DAYS)
<b>ANTI-HEPATITIS B (HBV) AGENTS</b>		
<i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION</i>	Tier 5	QL (21 PER 1 DAYS)
<i>entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>EPIVIR HBV 5 MG/ML SOLUTION</i>	Tier 3	
<i>lamivudine 100 mg tab</i>	Tier 3	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTIVIRALS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>ANTI-HEPATITIS C (HCV) AGENTS</b>		
MAVYRET 100-40 MG TAB	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
MAVYRET 50-20 MG PACKET	Tier 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
RIBAVIRIN (200 MG CAP, 200 MG TAB)	Tier 2	
<i>ribavirin 6 gm recon soln</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<b>ANTI-HIV AGENTS, INTEGRASE INHIBITORS (INSTI)</b>		
BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50- 200-25 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	Tier 3	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
ISENTRESS HD 600 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
TIVICAY (25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
TIVICAY 10 MG TAB	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<b>ANTI-HIV AGENTS, NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NNRTI)</b>		
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EDURANT 25 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
EDURANT PED 2.5 MG TAB SOL	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS)
EFAVIRENZ 200 MG CAP	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTIVIRALS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
EFAVIRENZ 50 MG CAP	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz 600 mg tab</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg tab</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir (400-300-300 mg tab, 600-300- 300 mg tab)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitab-rilpivir-tenofov df200- 25-300 mg tab</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>etravirine 100 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>etravirine 200 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	Tier 4	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine 200 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	QL (40 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE ER 100 MG TAB ER 24H	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine er 400 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
PIFELTRO 100 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, NUCLEOSIDE AND NUCLEOTIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NRTI)		
<i>abacavir sulfate 20 mg/ml solution</i>	Tier 4	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate-lamivudine 600- 300 mg tab</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine 300-150-300 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
CIMDUO 300-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitabine 200 mg cap</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTIVIRALS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine (10 mg/ml solution, 300 mg/30ml solution)</i>	Tier 3	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 150 mg tab</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 300 mg tab</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
STAVUDINE (15 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP, 40 MG CAP)	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
TEMIXYS 300-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
TRIZIVIR 300-150-300 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD (200 MG TAB, 250 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
VIREAD 150 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD 40 MG/GM POWDER	Tier 4	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 100 mg cap</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine 300 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine 50 mg/5ml syrup</i>	Tier 2	QL (60 PER 1 DAYS)
<b>ANTI-HIV AGENTS, OTHER</b>		
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

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице [<xvi>](#) .

## ANTIVIRALS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>maraviroc 150 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>maraviroc 300 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (60 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 25 MG TAB	Tier 3	QL (8 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 75 MG TAB	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS)
SUNLENCA 300 MG TAB	Tier 5	LA, QL (24 PER 168 OVER TIME)
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	Tier 5	QL (4 PER 180 OVER TIME)
SUNLENCA 463.5 MG/1.5ML SOLUTION	Tier 5	QL (3 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	Tier 5	QL (5 PER 180 OVER TIME)
TYBOST 150 MG TAB	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<b>ANTI-HIV AGENTS, PROTEASE INHIBITORS (PI)</b>		
APTIVUS 250 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate 300 mg cap</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>darunavir 600 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>darunavir 800 mg tab</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>fosamprenavir calcium 700 mg tab</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
KALETRA 400-100 MG/5ML SOLUTION	Tier 4	QL (13 PER 1 DAYS)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	Tier 4	QL (56 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab</i>	Tier 4	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTIVIRALS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5ml solution</i>	Tier 4	QL (13 PER 1 DAYS)
NORVIR 100 MG CAP	Tier 4	
NORVIR 100 MG PACKET	Tier 4	QL (12 PER 1 DAYS)
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (15 PER 1 DAYS)
PREZCOBIX (675-150 MG TAB, 800-150 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (12 PER 1 DAYS)
PREZISTA 150 MG TAB	Tier 3	QL (8 PER 1 DAYS)
PREZISTA 75 MG TAB	Tier 3	QL (10 PER 1 DAYS)
REYATAZ 50 MG PACKET	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>ritonavir 100 mg tab</i>	Tier 3	QL (12 PER 1 DAYS)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TAB	Tier 5	QL (9 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)

## ANTI-INFLUENZA AGENTS

<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i>	Tier 3	QL (120 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i>	Tier 3	QL (42 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i>	Tier 3	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>	Tier 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RIMANTADINE HCL 100 MG TAB	Tier 4	
XOFLUZA (40 MG DOSE) 1X 40 MG TAB THPK	Tier 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
XOFLUZA (80 MG DOSE) 1X 80 MG TAB THPK	Tier 4	QL (1 PER 30 OVER TIME)

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANTIVIRALS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>ANTIHERPETIC AGENTS</b>		
<i>acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>acyclovir (200 mg/5ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i>	Tier 4	
<i>acyclovir sodium 50 mg/ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<b>ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS</b>		
PAXLOVID (150/100) 10 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	Tier 2	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100) 20 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	Tier 2	QL (30 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID 6 X 150 MG & 5 X 100MG TAB THPK	Tier 2	QL (11 PER 30 OVER TIME)

## ANXIOLYTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>ANXIOLYTICS, OTHER</b>		
<i>buspirone hcl (10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	
<b>BENZODIAZEPINES</b>		
<i>alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam 2 mg tab</i>	Tier 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp)</i>	Tier 3	QL (40 PER 1 DAYS)

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ANXIOLYTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>clonazepam 0.5 mg tab</i>	Tier 2	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 1 mg tab</i>	Tier 2	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 1 mg tab disp</i>	Tier 3	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 2 mg tab</i>	Tier 2	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 2 mg tab disp</i>	Tier 3	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 15 mg tab</i>	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tab</i>	Tier 4	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 7.5 mg tab</i>	Tier 4	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>diazepam (5 mg tab, 5 mg/ml conc)</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 10 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 2 mg tab</i>	Tier 2	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 5 mg/5ml solution</i>	Tier 2	QL (60 PER 1 DAYS)
<i>diazepam intensol 5 mg/ml conc</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 0.5 mg tab</i>	Tier 2	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 1 mg tab</i>	Tier 2	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 2 mg tab</i>	Tier 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 2 mg/ml conc</i>	Tier 3	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam intensol 2 mg/ml conc</i>	Tier 3	QL (5 PER 1 DAYS)

## BIPOLAR AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
--------------------	--	--

## MOOD STABILIZERS

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

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## BIPOLAR AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>lithium carbonate er (300 mg tab er, 450 mg tab er)</i>	Tier 2	

## BLOOD GLUCOSE REGULATORS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>ANTIDIABETIC AGENTS</b>		
<i>acarbose (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>glipizide (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>glipizide er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
<i>glipizide xl (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
<i>glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<b>GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)</b>	Tier 1	
<i>glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	Tier 1	
<b>GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)</b>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<b>JANUMET (50-1000 MG TAB, 50- 500 MG TAB)</b>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<b>JANUMET XR (100-1000 MG TAB ER 24H, 50-500 MG TAB ER 24H)</b>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<b>JANUMET XR 50-1000 MG TAB ER 24H</b>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## BLOOD GLUCOSE REGULATORS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
JANUVIA (100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JENTADUETO (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 2.5-850 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB, 40 MG TAB)	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>metformin hcl (1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>metformin hcl er (500 mg tab er 24h, 750 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
MOUNJARO (10 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 12.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 15 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 2.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 7.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>nateglinide (120 mg tab, 60 mg tab)</i>	Tier 1	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 4 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
<i>pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)</i>	Tier 1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl (15-500 mg tab, 15-850 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 1	
RYBELSUS (14 MG TAB, 3 MG TAB, 7 MG TAB)	Tier 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## BLOOD GLUCOSE REGULATORS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
SYNJARDY (12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB, 5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR (10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRADJENTA 5 MG TAB	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRULICITY (0.75 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 3 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 4.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
XIGDUO XR (10-1000 MG TAB ER 24H, 10-500 MG TAB ER 24H, 5- 500 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
XIGDUO XR (2.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<b>GLYCEMIC AGENTS</b>		
BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	Tier 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	Tier 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>	Tier 5	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLN	Tier 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
<i>glucagon emergency 1 mg recon soln</i>	Tier 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
GLUCAGON EMERGENCY 1 MG/ML RECON SOLN	Tier 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
<b>INSULINS</b>		
FIASP 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
FIASP FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
FIASP PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	Tier 3	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице ,  
можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## BLOOD GLUCOSE REGULATORS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
FIASP PUMPCART 100 UNIT/ML SOLN CART	Tier 3	
HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART	Tier 3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	Tier 3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN (50-50) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMULIN N 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	
HUMULIN N KWIKPEN 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMULIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 500 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 500 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
INSULIN ASPART FLEXPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN ASPART PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	Tier 3	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## BLOOD GLUCOSE REGULATORS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
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	
NOVOLOG 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
NOVOLOG FLEXPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
NOVOLOG FLEXPEN RELION 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	Tier 3	
NOVOLOG RELION 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (18 PER 28 DAYS)
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (18 PER 28 DAYS)
TRESIBA 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (27 PER 30 DAYS)

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>ANTICOAGULANTS</b>		
<i>dabigatran etexilate mesylate (110 mg cap, 150 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (1.5 MG PACK) 3 X 0.5 MG TAB SOL	Tier 3	QL (12 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (2 MG PACK) 4 X 0.5 MG TAB SOL	Tier 3	QL (16 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS 0.15 MG CAP SPRINK	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS 0.5 MG TAB SOL	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	Tier 3	QL (74 PER 180 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsyr, 150 mg/ml soln prsyr, 300 mg/3ml solution)</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium (120 mg/0.8ml soln prsyr, 80 mg/0.8ml soln prsyr)</i>	Tier 4	QL (48 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsyr</i>	Tier 4	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsyr</i>	Tier 4	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsyr</i>	Tier 4	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution</i>	Tier 5	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution</i>	Tier 4	QL (15 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution</i>	Tier 5	QL (12 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution</i>	Tier 5	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>heparin sodium (porcine) (1000 unit/ml solution, 10000 unit/ml solution, 20000 unit/ml solution, 5000 unit/ml solution)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>jantoven (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>rivaroxaban 1 mg/ml recon susp</i>	Tier 3	QL (20 ML PER 1 DAYS)
<i>rivaroxaban 2.5 mg tab</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>warfarin sodium (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>XARELTO 1 MG/ML RECON SUSP</i>	Tier 3	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>XARELTO 2.5 MG TAB</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>XARELTO STARTER PACK 15 &amp; 20 MG TAB THPK</i>	Tier 3	QL (51 PER 180 OVER TIME)
<b>BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS, OTHER</b>		
<i>anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)</i>	Tier 3	
<i>ARANESP (ALBUMIN FREE) (10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 100 MCG/ML SOLUTION, 25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, 25 MCG/ML SOLUTION, 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MCG/ML SOLUTION, 60 MCG/ML SOLUTION)</i>	Tier 4	PA
<i>ARANESP (ALBUMIN FREE) (100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 200 MCG/ML SOLUTION, 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR, 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR)</i>	Tier 5	PA
<i>ARANESP (ALBUMIN FREE) 500 MCG/ML SOLN PRSYR</i>	Tier 5	PA

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице [<xvi>](#) .

## BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>eltrombopag olamine (12.5 mg packet, 12.5 mg tab)</i>	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>eltrombopag olamine (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>eltrombopag olamine 25 mg packet</i>	Tier 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>eltrombopag olamine 75 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
FULPHILA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA
NIVESTYM (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION)	Tier 5	PA
RETACRIT (10000 UNIT/ML SOLUTION, 2000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION)	Tier 4	PA
UDENYCA (6 MG/0.6ML SOLN A-INJ, 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
<b>HEMOSTASIS AGENTS</b>		
<i>tranexamic acid 650 mg tab</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<b>PLATELET MODIFYING AGENTS</b>		
<i>aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap er 12h</i>	Tier 4	
<i>cilostazol (100 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>	Tier 1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>dipyridamole (25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>prasugrel hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>ticagrelor (60 mg tab, 90 mg tab)</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)

## CARDIOVASCULAR AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
--------------------	--	--

### ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS

<i>clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)</i>	Tier 3	
<i>clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>droxidopa 100 mg cap</i>	Tier 4	PA, QL (18 PER 1 DAYS)
<i>droxidopa 200 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (9 PER 1 DAYS)
<i>droxidopa 300 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (84 PER 90 OVER TIME)
<i>guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>METHYLDOPA (250 MG TAB, 500 MG TAB)</i>	Tier 2	
<i>midodrine hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 3	

### ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS

<i>doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>terazosin hcl (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 1	

### ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS

<i>candesartan cilexetil (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>irbesartan (150 mg tab, 300 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 1	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## CARDIOVASCULAR AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>losartan potassium (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>olmesartan medoxomil (20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>valsartan (160 mg tab, 320 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<b>ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME (ACE) INHIBITORS</b>		
<i>benazepril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>captopril (100 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>enalapril maleate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>lisinopril (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>moexipril hcl (15 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>perindopril erbumine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>quinapril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>ramipril (1.25 mg cap, 10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 1	
<i>trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 1	
<b>ANTIARRHYTHMICS</b>		
<i>amiodarone hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>amiodarone hcl 200 mg tab</i>	Tier 2	
<i>digitek (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## CARDIOVASCULAR AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>digox (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)</i>	Tier 4	
<i>flecainide acetate (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)</i>	Tier 2	
MULTAQ 400 MG TAB	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pacerone (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>pacerone 200 mg tab</i>	Tier 2	
<i>propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>quinidine sulfate (200 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>sorine (120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>sotalol hcl (120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>sotalol hcl (af) (120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	

## BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS

<i>acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>atenolol (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>bisoprolol fumarate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>carvedilol (12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 2	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## CARDIOVASCULAR AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>metoprolol succinate er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
<i>metoprolol tartrate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>nebivolol hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>pindolol (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
<b>PROPRANOLOL HCL (20 MG/5ML SOLUTION, 40 MG/5ML SOLUTION)</b>	Tier 3	
<i>propranolol hcl er (120 mg cap er 24h, 160 mg cap er 24h, 60 mg cap er 24h, 80 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>timolol maleate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	

## CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, DIHYDROPYRIDINES

<i>amlodipine besylate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>felodipine er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>isradipine (2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 3	
<i>nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>nifedipine er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>nifedipine er osmotic release (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>nimodipine 30 mg cap</i>	Tier 4	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## CARDIOVASCULAR AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, NONDIHYDROPYRIDINES		
<i>cartia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>dilt-xr (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl (120 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl er (120 mg cap er 12h, 120 mg cap er 24h, 120 mg tab er 24h, 180 mg cap er 24h, 180 mg tab er 24h, 240 mg cap er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h, 60 mg cap er 12h, 90 mg cap er 12h)</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl er beads 420 mg cap er 24h</i>	Tier 2	
<i>matzim la (180 mg tab er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>taztia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>tiadylt er (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h, 420 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## CARDIOVASCULAR AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>verapamil hcl (120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>VERAPAMIL HCL ER (100 MG CAP ER 24H, 200 MG CAP ER 24H, 300 MG CAP ER 24H, 360 MG CAP ER 24H)</i>	Tier 4	
<i>verapamil hcl er (120 mg cap er 24h, 120 mg tab er, 180 mg cap er 24h, 180 mg tab er, 240 mg cap er 24h, 240 mg tab er)</i>	Tier 2	
<b>CARDIOVASCULAR AGENTS, OTHER</b>		
<i>acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab</i>	Tier 2	
<i>amlodipine besy-benazepril hcl (10-20 mg cap, 10-40 mg cap, 2.5-10 mg cap, 5-10 mg cap, 5-20 mg cap, 5-40 mg cap)</i>	Tier 1	
<i>amlodipine besylate-valsartan (10-160 mg tab, 10-320 mg tab, 5-160 mg tab, 5-320 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>amlodipine-atorvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab, 2.5-10 mg tab, 2.5-20 mg tab, 2.5-40 mg tab, 5-10 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 5-80 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>amlodipine-olmesartan (10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>amlodipine-valsartan-hctz (10-160-12.5 mg tab, 10-160-25 mg tab, 10-320-25 mg tab, 5-160-12.5 mg tab, 5-160-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>atenolol-chlorthalidone (100-25 mg tab, 50-25 mg tab)</i>	Tier 1	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## CARDIOVASCULAR AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>benazepril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab, 5-6.25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (10-6.25 mg tab, 2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<b>CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE (25-15 MG TAB, 25-25 MG TAB, 50-15 MG TAB, 50-25 MG TAB)</b>	Tier 1	
<b>CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION</b>	Tier 4	PA, QL (20 PER 1 DAYS)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide (10-25 mg tab, 5-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<b>ENTRESTO (15-16 MG CAP SPRINK, 6-6 MG CAP SPRINK)</b>	Tier 3	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>losartan potassium-hctz (100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<b>METHYLDOPA-HYDROCHLOROTHIAZIDE (250-15 MG TAB, 250-25 MG TAB)</b>	Tier 3	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide (100-25 mg tab, 100-50 mg tab, 50-25 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metyrosine 250 mg cap</i>	Tier 5	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## CARDIOVASCULAR AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>olmesartan-amlodipine-hctz (20-5-12.5 mg tab, 40-10-12.5 mg tab, 40-10-25 mg tab, 40-5-12.5 mg tab, 40-5-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>pentoxifylline er 400 mg tab er</i>	Tier 2	
<b>PROPRANOLOL-HCTZ (40-25 MG TAB, 80-25 MG TAB)</b>	Tier 2	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>ranolazine er (1000 mg tab er 12h, 500 mg tab er 12h)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>sacubitril-valsartan (24-26 mg tab, 49-51 mg tab, 97-103 mg tab)</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>spironolactone-hctz 25-25 mg tab</i>	Tier 2	
<i>telmisartan-amlodipine (40-10 mg tab, 40-5 mg tab, 80-10 mg tab, 80-5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<b>TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER (1-240 MG TAB ER, 2-180 MG TAB ER, 2-240 MG TAB ER, 4-240 MG TAB ER)</b>	Tier 1	
<i>triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide (160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab, 80-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<b>VERQUVO (10 MG TAB, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)</b>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## CARDIOVASCULAR AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>DIURETICS, LOOP</b>		
<i>bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>bumetanide 0.25 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>furosemide (20 mg tab, 40 mg tab, 8 mg/ml solution, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>furosemide 10 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>torsemide (10 mg tab, 100 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<b>DIURETICS, POTASSIUM-SPARING</b>		
<i>amiloride hcl 5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>spironolactone (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<b>DIURETICS, THIAZIDE</b>		
<i>chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>metolazone (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<b>DYSLIPIDEMICS, FIBRIC ACID DERIVATIVES</b>		
<i>fenofibrate (134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab, 200 mg cap, 48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>fenofibrate micronized (130 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap, 43 mg cap, 67 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>fenofibric acid (135 mg cap dr, 45 mg cap dr)</i>	Tier 3	
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	Tier 2	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## CARDIOVASCULAR AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>DYSLIPIDEMICS, HMG COA REDUCTASE INHIBITORS</b>		
<i>atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 1	
<i>fluvastatin sodium er 80 mg tab er 24h</i>	Tier 2	
<i>lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>rosuvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>simvastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<b>DYSLIPIDEMICS, OTHER</b>		
<i>cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	Tier 3	
<i>cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	Tier 2	
<i>colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)</i>	Tier 3	
<i>colestipol hcl 1 gm tab</i>	Tier 2	
<i>ezetimibe 10 mg tab</i>	Tier 2	
<i>ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<b>NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 500 MG TAB</b>	Tier 4	
<i>niacin er (antihyperlipidemic) (1000 mg tab er, 750 mg tab er)</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## CARDIOVASCULAR AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab er</i>	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACOR 500 MG TAB	Tier 4	
<i>omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	Tier 3	
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	Tier 3	PA
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 3	PA
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)		
DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL (10 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
FARXIGA (10 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL		
<i>hydralazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>minoxidil (10 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	Tier 2	
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS		
<i>isosorbide dinitrate (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>isosorbide mononitrate er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
<i>isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24h</i>	Tier 2	
<i>minitran (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg/hr patch 24hr)</i>	Tier 2	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## CARDIOVASCULAR AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
NITRO-BID 2 % OINTMENT	Tier 3	
<i>nitroglycerin (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.3 mg sl tab, 0.4 mg sl tab, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg sl tab, 0.6 mg/hr patch 24hr)</i>	Tier 2	
<i>nitroglycerin 0.4 % ointment</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)

## CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, AMPHETAMINES</b>		
<i>amphetamine-dextroamphetamine (10 mg cap er 24h, 15 mg cap er 24h, 20 mg cap er 24h, 25 mg cap er 24h, 30 mg cap er 24h, 5 mg cap er 24h)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine (10 mg tab, 15 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab</i>	Tier 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 15 mg tab</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 20 mg tab</i>	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 30 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, NON-AMPHETAMINES		
<i>atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)</i>	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>atomoxetine hcl (100 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>atomoxetine hcl 40 mg cap</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dexmethylphenidate hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>guanfacine hcl er (1 mg tab er 24h, 2 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab)</i>	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 10 mg chew tab</i>	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 10 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 20 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 5 mg tab</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 10 mg tab er</i>	Tier 3	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 20 mg tab er</i>	Tier 3	QL (3 PER 1 DAYS)
CENTRAL NERVOUS SYSTEM, OTHER		
<i>bac (butalbital-acetamin-caff) 50-325-40 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>riluzole 50 mg tab</i>	Tier 3	
<i>tetrabenazine 12.5 mg tab</i>	Tier 4	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>tetrabenazine 25 mg tab</i>	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
VEOZAH 45 MG TAB	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>FIBROMYALGIA AGENTS</b>		
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAP DR	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP DR	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 40 MG CAP DR	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 60 MG CAP DR	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>duloxetine hcl (20 mg cp dr part, 60 mg cp dr part)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>duloxetine hcl 30 mg cp dr part</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>duloxetine hcl 40 mg cp dr part</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin (100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 3	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	Tier 3	QL (30 PER 1 DAYS)
<b>MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS</b>		
BETASERON 0.3 MG KIT	Tier 5	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>dalfampridine er 10 mg tab er 12h</i>	Tier 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate 120 mg cap dr</i>	Tier 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate 240 mg cap dr</i>	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate starter pack 120 &amp; 240 mg cpdr thpk</i>	Tier 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>fingolimod hcl 0.5 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr</i>	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr</i>	Tier 5	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>glatopa 20 mg/ml soln prsyr</i>	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatopa 40 mg/ml soln prsyr</i>	Tier 5	PA, QL (12 PER 28 DAYS)

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице [<xvi>](#) .

## CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>teriflunomide (14 mg tab, 7 mg tab)</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

## DENTAL AND ORAL AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>DENTAL AND ORAL AGENTS</b>		
<i>cevimeline hcl 30 mg cap</i>	Tier 4	
<i>chlorhexidine gluconate 0.12 % solution</i>	Tier 2	
<i>kourzeq 0.1 % paste</i>	Tier 3	
<i>oralone 0.1 % paste</i>	Tier 3	
<i>periogard 0.12 % solution</i>	Tier 2	
<i>pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>triamcinolone acetonide 0.1 % paste</i>	Tier 3	

## DERMATOLOGICAL AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
--------------------	--	--

## ACNE AND ROSACEA AGENTS

<i>accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>amnesteem (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>benzoyl peroxide-erythromycin 5- 3 % gel</i>	Tier 4	
<i>claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## DERMATOLOGICAL AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>clindamycin phos-benzoyl perox 1.2-5 % gel</i>	Tier 3	
<i>isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>myorisan (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion</i>	Tier 3	
<i>tazarotene (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.1 % cream, 0.1 % gel)</i>	Tier 4	
<i>tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % cream, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.1 % cream)</i>	Tier 4	PA
<i>zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	

## DERMATITIS AND PRURITUS AGENTS

<i>ala-cort (1 % cream, 2.5 % cream)</i>	Tier 2	
<i>alclometasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	Tier 3	
<i>ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)</i>	Tier 2	
<i>betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>betamethasone dipropionate aug (0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	Tier 3	
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % cream</i>	Tier 2	
<i>betamethasone valerate (0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>	Tier 4	
<i>clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % foam, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)</i>	Tier 4	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## DERMATOLOGICAL AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>clobetasol propionate 0.05 % liquid</i>	Tier 4	QL (250 PER 30 DAYS)
<i>clobetasol propionate e 0.05 % cream</i>	Tier 4	
<i>desonide (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	Tier 4	
<i>desoximetasone 0.25 % cream</i>	Tier 4	
EUCRISA 2 % OINTMENT	Tier 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
<i>fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)</i>	Tier 3	
<i>fluocinolone acetonide 0.01 % solution</i>	Tier 4	
<i>fluocinolone acetonide body 0.01 % oil</i>	Tier 4	
<i>fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil</i>	Tier 4	
<i>fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution, 0.1 % cream)</i>	Tier 3	
<i>fluocinonide emulsified base 0.05 % cream</i>	Tier 3	
<i>fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)</i>	Tier 2	
<i>halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	Tier 4	QL (200 PER 28 DAYS)
<i>hydrocortisone (1 % cream, 1 % ointment, 2.5 % cream, 2.5 % lotion, 2.5 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>hydrocortisone (perianal) (1 % cream, 2.5 % cream)</i>	Tier 2	
<i>hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment</i>	Tier 4	
<i>mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution)</i>	Tier 2	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## DERMATOLOGICAL AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>procto-med hc 2.5 % cream</i>	Tier 2	
<i>procto-pak 1 % cream</i>	Tier 2	
<i>proctosol hc 2.5 % cream</i>	Tier 2	
<i>proctozone-hc 2.5 % cream</i>	Tier 2	
<i>selenium sulfide 2.5 % lotion</i>	Tier 2	
<i>tacrolimus (0.03 % ointment, 0.1 % ointment)</i>	Tier 4	QL (100 PER 30 DAYS)
<i>triamcinolone acetonide (0.025 % cream, 0.025 % lotion, 0.025 % ointment, 0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment, 0.5 % cream, 0.5 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>triderm (0.1 % cream, 0.5 % cream)</i>	Tier 2	

## DERMATOLOGICAL AGENTS, OTHER

<i>alcohol wipes 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>calcipotriene (0.005 % cream, 0.005 % ointment)</i>	Tier 4	
<i>calcipotriene 0.005 % solution</i>	Tier 3	
<i>calcitrene 0.005 % ointment</i>	Tier 3	
<i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream</i>	Tier 2	
<i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion</i>	Tier 4	
<i>cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>fluorouracil (2 % solution, 5 % solution)</i>	Tier 2	
<i>fluorouracil 5 % cream</i>	Tier 3	
<i>imiquimod 5 % cream</i>	Tier 2	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>isopropyl alcohol 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>medpura alcohol pads 70 % misc</i>	Tier 2	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## DERMATOLOGICAL AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
METHOXSALEN RAPID 10 MG CAP	Tier 5	
<i>nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)</i>	Tier 4	
OTEZLA (20 MG TAB, 30 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>podofilox 0.5 % solution</i>	Tier 2	
<i>qc alcohol 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	Tier 2	
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>silver sulfadiazine 1 % cream</i>	Tier 2	
<i>ssd 1 % cream</i>	Tier 2	
TOLAK 4 % CREAM	Tier 3	
VALCHLOR 0.016 % GEL	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<b>PEDICULICIDES/SCABICIDES</b>		
<i>malathion 0.5 % lotion</i>	Tier 4	
<i>permethrin 5 % cream</i>	Tier 2	
<b>TOPICAL ANTI-INFECTIVES</b>		
<i>acyclovir 5 % ointment</i>	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ciclodan 8 % solution</i>	Tier 2	
<i>ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo)</i>	Tier 4	
<i>ciclopirox 8 % solution</i>	Tier 2	
<i>ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)</i>	Tier 2	
<i>clindamycin phos (once-daily) 1 % gel</i>	Tier 2	
<i>clindamycin phos (twice-daily) 1 % gel</i>	Tier 2	
<i>clindamycin phosphate (1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab)</i>	Tier 2	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## DERMATOLOGICAL AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
ERY 2 % PAD	Tier 3	
<i>erythromycin 2 % gel</i>	Tier 4	
<i>erythromycin 2 % solution</i>	Tier 2	
<i>mupirocin 2 % ointment</i>	Tier 2	

## ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>ELECTROLYTE/MINERAL REPLACEMENT</b>		
<i>dextrose 10 % solution</i>	Tier 4	
<i>dextrose 5 % solution</i>	Tier 3	
<i>dextrose in lactated ringers 5 % solution</i>	Tier 4	
DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION	Tier 3	
<i>dextrose-sodium chloride (10-0.2 % solution, 10-0.45 % solution, 2.5- 0.45 % solution, 5-0.2 % solution, 5-0.225 % solution, 5-0.3 % solution, 5-0.33 % solution)</i>	Tier 4	
<i>dextrose-sodium chloride (5-0.45 % solution, 5-0.9 % solution)</i>	Tier 3	
<i>kcl in dextrose-nacl (20-5-0.2 meq/l-%-% solution, 20-5-0.225 meq/l-%-% solution, 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, 40-5-0.9 meq/l-%-% solution)</i>	Tier 4	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	Tier 4	
<i>klor-con 10 10 meq tab er</i>	Tier 2	
<i>klor-con 8 meq tab er</i>	Tier 2	
<i>klor-con m10 10 meq tab er</i>	Tier 2	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>klor-con m15 15 meq tab er</i>	Tier 2	
<i>klor-con m20 20 meq tab er</i>	Tier 2	
<i>lactated ringers solution</i>	Tier 4	
<i>magnesium sulfate 50 % solution</i>	Tier 4	
<i>nafrinse 2.2 (1f) mg chew tab</i>	Tier 2	
<i>PNV 27-CA/FE/FA 60-1 MG TAB</i>	Tier 3	
<i>potassium chloride (10 % solution, 10 meq/100ml solution, 2 meq/ml solution, 20 meq/100ml solution, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/15ml (20%) solution)</i>	Tier 4	
<i>potassium chloride crys er (10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er)</i>	Tier 2	
<i>potassium chloride er (10 meq cap er, 10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er, 8 meq cap er, 8 meq tab er)</i>	Tier 2	
<i>potassium chloride in dextrose 20- 5 meq/l-% solution</i>	Tier 4	
<i>potassium chloride in nacl (20-0.9 meq/l-% solution, 40-0.9 meq/l-% solution)</i>	Tier 4	
<i>potassium citrate er (10 meq (1080 mg) tab er, 15 meq (1620 mg) tab er, 5 meq (540 mg) tab er)</i>	Tier 3	
<i>POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 20 MEQ/L SOLUTION</i>	Tier 4	
<i>PREMASOL 10 % SOLUTION</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>prenatal vitamins</i>	Tier 3	
<i>ringers solution</i>	Tier 4	
<i>sodium chloride (0.45 % solution, 0.9 % solution, 2.5 meq/ml solution, 3 % solution, 5 % solution)</i>	Tier 4	
<i>sodium chloride (pf) 0.9 % solution</i>	Tier 4	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице ,  
можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>sodium fluoride (0.55 (0.25 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg/ml solution, 2.2 (1 f) mg chew tab)</i>	Tier 2	
TPN ELECTROLYTES CONC	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

## ELECTROLYTE/MINERAL/METAL MODIFIERS

<i>clovique 250 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>deferasirox (250 mg tab sol, 500 mg tab sol)</i>	Tier 5	
<i>deferasirox 125 mg tab sol</i>	Tier 3	
<i>JYNARQUE (15 MG TAB THPK, 30 &amp; 15 MG TAB THPK, 45 &amp; 15 MG TAB THPK, 60 &amp; 30 MG TAB THPK, 90 &amp; 30 MG TAB THPK)</i>	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>JYNARQUE 15 MG TAB</i>	Tier 5	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>JYNARQUE 30 MG TAB</i>	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>trientine hcl 250 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>TRIENTINE HCL 500 MG CAP</i>	Tier 5	PA, QL (4 PER 1 DAYS)

## POTASSIUM BINDERS

<i>kionex 15 gm/60ml suspension</i>	Tier 2	
<i>LOKELMA (10 GM PACKET, 5 GM PACKET)</i>	Tier 3	
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	Tier 2	
<i>SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (15 GM/60ML SUSPENSION, 30 GM/120ML SUSPENSION)</i>	Tier 2	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## GASTROINTESTINAL AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>ANTI-CONSTIPATION AGENTS</b>		
<i>constulose 10 gm/15ml solution</i>	Tier 2	
<i>enulose 10 gm/15ml solution</i>	Tier 2	
<i>gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln</i>	Tier 2	
<i>generlac 10 gm/15ml solution</i>	Tier 2	
<i>lactulose (10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution)</i>	Tier 2	
<i>lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution</i>	Tier 2	
<i>LINZESS (145 MCG CAP, 290 MCG CAP, 72 MCG CAP)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lubiprostone (24 mcg cap, 8 mcg cap)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5- 3.13-1.6 gm/177ml solution</i>	Tier 3	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln</i>	Tier 2	
<b>ANTI-DIARRHEAL AGENTS</b>		
<i>alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	PA
<i>diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab</i>	Tier 2	
<i>DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5- 0.025 MG/5ML LIQUID</i>	Tier 4	
<i>loperamide hcl 2 mg cap</i>	Tier 2	
<i>XERMELO 250 MG TAB</i>	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
<b>ANTISPASMODICS, GASTROINTESTINAL</b>		
<i>dicyclomine hcl (10 mg cap, 20 mg tab)</i>	Tier 2	PA
<i>dicyclomine hcl 10 mg/5ml solution</i>	Tier 4	PA

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## GASTROINTESTINAL AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>methscopolamine bromide (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	

## GASTROINTESTINAL AGENTS, OTHER

<i>cromolyn sodium 100 mg/5ml conc</i>	Tier 4	
<i>GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN</i>	Tier 2	
<i>gavilyte-g 236 gm recon soln</i>	Tier 2	
<i>OMNITROPE 10 MG/1.5ML SOLN CART</i>	Tier 5	PA
<i>peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln</i>	Tier 2	
<i>ursodiol (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>ursodiol 300 mg cap</i>	Tier 4	

## HISTAMINE2 (H2) RECEPTOR ANTAGONISTS

<i>cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>famotidine (20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>NIZATIDINE (150 MG CAP, 300 MG CAP)</i>	Tier 2	

## PROTECTANTS

<i>misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)</i>	Tier 2	
<i>sucralfate 1 gm tab</i>	Tier 2	

## PROTON PUMP INHIBITORS

<i>esomeprazole magnesium 20 mg cap dr</i>	Tier 4	
<i>esomeprazole magnesium 40 mg cap dr</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lansoprazole 15 mg cap dr</i>	Tier 2	
<i>lansoprazole 30 mg cap dr</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## GASTROINTESTINAL AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>omeprazole 10 mg cap dr</i>	Tier 2	
<i>omeprazole 20 mg cap dr</i>	Tier 1	
<i>omeprazole 40 mg cap dr</i>	Tier 1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pantoprazole sodium 20 mg tab dr</i>	Tier 1	
<i>pantoprazole sodium 40 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>pantoprazole sodium 40 mg tab dr</i>	Tier 1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>rabeprazole sodium 20 mg tab dr</i>	Tier 3	

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

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT</b>		
ALDURAZYME 2.9 MG/5ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
ARALAST NP (1000 MG RECON SOLN, 500 MG RECON SOLN)	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>betaine powder</i>	Tier 5	
<i>carglumic acid 200 mg tab sol</i>	Tier 5	PA, LA
CREON (12000-38000 UNIT CP DR PART, 24000-76000 UNIT CP DR PART, 3000-9500 UNIT CP DR PART, 36000-114000 UNIT CP DR PART, 6000-19000 UNIT CP DR PART)	Tier 3	
DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP)	Tier 3	
ELAPRASE 6 MG/3ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>l-glutamine 5 gm packet</i>	Tier 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>levocarnitine 330 mg tab</i>	Tier 2	
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

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

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>nitisinone (10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 5	PA
REVCovi 2.4 MG/1.5ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA
<i>sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)</i>	Tier 5	PA
<i>sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)</i>	Tier 5	PA
ZENPEP (10000-32000 UNIT CP DR PART, 15000-47000 UNIT CP DR PART, 20000-63000 UNIT CP DR PART, 25000-79000 UNIT CP DR PART, 3000-10000 UNIT CP DR PART, 40000-126000 UNIT CP DR PART, 5000-24000 UNIT CP DR PART, 60000-189600 UNIT CP DR PART)	Tier 3	

## GENITOURINARY AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>ANTISPASMODICS, URINARY</b>		
GEMTESA 75 MG TAB	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)	Tier 3	
MYRBETRIQ 8 MG/ML SRER	Tier 3	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>oxybutynin chloride 5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>oxybutynin chloride er (10 mg tab er 24h, 15 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>solifenacin succinate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 4	ST
<i>tolterodine tartrate er (2 mg cap er 24h, 4 mg cap er 24h)</i>	Tier 4	ST

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## GENITOURINARY AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>trospium chloride 20 mg tab</i>	Tier 2	
<b>BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA AGENTS</b>		
<i>alfuzosin hcl er 10 mg tab er 24h</i>	Tier 2	
<i>dutasteride 0.5 mg cap</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>finasteride 5 mg tab</i>	Tier 1	
<i>silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil 2.5 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil 5 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>	Tier 1	
<b>GENITOURINARY AGENTS, OTHER</b>		
<i>bethanechol chloride (10 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>penicillamine 250 mg tab</i>	Tier 5	PA

## HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)</b>		
<i>CORTISONE ACETATE 25 MG TAB</i>	Tier 4	
<i>decadron (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>dexamethasone (0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml elixir, 0.5 mg/5ml solution, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 4 MG/ML SOLN PRSYR</i>	Tier 4	
<i>dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 4 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	Tier 2	
<i>methylprednisolone (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>methylprednisolone acetate (40 mg/ml suspension, 80 mg/ml suspension)</i>	Tier 4	
<i>methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>prednisolone 15 mg/5ml solution</i>	Tier 2	
<i>prednisolone sodium phosphate (15 mg/5ml solution, 25 mg/5ml solution, 6.7(5 base) mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>prednisone (1 mg tab, 10 mg (21) tab thpk, 10 mg (48) tab thpk, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg (21) tab thpk, 5 mg (48) tab thpk, 5 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
PREDNISONE 5 MG/5ML SOLUTION	Tier 3	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	Tier 4	

## HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)		
<i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution</i>	Tier 4	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>desmopressin acetate 4 mcg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>desmopressin acetate spray 0.01 % solution</i>	Tier 4	
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA
OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN)	Tier 5	PA

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

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>ANDROGENS</b>		
<i>danazol (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>depo-testosterone (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)</i>	Tier 3	
<i>testosterone (1.62 % gel, 20.25 mg/act (1.62%) gel, 40.5 mg/2.5gm (1.62%) gel)</i>	Tier 4	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>testosterone (12.5 mg/act (1%) gel, 25 mg/2.5gm (1%) gel, 50 mg/5gm (1%) gel)</i>	Tier 3	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
<i>testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel</i>	Tier 4	PA, QL (37.5 PER 30 DAYS)
<i>testosterone cypionate (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)</i>	Tier 3	
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

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

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>ESTROGENS</b>		
<i>afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>altavera 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>amethia 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aranelle 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>ashlyna 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>aubra 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aviane 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>ayuna 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>balziva 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>briellyn 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>camrese 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>camrese lo 0.1-0.02 &amp; 0.01 mg tab</i>	Tier 3	
<i>caziant 0.1/0.125/0.15 -0.025 mg tab</i>	Tier 3	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице [<xvi>](#) .

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

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>chateal 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>cyclafem 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>cyclafem 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>cyred 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>daysee 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>delyla 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>dotti (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>elinest 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 3	
<i>emoquette 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 3	
<i>enpresse-28 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>enskyce 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>estradiol (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице [<xvi>](#) .

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

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>estradiol (0.025 mg/24hr patch wk, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch wk)</i>	Tier 3	QL (8 PER 28 DAYS)
<i>estradiol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>estradiol 0.01 % cream</i>	Tier 2	
<i>estradiol 10 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>estradiol valerate (10 mg/ml oil, 20 mg/ml oil, 40 mg/ml oil)</i>	Tier 4	
<i>ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)</i>	Tier 3	QL (1 PER 84 OVER TIME)
<i>ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 mg-mcg tab, 1-50 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>etonogestrel-ethynodiol 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 3	
<i>falmina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>feirza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>femynor 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>fyavolv (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)</i>	Tier 4	
<i>hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 3	
<i>iclevia 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>introvale 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>isibloom 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>jaimiess 0.15-0.03 &amp;0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>jasmiel 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице [<xvi>](#) .

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

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>jintel i-5 mg-mcg tab</i>	Tier 4	
<i>jolessa 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>joyeaux 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	Tier 3	
<i>juleber 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>junel 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>kalliga 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larissia 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lessina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>levonest 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day (0.1-0.02 &amp; 0.01 mg tab, 0.15-0.03 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>levonorgest-eth estradiol-iron 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	Tier 3	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

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

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad (0.1-20 mg-mcg tab, 0.15-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lillow 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lo-zumandimine 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lojaimiess 0.1-0.02 &amp; 0.01 mg tab</i>	Tier 3	
<i>loryna 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>luizza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>luizza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lultera 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lyllana (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>marlissa 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)</i>	Tier 4	
<i>microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице [<xvi>](#) .

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

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>mili</i> 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
<i>minzoya</i> 0.1-20 mg-mcg(21) tab	Tier 3	
<i>mono-linyah</i> 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
<i>necon</i> 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab	Tier 3	
<i>nikki</i> 3-0.02 mg tab	Tier 3	
<i>norelgestromin-eth estradiol</i> 150-35 mcg/24hr patch wk	Tier 3	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)	Tier 3	
<i>norethin-eth estradiol-fe</i> 0.4-35 mg-mcg chew tab	Tier 3	
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)	Tier 3	
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)	Tier 4	
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
<i>norgestimate-eth estradiol</i> 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
<i>nortrel</i> 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab	Tier 3	
<i>nortrel</i> 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
<i>nortrel</i> 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
<i>nortrel</i> 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
<i>nylia</i> 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
<i>nylia</i> 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
<i>numyo</i> 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
<i>ocella</i> 3-0.03 mg tab	Tier 3	
<i>orsythia</i> 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

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

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>philith</i> 0.4-35 mg-mcg tab	Tier 3	
<i>pimtrea</i> 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
<i>pirmella</i> 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
<i>pirmella</i> 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
<i>portia</i> -28 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
PREMARIN (0.3 MG TAB, 0.45 MG TAB, 0.625 MG TAB, 0.9 MG TAB, 1.25 MG TAB)	Tier 4	
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	Tier 3	
<i>previfem</i> 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
<i>reclipsen</i> 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
<i>setlakin</i> 0.15-0.03 mg tab	Tier 3	
<i>simliya</i> 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
<i>simpesse</i> 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
<i>sprintec</i> 28 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
<i>sronyx</i> 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
<i>syeda</i> 3-0.03 mg tab	Tier 3	
<i>tarina fe</i> 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
<i>tarina fe</i> 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
<i>tri-femynor</i> 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
<i>tri-estarrylla</i> 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
<i>tri-linyah</i> 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
<i>tri-mili</i> 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
<i>tri-nymyo</i> 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

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

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>tri-previfem 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>trivora (28) 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>turqoz 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>valtya 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB</i>	Tier 3	
<i>vestura 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>vienna 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>vylibra 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>wera 0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	Tier 3	
<i>xelria fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	Tier 3	
<i>xulane 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	Tier 3	
<i>yuvafem 10 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>zafemy 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	Tier 3	
<i>zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>zovia 1/35e (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>zumandimine 3-0.03 mg tab</i>	Tier 3	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

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

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>PROGESTINS</b>		
<i>camila 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>deblitane 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR</i>	Tier 3	
<i>emzahh 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>errin 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>gallifrey 5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>heather 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>incassia 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>jencycla 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD</i>	Tier 3	
<i>lyleq 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>lyza 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>medroxyprogesterone acetate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsyr, 150 mg/ml suspension)</i>	Tier 3	
<i>megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>meleya 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>NEXPLANON 68 MG IMPLANT</i>	Tier 3	
<i>nora-be 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>norethindrone 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>norethindrone acetate 5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>norlyda 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>norlyroc 0.35 mg tab</i>	Tier 3	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

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

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>orquidea 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>sharobel 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>tulana 0.35 mg tab</i>	Tier 3	

### SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODIFYING AGENTS

<i>OSPHENA 60 MG TAB</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>raloxifene hcl 60 mg tab</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)

## HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)</b>		
<i>euthyrox (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 1	
<i>levo-t (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>levothyroxine sodium (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 1	
<i>levoxyl (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 3	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>liothyronine sodium (25 mcg tab, 5 mcg tab, 50 mcg tab)</i>	Tier 2	
REZDIFFRA (100 MG TAB, 60 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNTHROID (100 MCG TAB, 112 MCG TAB, 125 MCG TAB, 137 MCG TAB, 150 MCG TAB, 175 MCG TAB, 200 MCG TAB, 25 MCG TAB, 300 MCG TAB, 50 MCG TAB, 75 MCG TAB, 88 MCG TAB)	Tier 3	
<i>unithroid (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 3	

## HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)</b>		
<i>cabergoline 0.5 mg tab</i>	Tier 3	
<i>leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit</i>	Tier 4	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) (3.75 MG KIT, 7.5 MG KIT)	Tier 5	
LUPRON DEPOT (3-MONTH) (11.25 MG KIT, 22.5 MG KIT)	Tier 5	
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	Tier 5	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	Tier 5	
<i>mifepristone 300 mg tab</i>	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>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)</i>	Tier 4	PA
OCTREOTIDE ACETATE 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA
ORGOVYX 120 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SIGNIFOR (0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
SOMAVERT (10 MG RECON SOLN, 15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN, 25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN)	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	Tier 5	

## HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>ANTITHYROID AGENTS</b>		
<i>methimazole (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>propylthiouracil 50 mg tab</i>	Tier 2	

## IMMUNOLOGICAL AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>ANGIOEDEMA AGENTS</b>		
HAEGARDA (2000 UNIT RECON SOLN, 3000 UNIT RECON SOLN)	Tier 5	PA, LA

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## IMMUNOLOGICAL AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsyr</i>	Tier 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
<i>sajazir 30 mg/3ml soln prsyr</i>	Tier 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)

### IMMUNOGLOBULINS

GAMUNEX-C (1 GM/10ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	Tier 5	PA
HIZENTRA (1 GM/5ML SOLN PRSYR, 1 GM/5ML SOLUTION, 10 GM/50ML SOLN PRSYR, 10 GM/50ML SOLUTION, 2 GM/10ML SOLN PRSYR, 2 GM/10ML SOLUTION, 4 GM/20ML SOLN PRSYR, 4 GM/20ML SOLUTION)	Tier 5	PA, LA

### IMMUNOLOGICAL AGENTS, OTHER

ARCALYST 220 MG RECON SOLN	Tier 5	PA, LA
AURANOFIN 3 MG CAP	Tier 3	
BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 28 DAYS)
COSENTYX (150 MG/ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA
COSENTYX (300 MG DOSE) 150 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA
COSENTYX UNOREADY 300 MG/2ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA
DUPIXENT (100 MG/0.67ML SOLN PRSYR, 200 MG/1.14ML SOLN A-INJ, 200 MG/1.14ML SOLN PRSYR, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## IMMUNOLOGICAL AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
OTEZLA (10 & 20 & 30 MG TAB THPK, 4 X 10 & 51 X20 MG TAB THPK)	Tier 5	PA, QL (55 PER 28 OVER TIME)
RIDAURA 3 MG CAP	Tier 3	
RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
RINVOQ 45 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA, QL (168 PER 365 OVER TIME)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (12 ML PER 1 DAYS)
SKYRIZI (150 MG DOSE) 75 MG/0.83ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 150 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 180 MG/1.2ML SOLN CART	Tier 5	PA, QL (1.2 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 360 MG/2.4ML SOLN CART	Tier 5	PA, QL (2.4 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 600 MG/10ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (30 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
TYENNE (162 MG/0.9ML SOLN A-INJ, 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, QL (3.6 PER 28 DAYS)
USTEKINUMAB-AEKN 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
USTEKINUMAB-AEKN 90 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (1 ML PER 28 DAYS)
XELJANZ (10 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (10 PER 1 DAYS)
XELJANZ XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H)	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
XOLAIR (150 MG/ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице [<xvi>](#) .

## IMMUNOLOGICAL AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
XOLAIR (150 MG/ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (8 PER 28 DAYS)
YESINTEK (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION)	Tier 4	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
YESINTEK 130 MG/26ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (104 ML PER 365 OVER TIME)
YESINTEK 90 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (1 ML PER 28 DAYS)
<b>IMMUNOSTIMULANTS</b>		
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)
<b>IMMUNOSUPPRESSANTS</b>		
<i>azathioprine 50 mg tab</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg/ml solution)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine modified (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
ENBREL (25 MG RECON SOLN, 50 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (4.08 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
ENBREL MINI 50 MG/ML SOLN CART	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице ,  
можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## IMMUNOLOGICAL AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
ENVARSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>everolimus 0.25 mg tab</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>gengraf (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
HADLIMA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.4ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
<i>leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
METHOTREXATE SODIUM (250 MG/10ML SOLUTION, 50 MG/2ML SOLUTION)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium (pf) (1 gm/40ml solution, 1000 mg/40ml solution, 250 mg/10ml solution)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium 2.5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>mycophenolate mofetil (200 mg/ml recon susp, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil (250 mg cap, 500 mg tab)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil hcl 500 mg recon soln</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## IMMUNOLOGICAL AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
SIMLANDI (1 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 PEN) 80 MG/0.8ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 SYRINGE) 80 MG/0.8ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) 20 MG/0.2ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) 40 MG/0.4ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
<i>sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<b>VACCINES</b>		
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

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице ,  
можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## IMMUNOLOGICAL AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
BEXZERO SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
BOOSTRIX (5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2.5-18.5 LF- MCG/0.5 SUSPENSION)	Tier 3	VAC
DAPTACEL 23-15-5 SUSPENSION	Tier 3	
DENGVAXIA RECON SUSP	Tier 4	
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT 25-5 LFU/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	
ENGERIX-B (10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSPENSION)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
GARDASIL 9 (SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 3	VAC
HAVRIX (1440 EL U/ML SUSP PRSYR, 1440 EL U/ML SUSPENSION)	Tier 3	VAC
HAVRIX (720 EL U/0.5ML SUSP PRSYR, 720 EL U/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	Tier 3	
IMOVOX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
INFANRIX 25-58-10 SUSPENSION	Tier 3	
IPOV SUSPENSION	Tier 3	VAC
IXIARO SUSPENSION	Tier 4	VAC
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
KINRIX 0.5 ML SUSP PRSYR	Tier 3	
M-M-R II RECON SOLN	Tier 3	VAC
MENACTRA SOLUTION	Tier 3	VAC
MENQUADFI (0.5 ML SOLUTION, SOLUTION)	Tier 3	VAC
MENVEO (RECON SOLN, SOLUTION)	Tier 3	VAC

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице ,  
можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## IMMUNOLOGICAL AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
PEDIARIX SUSP PRSYR	Tier 3	
PEDVAX HIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	
PENMENVY RECON SUSP	Tier 3	
PENTACEL RECON SUSP	Tier 3	
PRIORIX RECON SUSP	Tier 3	VAC
PROQUAD RECON SUSP	Tier 3	
QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 3	
RABAVERT RECON SUSP	Tier 3	VAC
RECOMBIVAX HB (10 MCG/ML SUSP PRSYR, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION, 5 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 5 MCG/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
ROTARIX (RECON SUSP, SUSPENSION)	Tier 3	
ROTAQUEL SOLUTION	Tier 3	
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	QL (2 PER 365 OVER TIME), VAC
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
TENIVAC 5-2 LF/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
TICOVAC 1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 3	
TICOVAC 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
TRUMENBA SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION)	Tier 4	VAC

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице ,  
можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## IMMUNOLOGICAL AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
VAQTA (25 UNIT/0.5ML SUSP PRSYR, 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	
VAQTA (50 UNIT/ML SUSP PRSYR, 50 UNIT/ML SUSPENSION)	Tier 3	VAC
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
VAXCHORA RECON SUSP	Tier 4	VAC
VIMKUNYA 40 MCG/0.8ML SUSP PRSYR	Tier 4	
VIVOTIF CAP DR	Tier 4	
YF-VAX RECON SUSP	Tier 4	VAC

## INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>AMINOSALICYLATES</b>		
<i>balsalazide disodium 750 mg cap</i>	Tier 3	
<i>mesalamine (1000 mg suppos, 4 gm enema)</i>	Tier 4	
<i>mesalamine 1.2 gm tab dr</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>mesalamine er 0.375 gm cap er 24h</i>	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)</i>	Tier 2	
<b>GLUCOCORTICOIDS</b>		
<i>budesonide 3 mg cp dr part</i>	Tier 4	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>budesonide er 9 mg tab er 24h</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
CORTIFOAM 10 % FOAM	Tier 4	
<i>hydrocortisone (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>hydrocortisone 100 mg/60ml enema</i>	Tier 3	

## METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>METABOLIC BONE DISEASE AGENTS</b>		
<i>alendronate sodium (10 mg tab, 35 mg tab, 70 mg tab)</i>	Tier 1	
ALENDRONATE SODIUM 5 MG TAB	Tier 2	
<i>alendronate sodium 70 mg/75ml solution</i>	Tier 4	
<i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i>	Tier 2	QL (3.7 PER 30 DAYS)
<i>calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)</i>	Tier 2	
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>doxercalciferol 4 mcg/2ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	Tier 1	
<i>ibandronate sodium 3 mg/3ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
JUBBONTI 60 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA
<i>paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 2 mcg/ml solution, 4 mcg cap, 5 mcg/ml solution)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>risedronate sodium (150 mg tab, 35 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen</i>	Tier 5	PA
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	Tier 5	PA, QL (1.56 PER 28 DAYS)
WYOST 120 MG/1.7ML SOLUTION	Tier 5	QL (1.7 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>zoledronic acid (4 mg/100ml solution, 4 mg/5ml conc, 5 mg/100ml solution)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

## MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS</b>		
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
ALCOHOL 70% PADS	Tier 2	
ALCOHOL PREP PAD	Tier 2	
ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
ALCOHOL SWABS 70 % PAD	Tier 2	
ALCOHOL SWABSTICK PAD	Tier 2	
AQ INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
AQINJECT PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
<i>argyle sterile water solution</i>	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	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE (31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	Tier 3	
AUM PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC)	Tier 3	
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC	Tier 3	
BIOGUARD GAUZE SPONGES 2"X2" PAD	Tier 2	
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	Tier 2	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (X 15/64" 0.3 ML MISC, X 15/64" 0.5 ML MISC, 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	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
DROPLET INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 0.3 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.3 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM MISC	Tier 3	
DROPLET PEN NEEDLES (29G X 10MM MISC, 29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC)	Tier 3	
DROPSAFE 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)	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	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
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, 28G X 1/2" 1 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML MISC	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F (30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE U/F (29G X 12.7MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
EMBRACE PEN NEEDLES (29G X 12MM MISC, 30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
<i>gauze pads 2</i>	Tier 2	
GNP PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
GOODSENSE ALCOHOL SWABS 70 % PAD	Tier 2	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	Tier 3	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 1 ML	Tier 3	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (27G X 1/2" 0.5 ML MISC, 27G X 1/2" 1 ML MISC, 28G X 1/2" 0.5 ML MISC, 28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
INSUPEN PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
INSUPEN32G EXTR3ME 32G X 6 MM MISC	Tier 3	
INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lactated ringers solution</i>	Tier 2	
<i>methergine 0.2 mg tab</i>	Tier 4	
<i>methylergonovine maleate 0.2 mg tab</i>	Tier 4	
<i>novofine 32g x 6 mm misc</i>	Tier 3	
<i>novotwist 32g x 5 mm misc</i>	Tier 3	
NUTRILIPID 20 % EMULSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
OPVEE 2.7 MG/0.1ML SOLUTION	Tier 4	QL (2 PER 30 DAYS)
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP (31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
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 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	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице ,  
можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE (29G X 12.7MM MISC, 31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC, 33G X 8 MM MISC)	Tier 3	
<i>ringers irrigation solution</i>	Tier 2	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.5 ML MISC, X 1/2" 1 ML MISC)	Tier 3	
SILIGENTLE FOAM DRESSING 2"X2" PAD	Tier 2	
SMOFLIPID 20 % EMULSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sterile water for irrigation solution</i>	Tier 2	
SURE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
<i>tis-u-sol solution</i>	Tier 2	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE (30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC, 32G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	Tier 3	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE OTC PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE PENTIPS 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE (30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC)	Tier 3	
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE (29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
VERIFINE INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
VOWST CAP	Tier 5	PA, LA, QL (12 PER 30 DAYS)
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE 70 % PAD	Tier 2	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## OPHTHALMIC AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>OPHTHALMIC AGENTS, OTHER</b>		
<i>ak-poly-bac 500-10000 unit/gm ointment</i>	Tier 2	
<i>atropine sulfate 1 % solution</i>	Tier 3	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment</i>	Tier 2	
<i>bacitracin-polymyxin b 500-10000 unit/gm ointment</i>	Tier 2	
<i>brimonidine tartrate-timolol 0.2-0.5 % solution</i>	Tier 3	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal (2-0.5 % solution, 22.3-6.8 mg/ml solution)</i>	Tier 2	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution</i>	Tier 3	
<i>neo-polycin 3.5-400-10000 ointment</i>	Tier 2	
<i>neo-polycin hc 1 % ointment</i>	Tier 2	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx (3.5-400-10000 ointment, 5-400-10000 ointment)</i>	Tier 2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (0.1 % suspension, 3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)</i>	Tier 2	
<b>NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-0.025 SOLUTION</b>	Tier 2	
<b>NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5-10000-1 SUSPENSION</b>	Tier 4	
<i>polycin 500-10000 unit/gm ointment</i>	Tier 2	
<b>RESTASIS 0.05 % EMULSION</b>	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<b>ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION</b>	Tier 4	QL (2.5 PER 25 DAYS)
<b>SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION</b>	Tier 2	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## OPHTHALMIC AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	Tier 2	
XDEMVY 0.25 % SOLUTION	Tier 5	PA, QL (10 PER 30 DAYS)
IIDRA 5 % SOLUTION	Tier 3	
ZYLET 0.5-0.3 % SUSPENSION	Tier 3	
OPHTHALMIC ANTI-ALLERGY AGENTS		
<i>azelastine hcl 0.05 % solution</i>	Tier 2	
<i>cromolyn sodium 4 % solution</i>	Tier 2	
OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVES		
BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	Tier 4	
<i>erythromycin 5 mg/gm ointment</i>	Tier 2	
GENTAK 0.3 % OINTMENT	Tier 2	
<i>gentamicin sulfate 0.3 % solution</i>	Tier 2	
LEVOFLOXACIN (0.5 % SOLUTION, 1.5 % SOLUTION)	Tier 3	
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	Tier 2	
<i>moxifloxacin hcl 0.5 % solution</i>	Tier 3	
NATACYN 5 % SUSPENSION	Tier 3	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	Tier 2	
<i>polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution</i>	Tier 2	
SULFACETAMIDE SODIUM 10 % OINTMENT	Tier 3	
<i>sulfacetamide sodium 10 % solution</i>	Tier 2	
<i>tobramycin 0.3 % solution</i>	Tier 2	
TRIFLURIDINE 1 % SOLUTION	Tier 3	
ZIRGAN 0.15 % GEL	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## OPHTHALMIC AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>OPHTHALMIC ANTI-INFLAMMATORIES</b>		
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	Tier 2	
<i>diclofenac sodium 0.1 % solution</i>	Tier 2	
<i>difluprednate 0.05 % emulsion</i>	Tier 4	
<i>fluorometholone 0.1 % suspension</i>	Tier 2	
FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION	Tier 2	
FML 0.1 % OINTMENT	Tier 4	
FML FORTE 0.25 % SUSPENSION	Tier 4	
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	Tier 3	QL (3 PER 30 DAYS)
<i>ketorolac tromethamine (0.4 % solution, 0.5 % solution)</i>	Tier 2	
<i>prednisolone acetate 1 % suspension</i>	Tier 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	Tier 3	
<b>OPHTHALMIC BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS</b>		
<i>betaxolol hcl 0.5 % solution</i>	Tier 2	
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	Tier 2	
LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	Tier 2	
<i>timolol maleate (0.25 % gel f soln, 0.5 % gel f soln)</i>	Tier 3	
<i>timolol maleate (0.25 % solution, 0.5 % solution)</i>	Tier 1	
<b>OPHTHALMIC INTRAOCULAR PRESSURE LOWERING AGENTS, OTHER</b>		
<i>acetazolamide er 500 mg cap er 12h</i>	Tier 2	
<i>apraclonidine hcl 0.5 % solution</i>	Tier 3	
<i>brimonidine tartrate 0.1 % solution</i>	Tier 3	
<i>brimonidine tartrate 0.15 % solution</i>	Tier 4	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## OPHTHALMIC AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>brimonidine tartrate 0.2 % solution</i>	Tier 2	
<i>brinzolamide 1 % suspension</i>	Tier 3	
<i>dorzolamide hcl 2 % solution</i>	Tier 2	
<i>methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>pilocarpine hcl (1 % solution, 2 % solution, 4 % solution)</i>	Tier 2	
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	Tier 3	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION	Tier 3	

## OPHTHALMIC PROSTAGLANDIN AND PROSTAMIDE ANALOGS

<i>bimatoprost 0.03 % solution</i>	Tier 4	ST, QL (5 PER 30 DAYS)
<i>latanoprost 0.005 % solution</i>	Tier 1	
LUMIGAN 0.01 % SOLUTION	Tier 3	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>travoprost (bak free) 0.004 % solution</i>	Tier 3	QL (5 PER 30 DAYS)
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	Tier 4	

## OTIC AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>OTIC AGENTS</b>		
<i>acetic acid 2 % solution</i>	Tier 2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone 0.3- 0.1 % suspension</i>	Tier 4	
CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	Tier 3	
DERMOTIC 0.01 % OIL	Tier 3	
<i>hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution</i>	Tier 3	
<i>neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5- 10000-1 suspension)</i>	Tier 2	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## OTIC AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	Tier 2	

## RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>ANTI-INFLAMMATORIES, INHALED CORTICOSTEROIDS</b>		
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 (7 METERED DOSES) 110 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX HFA (100 MCG/ACT AEROSOL, 200 MCG/ACT AEROSOL, 50 MCG/ACT AEROSOL)	Tier 3	QL (13 PER 30 DAYS)
<i>budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
QVAR REDIHALER (40 MCG/ACT AERO BA, 80 MCG/ACT AERO BA)	Tier 3	QL (21.2 PER 30 DAYS)
<b>ANTIHISTAMINES</b>		
<i>azelastine hcl (0.1 % solution, 137 mcg/spray solution)</i>	Tier 2	QL (30 PER 25 DAYS)
<i>cetirizine hcl (1 mg/ml solution, 5 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>cypreheptadine hcl 4 mg tab</i>	Tier 3	PA
<i>hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	PA
<i>hydroxyzine pamoate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 4	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab</i>	Tier 1	
<i>promethazine hcl (12.5 mg/10ml solution, 6.25 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	PA

### ANTILEUKOTRIENES

<i>montelukast sodium (4 mg chew tab, 4 mg packet, 5 mg chew tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>montelukast sodium 10 mg tab</i>	Tier 1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)

### BRONCHODILATORS, ANTICHOLINERGIC

ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN	Tier 4	QL (25.8 PER 30 DAYS)
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.02 % solution</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ipratropium bromide 0.03 % solution</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.06 % solution</i>	Tier 2	QL (45 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN)	Tier 3	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>tiotropium bromide 18 mcg cap</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)

### BRONCHODILATORS, SYMPATHOMIMETIC

<i>albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)</i>	Tier 2	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)</i>	Tier 2	QL (17 PER 30 DAYS)

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)</i>	Tier 2	QL (13.4 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin)</i>	Tier 2	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>albuterol sulfate ((2.5 mg/3ml) 0.083% nebu soln, (5 mg/ml) 0.5% nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln, 2.5 mg/0.5ml nebu soln)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>albuterol sulfate (2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>albuterol sulfate (2 mg/5ml syrup, 8 mg/20ml syrup)</i>	Tier 2	
<i>albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln</i>	Tier 2	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>epinephrine (0.15 mg/0.15ml soln a-inj, 0.15 mg/0.3ml soln a-inj, 0.3 mg/0.3ml soln a-inj)</i>	Tier 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
<b>EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)</b>	Tier 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
<i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/0.5ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln)</i>	Tier 4	PA
<b>LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL</b>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<b>SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA</b>	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<b>CYSTIC FIBROSIS AGENTS</b>		
<b>KALYDECO (13.4 MG PACKET, 150 MG TAB, 25 MG PACKET, 5.8 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET)</b>	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<b>PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION</b>	Tier 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>tobramycin 300 mg/4ml nebu soln</i>	Tier 5	PA, QL (224 PER 28 DAYS)

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице ,  
можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i>	Tier 5	PA, QL (280 PER 56 OVER TIME)
TRIKAFTA (100-50-75 & 150 MG TAB THPK, 50-25-37.5 & 75 MG TAB THPK)	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
<b>MAST CELL STABILIZERS</b>		
<i>cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<b>PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS, AIRWAYS DISEASE</b>		
<i>roflumilast 250 mcg tab</i>	Tier 4	QL (28 PER 180 OVER TIME)
<i>roflumilast 500 mcg tab</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>theophylline er (100 mg tab er 12h, 200 mg tab er 12h, 300 mg tab er 12h, 400 mg tab er 24h, 450 mg tab er 12h, 600 mg tab er 24h)</i>	Tier 3	
<b>PULMONARY ANTIHYPERTENSIVES</b>		
ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB)	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>alyq 20 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>ambrisentan (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>bosentan (125 mg tab, 62.5 mg tab)</i>	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bosentan 32 mg tab sol</i>	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
OPSUMIT 10 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
TRACLEER 32 MG TAB SOL	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
UPTRAVI (1000 MCG TAB, 1200 MCG TAB, 1400 MCG TAB, 1600 MCG TAB, 200 MCG TAB, 400 MCG TAB, 600 MCG TAB, 800 MCG TAB)	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице ,  
можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице [<xvi>](#) .

## RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
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)
<b>PULMONARY FIBROSIS AGENTS</b>		
OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)</i>	Tier 5	PA, QL (9 PER 1 DAYS)
PIRFENIDONE 534 MG TAB	Tier 5	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
<i>pirfenidone 801 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<b>RESPIRATORY TRACT AGENTS, OTHER</b>		
<i>acetylcysteine (10 % solution, 20 % solution)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
ADVAIR HFA (115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL, 45-21 MCG/ACT AEROSOL)	Tier 3	QL (12 PER 30 DAYS)
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
BREO ELLIPTA (100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA, 50-25 MCG/INH AER POW BA)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>breyna (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)</i>	Tier 3	QL (10.3 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	Tier 3	QL (10.7 PER 30 DAYS)
<i>budesonide-formoterol fumarate (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)</i>	Tier 3	QL (10.2 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	Tier 4	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution</i>	Tier 2	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate 50 mcg/act suspension</i>	Tier 2	QL (16 PER 30 DAYS)

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице ,  
можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<i>fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<b>FLUTICASONE-SALMETEROL (113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA, 55-14 MCG/ACT AER POW BA)</b>	Tier 2	QL (1 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<b>STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACT AERO SOLN</b>	Tier 3	
<b>TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA)</b>	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>wixela inhub (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)

## SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
--------------------	--	--

### SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

<i>carisoprodol 350 mg tab</i>	Tier 2	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>cyclobenzaprine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	PA
<i>methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 3	PA
<i>vanadom 350 mg tab</i>	Tier 2	PA, QL (4 PER 1 DAYS)

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

## SLEEP DISORDER AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
<b>SLEEP PROMOTING AGENTS</b>		
<i>eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ramelteon 8 mg tab</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tasimelteon 20 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>temazepam 15 mg cap</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>temazepam 30 mg cap</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>triazolam 0.125 mg tab</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>triazolam 0.25 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zaleplon 10 mg cap</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zaleplon 5 mg cap</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 10 mg tab</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 5 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<b>WAKEFULNESS PROMOTING AGENTS</b>		
<i>armodafinil (150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>modafinil 100 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>modafinil 200 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<b>SODIUM OXYBATE 500 MG/ML SOLUTION</b>	Tier 5	PA, LA, QL (540 PER 30 DAYS)
<b>Uncategorized</b>		
Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
Unclassified		
<b>BRUKINSA 160 MG TAB</b>	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Информацию о значениях символов и сокращений, использованных в этой таблице , можно найти в перечне условных обозначений, приведенном на странице <xvi> .

**В этом разделе вы можете найти препарат, выполнив поиск по его названию в алфавитном порядке. На нем будет указан номер страницы, на которой можно найти дополнительную информацию о страховом покрытии вашего препарата.**

## A

abacavir sulfate.....	55
abacavir sulfate-lamivudine.....	55
abacavir-lamivudine-zidovudine.....	55
ABELCET.....	25
ABILIFY MAINTENA.....	48
abiraterone acetate.....	29
abirtega.....	29
ABRYSVO.....	114
acamprosate calcium.....	5
acarbose.....	61
accutane.....	83
acebutolol hcl.....	71
acetaminophen-codeine.....	3
acetazolamide.....	74
acetazolamide er.....	128
acetic acid.....	129
acetylcysteine.....	134
acitretin.....	83
ACTHIB.....	114
ACTIMMUNE.....	112
acyclovir.....	59,87
acyclovir sodium.....	59
ADACEL.....	114
adefovir dipivoxil.....	53
ADEMPAS.....	133
ADVAIR HFA.....	134
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE.....	119
afirmelle.....	98
AIMOVIG.....	27
ak-poly-bac.....	126
AKEEGA.....	31
ala-cort.....	84
albendazole.....	45
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair).....	131
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair).....	131

albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil).....	132
Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Ventolin).....	132
albuterol sulfate.....	132
albuterol sulfate hfa.....	132
alclometasone dipropionate.....	84
ALCOHOL 70% PADS.....	119
ALCOHOL PREP.....	119
ALCOHOL PREP PADS.....	119
ALCOHOL SWABS.....	119
ALCOHOL SWABSTICK.....	119
alcohol wipes.....	86
ALDURAZYME.....	93
ALECENSA.....	32
alendronate sodium.....	118
ALENDRONATE SODIUM.....	118
alfuzosin hcl er.....	95
aliskiren fumarate.....	74
allopurinol.....	26
alosetron hcl.....	91
alprazolam.....	59
altavera.....	98
ALUNBRIG.....	32
alyacen 1/35.....	98
alyacen 7/7/7.....	98
alyq.....	133
amantadine hcl.....	46
ambrisentan.....	133
amethia.....	98
amikacin sulfate.....	6
amiloride hcl.....	77
amiloride-hydrochlorothiazide.....	74
amiodarone hcl.....	70
amitriptyline hcl.....	23
amlodipine besy-benazepril hcl.....	74
amlodipine besylate.....	72
amlodipine besylate-valsartan.....	74
amlodipine-atorvastatin.....	74
amlodipine-olmesartan.....	74

amlodipine-valsartan-hctz.....	74	ASMANEX (7 METERED DOSES).....	130
ammonium lactate.....	84	ASMANEX HFA.....	130
amnesteem.....	83	aspirin-dipyridamole er.....	68
amoxapine.....	23	ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES.....	119
amoxicillin.....	10	ASSURE ID PRO PEN NEEDLES.....	119
amoxicillin-pot clavulanate.....	10	atazanavir sulfate.....	57
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE.....	10	atenolol.....	71
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER.....	11	atenolol-chlorthalidone.....	74
amphetamine-dextroamphetamine.....	80	atomoxetine hcl.....	81
AMPHOTERICIN B.....	25	atorvastatin calcium.....	78
amphotericin b liposome.....	25	atovaquone.....	45
ampicillin.....	11	atovaquone-proguanil hcl.....	45
ampicillin sodium.....	11	atropine sulfate.....	126
ampicillin-sulbactam sodium.....	11	ATROVENT HFA.....	131
anagrelide hcl.....	67	aubra.....	98
anastrozole.....	32	aubra eq.....	98
ANORO ELLIPTA.....	134	AUGTYRO.....	31
apraclonidine hcl.....	128	AUM ALCOHOL PREP PADS.....	119
aprepitant.....	24	AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE.....	120
apri.....	98	AUM PEN NEEDLE.....	120
APTIVUS.....	57	AURANOFIN.....	110
AQ INSULIN SYRINGE.....	119	aurovela 1.5/30.....	98
AQINJECT PEN NEEDLE.....	119	aurovela 1/20.....	98
ARALAST NP.....	93	aurovela fe 1.5/30.....	98
aranelle.....	98	aurovela fe 1/20.....	98
ARANESP (ALBUMIN FREE).....	67	AUVELITY.....	20
ARCALYST.....	110	aviane.....	98
AREXVY.....	114	avidoxy.....	13
argyle sterile water.....	119	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK.....	32
ARIKAYCE.....	7	ayuna.....	98
ariPIPRAZOLE.....	49	AYVAKIT.....	33
armodafinil.....	136	azathioprine.....	112
ARNUTITY ELLIPTA.....	130	AZATHIOPRINE SODIUM.....	112
asenapine maleate.....	49	azelastine hcl.....	127,130
ashlyna.....	98	azithromycin.....	12
ASMANEX (120 METERED DOSES).....	130	AZITHROMYCIN.....	12
ASMANEX (14 METERED DOSES).....	130	aztreonam.....	7
ASMANEX (30 METERED DOSES).....	130	azurette.....	98
ASMANEX (60 METERED DOSES).....	130		

**B**

bac (butalbital-acetamin-caff).....	81
bacitra-neomycin-polymyxin-hc.....	126
BACITRACIN.....	127
bacitracin-polymyxin b.....	126
baclofen.....	53
balsalazide disodium.....	117
BALVERSA.....	33
balziva.....	98
BAQSIMI ONE PACK.....	63
BAQSIMI TWO PACK.....	63
BARACLUDE.....	53
BCG VACCINE.....	114
BD INSULIN SYRINGE.....	120
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC.....	120
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC.....	120
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC.....	120
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC.....	120
benazepril hcl.....	70
benazepril-hydrochlorothiazide.....	75
BENLYSTA.....	110
BENZNIDAZOLE.....	45
benzoyl peroxide-erythromycin.....	83
benztropine mesylate.....	46
BESIVANCE.....	13
BESREMI.....	112
betaine.....	93
betamethasone dipropionate.....	84
betamethasone dipropionate aug.....	84
betamethasone valerate.....	84
BETASERON.....	82
betaxolol hcl.....	71,128
bethanechol chloride.....	95
bexarotene.....	44
BEXZERO.....	115

bicalutamide.....	29
BICILLIN L-A.....	11
BIKTARVY.....	54
bimatoprost.....	129
BIOGUARD GAUZE SPONGES.....	120
bisoprolol fumarate.....	71
bisoprolol-hydrochlorothiazide.....	75
blisovi fe 1.5/30.....	98
blisovi fe 1/20.....	98
BOOSTRIX.....	115
bosentan.....	133
BOSULIF.....	33
BRAFTOVI.....	33
BREO ELLIPTA.....	134
breyna.....	134
BREZTRI AEROSPHERE.....	134
briellyn.....	98
brimonidine tartrate.....	128,129
brimonidine tartrate-timolol.....	126
brinzolamide.....	129
BRIVIACT.....	14
bromocriptine mesylate.....	47
BRUKINSA.....	33,136
budesonide.....	117,130
budesonide er.....	117
budesonide-formoterol fumarate.....	134
bumetanide.....	77
buprenorphine.....	2
buprenorphine hcl.....	5
buprenorphine hcl-naloxone hcl.....	6
bupropion hcl.....	20
bupropion hcl er (smoking det).....	6
bupropion hcl er (sr).....	20
bupropion hcl er (xl).....	20
buspirone hcl.....	59
butalbital-apap-caffeine.....	81
butalbital-aspirin-caffeine.....	1
butorphanol tartrate.....	3

**C**

CABENUVA.....	56
cabergoline.....	108
CABOMETYX.....	33
calcipotriene.....	86
calcitonin (salmon).....	118
calcitrene.....	86
calcitriol.....	118
CALCITRIOL.....	118
CALQUENCE.....	33
camila.....	106
camrese.....	98
camrese lo.....	98
candesartan cilexetil.....	69
candesartan cilexetil-hctz.....	75
CAPLYTA.....	49
CAPRELSA.....	33
captopril.....	70
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE ..	75
carbamazepine.....	17
carbamazepine er.....	18
carbidopa.....	47
CARBIDOPA-LEVODOPA.....	47
carbidopa-levodopa.....	47
carbidopa-levodopa er.....	47
carbidopa-levodopa-entacapone.....	46
CARETOUCH ALCOHOL PREP.....	120
carglumic acid.....	93
carisoprodol.....	135
CARTEOLOL HCL.....	128
cartia xt.....	73
carvedilol.....	71
cataflam.....	1
CAYSTON.....	7
caziant.....	98
CEFACLOR.....	9
cefadroxil.....	9
cefazolin sodium.....	9
cefdinir.....	9

CEFEPIME HCL.....	9
cefixime.....	9
cefoxitin sodium.....	9
CEFPODOXIME PROXETIL.....	9
cefprozil.....	10
CEFTAZIDIME.....	10
ceftriaxone sodium.....	10
cefuroxime axetil.....	10
cefuroxime sodium.....	10
celecoxib.....	1
cephalexin.....	10
cetirizine hcl.....	130
cevimeline hcl.....	83
chateal.....	99
chateal eq.....	99
chlorhexidine gluconate.....	83
chloroquine phosphate.....	45
chlorpromazine hcl.....	48
chlorthalidone.....	77
cholestyramine.....	78
cholestyramine light.....	78
cyclodan.....	87
ciclopirox.....	87
ciclopirox olamine.....	87
cilostazol.....	68
CILOXAN.....	13
CIMDUO.....	55
cimetidine.....	92
cinacalcet hcl.....	118
ciprofloxacin.....	13
ciprofloxacin hcl.....	13
ciprofloxacin in d5w.....	13
ciprofloxacin-dexamethasone.....	129
citalopram hydrobromide.....	21
claravis.....	83
CLARITHROMYCIN.....	12
clarithromycin.....	12
clarithromycin er.....	12
clindamycin hcl.....	7
clindamycin palmitate hcl.....	7

clindamycin phos (once-daily).....	87	CORTIFOAM.....	117
clindamycin phos (twice-daily).....	87	CORTISONE ACETATE.....	95
clindamycin phos-benzoyl perox.....	84	CORTISPORIN-TC.....	129
clindamycin phosphate.....	7,87	COSENTYX.....	110
clindamycin phosphate in d5w.....	7	COSENTYX (300 MG DOSE).....	110
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL.....	7	COSENTYX SENSOREADY (300 MG).....	110
clobazam.....	16	COSENTYX SENSOREADY PEN.....	110
clobetasol prop emollient base.....	84	COSENTYX UNOREADY.....	110
clobetasol propionate.....	84,85	COTELLIC.....	34
clobetasol propionate e.....	85	CREON.....	93
clomipramine hcl.....	23	CRESEMBA.....	25
clonazepam.....	59,60	cromolyn sodium.....	92,127,133
clonidine.....	69	cryselle-28.....	99
clonidine hcl.....	69	CVS ALCOHOL PREP PADS.....	120
clopidogrel bisulfate.....	68	CVS ANTIBACTERIAL GAUZE.....	120
clorazepate dipotassium.....	60	cvs isopropyl alcohol wipes.....	86
clotrimazole.....	25	cyclafem 1/35.....	99
clotrimazole-betamethasone.....	86	cyclafem 7/7/7.....	99
clovique.....	90	cyclobenzaprine hcl.....	135
clozapine.....	52	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	29
COARTEM.....	45	cyclosporine.....	112
COBENFY.....	52	cyclosporine modified.....	112
COBENFY STARTER PACK.....	52	cyproheptadine hcl.....	131
CODEINE SULFATE.....	3	cyred.....	99
codeine sulfate.....	3	cyred eq.....	99
colchicine.....	26		
colchicine-probenecid.....	26		
colesevelam hcl.....	78	D	
colestipol hcl.....	78	dabigatran etexilate mesylate.....	66
colistimethate sodium (cba).....	8	dalfampridine er.....	82
COMBIVENT RESPIMAT.....	134	danazol.....	97
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	34	dantrolene sodium.....	53
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	34	DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL.....	79
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	34	dapsone.....	28
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....	120	DAPTACEL.....	115
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES.....	120	daptomycin.....	8
compro.....	23	darunavir.....	57
constulose.....	91	dasatinib.....	34
COPIKTRA.....	34	dasetta 1/35.....	99
CORLANOR.....	75	dasetta 7/7/7.....	99
		DAURISMO.....	34

daysee.....	99	dicyclomine hcl.....	91
deblitane.....	106	DIFICID.....	12
decadron.....	95	diflunisal.....	1
deferasirox.....	90	dilfluprednate.....	128
DELSTRIGO.....	54	digitek.....	70
delyla.....	99	digox.....	71
DENGVAXIA.....	115	digoxin.....	71
DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	106	dihydroergotamine mesylate.....	27
depo-testosterone.....	97	DILANTIN.....	18
DERMOTIC.....	129	dilt-xr.....	73
DESCOVY.....	55	diltiazem hcl.....	73
desipramine hcl.....	23	diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule .....	73
desmopressin ace spray refrigerated.....	96	diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule .....	73
desmopressin acetate.....	97	diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule .....	73
desmopressin acetate pf.....	97	diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule .....	73
desmopressin acetate spray.....	97	diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule .....	73
desogestrel-ethynodiol dihydrogenated.....	99	diltiazem hcl er.....	73
desonide.....	85	diltiazem hcl er beads.....	73
desoximetasone.....	85	dimethyl fumarate.....	82
desvenlafaxine succinate er.....	21	dimethyl fumarate starter pack.....	82
dexamethasone.....	95	diphenoxylate-atropine.....	91
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID.....	95	DIPHENOXYLATE-ATROPOINE.....	91
dexamethasone sod phosphate pf.....	95	DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT.....	115
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE.....	96,128	dipyridamole.....	68
dexmethylphenidate hcl.....	81	disulfiram.....	5
dextroamphetamine sulfate.....	80	divalproex sodium.....	14
dextrose.....	88	divalproex sodium er.....	14
dextrose in lactated ringers.....	88	dofetilide.....	71
DEXTROSE-NACL.....	88	donepezil hcl.....	19
dextrose-sodium chloride.....	88	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg.....	19
DIACOMIT.....	14	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg.....	19
diazepam.....	16,60	dorzolamide hcl.....	129
DIAZEPAM.....	16	dorzolamide hcl-timolol malate.....	126
diazepam intensol.....	60		
diazoxide.....	63		
diclofenac potassium.....	1		
diclofenac sodium.....	1,128		
diclofenac sodium er.....	1		
dicloxacillin sodium.....	11		

dorzolamide hcl-timolol mal pf.....	126
dotti.....	99
DOVATO.....	54
doxazosin mesylate.....	69
doxepin hcl.....	23
doxercalciferol.....	118
doxy 100.....	13
doxycycline hyclate.....	13,14
doxycycline monohydrate.....	14
DRIZALMA SPRINKLE.....	82
dronabinol.....	24
DROPLET INSULIN SYRINGE.....	121
DROPLET MICRON.....	121
DROPLET PEN NEEDLES.....	121
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE ..	121
drospirenone-ethinyl estradiol.....	99
DROXIA.....	93
droxidopa.....	69
duloxetine hcl.....	82
DUPIXENT.....	110
dutasteride.....	95
dutasteride-tamsulosin hcl.....	95
 <b>E</b>	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....	121
EASY COMFORT PEN NEEDLES.....	121
EASY TOUCH INSULIN BARRELS.....	121
ec-naproxen.....	1
econazole nitrate.....	25
EDURANT.....	54
EDURANT PED.....	54
EFAVIRENZ.....	54,55
efavirenz.....	55
efavirenz-emtricitab-tenofo df.....	55
efavirenz-lamivudine-tenofovir.....	55
ELAPRASE.....	93
elinest.....	99
ELIQUIS.....	66
ELIQUIS (1.5 MG PACK).....	66
ELIQUIS (2 MG PACK).....	66
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	66
eltrombopag olamine.....	68
eluryng.....	99
EMBECTA AUTOSHIELD DUO.....	121
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT.....	121
EMBECTA INSULIN SYRINGE.....	122
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100.....	122
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500.....	122
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F.....	122
EMBECTA PEN NEEDLE NANO.....	122
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN ..	122
EMBECTA PEN NEEDLE U/F.....	122
EMBRACE PEN NEEDLES.....	122
EMGALITY.....	27
EMGALITY (300 MG DOSE).....	27
emoquette.....	99
EMSAM.....	21
emtricitab-rilpivir-tenofov df.....	55
emtricitabine.....	55
emtricitabine-tenofovir df.....	56
EMTRIVA.....	56
emzahh.....	106
enalapril maleate.....	70
enalapril-hydrochlorothiazide.....	75
ENBREL.....	112
ENBREL MINI.....	112
ENBREL SURECLICK.....	112
endocet.....	3
INGERIX-B.....	115
enilloring.....	99
enoxaparin sodium.....	66
enpresse-28.....	99
enskyce.....	99
entacapone.....	47
entecavir.....	53
ENTRESTO.....	75
enulose.....	91
ENVARSUS XR.....	113
EPIDIOLEX.....	14
epinephrine.....	132

EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENAClick)	132	ezetimibe	78
epitol	18	ezetimibe-simvastatin	78
EPIVIR HBV	53	<b>F</b>	
eplerenone	77	falmina	100
ERGOLOID MESYLATES	19	famciclovir	59
ERGOTAMINE-CAFFEINE	27	famotidine	92
ERIVEDGE	34	FANAPT	49
ERLEADA	29	FANAPT TITRATION PACK A	49
erlotinib hcl	34	FANAPT TITRATION PACK B	49
errin	106	FANAPT TITRATION PACK C	50
ertapenem sodium	11	FARXIGA	79
ERY	88	febuxostat	27
erythrocin lactobionate	12	feirza 1.5/30	100
erythromycin	88,127	feirza 1/20	100
erythromycin base	12	felbamate	15
erythromycin ethylsuccinate	12	felodipine er	72
erythromycin lactobionate	12	femynor	100
ERZOFRI	49	fenofibrate	77
escitalopram oxalate	21	fenofibrate micronized	77
eslicarbazepine acetate	18	fenofibric acid	77
esomeprazole magnesium	92	fentanyl	2
estarylla	99	FETZIMA	21
estradiol	99,100	FETZIMA TITRATION	21
estradiol valerate	100	FIASP	63
ESTRING	100	FIASP FLEXTOUCH	63
eszopiclone	136	FIASP PENFILL	63
ethambutol hcl	28	FIASP PUMPCART	64
ethosuximide	16	fidaxomicin	12
ethynodiol diac-eth estradiol	100	finasteride	95
etodolac	1	fingolimod hcl	82
etodolac er	1	FINTEPLA	15
etonogestrel-ethynodiol estradiol	100	flecainide acetate	71
etravirine	55	fluconazole	25
EUCRISA	85	fluconazole in sodium chloride	25
EULEXIN	29	flucytosine	25
euthyrox	107	fludrocortisone acetate	96
everolimus	34,35,113	flunisolide	134
EVOTAZ	57	fluocinolone acetonide	85
exemestane	32	fluocinolone acetonide body	85

fluocinolone acetonide scalp.....	85	gauze pads 2.....	122
fluocinonide.....	85	GAVILYTE-C.....	92
fluocinonide emulsified base.....	85	gavilyte-g.....	92
fluorometholone.....	128	gavilyte-n with flavor pack.....	91
fluorouracil.....	86	GAVRETO.....	35
fluoxetine hcl.....	22	gefitinib.....	35
FLUOXETINE HCL.....	22	gemfibrozil.....	77
fluphenazine decanoate.....	48	GEMTESA.....	94
FLUPHENAZINE HCL.....	48	generlac.....	91
FLURBIPROFEN.....	1	gengraf.....	113
FLURBIPROFEN SODIUM.....	128	GENTAK.....	127
FLUTAMIDE.....	29	gentamicin sulfate.....	7,127
fluticasone propionate.....	85,134	GENVOYA.....	54
fluticasone-salmeterol.....	135	GIOTRIF.....	35
FLUTICASONE-SALMETEROL.....	135	glatiramer acetate.....	82
fluvastatin sodium.....	78	glatopa.....	82
fluvastatin sodium er.....	78	GLEOSTINE.....	29
fluvoxamine maleate.....	22	glimepiride.....	61
FML.....	128	glipizide.....	61
FML FORTE.....	128	glipizide er.....	61
fondaparinux sodium.....	66	glipizide xl.....	61
fosamprenavir calcium.....	57	glipizide-metformin hcl.....	61
fosfomycin tromethamine.....	8	GLUCAGEN HYPOKIT.....	63
fosinopril sodium.....	70	glucagon emergency.....	63
fosinopril sodium-hctz.....	75	GLUCAGON EMERGENCY.....	63
FOTIVDA.....	35	glyburide.....	61
FRUZAQLA.....	31	GLYBURIDE MICRONIZED.....	61
FULPHILA.....	68	glyburide-metformin.....	61
fulvestrant.....	30	glycopyrrolate.....	92
furosemide.....	77	GLYXAMBI.....	61
fyavolv.....	100	GNP PEN NEEDLES.....	122
FYCOMPA.....	15	GOMEKLI.....	35
<b>G</b>		GOODSENSE ALCOHOL SWABS.....	122
gabapentin.....	16	granisetron hcl.....	24
galantamine hydrobromide.....	19	griseofulvin microsize.....	25
galantamine hydrobromide er.....	19	griseofulvin ultramicrosize.....	25
gallifrey.....	106	guanfacine hcl.....	69
GAMUNEX-C.....	110	guanfacine hcl er.....	81
GARDASIL 9.....	115		

**H**

HADLIMA.....	113
HADLIMA PUSHTOUCH.....	113
HAEGARDA.....	109
hailey 1.5/30.....	100
hailey fe 1.5/30.....	100
hailey fe 1/20.....	100
halobetasol propionate.....	85
haloette.....	100
haloperidol.....	48
haloperidol decanoate.....	48
haloperidol lactate.....	48
HAVRIX.....	115
heather.....	106
heparin sodium (porcine).....	66
heparin sodium (porcine) pf.....	67
HEPLISAV-B.....	115
HERNEXEOS.....	35
HIBERIX.....	115
HIZENTRA.....	110
HUMALOG.....	64
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	64
HUMALOG KWIKPEN.....	64
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN.....	64
HUMALOG MIX 75/25.....	64
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN.....	64
HUMULIN 70/30.....	64
HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	64
HUMULIN N.....	64
HUMULIN N KWIKPEN.....	64
HUMULIN R.....	64
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED).....	64
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	64
hydralazine hcl.....	79
hydrochlorothiazide.....	77
hydrocodone-acetaminophen.....	3,4
hydrocortisone.....	85,117,118
hydrocortisone (perianal).....	85
hydrocortisone butyrate.....	85

hydrocortisone-acetic acid..... 129

hydromorphone hcl..... 4

hydroxychloroquine sulfate..... 45,46

hydroxyurea..... 31

hydroxyzine hcl..... 131

hydroxyzine pamoate..... 131

**I** ibandronate sodium..... 118

IBRANCE..... 35

IBTROZI..... 35

ibu..... 1

ibuprofen..... 1

icatibant acetate..... 110

iclevia..... 100

ICLUSIG..... 35

icosapent ethyl..... 78

IDHIFA..... 35

ILEVRO..... 128

imatinib mesylate..... 36

IMBRUVICA..... 36

imipenem-cilastatin..... 12

imipramine hcl..... 23

imiquimod..... 86

IMKELDI..... 36

IMOVAZ RABIES..... 115

IMPAVIDO..... 46

incassia..... 106

INCRELEX..... 97

INCRUSE ELLIPTA..... 131

indapamide..... 77

indomethacin..... 2

INFANRIX..... 115

INLYTA..... 36

INQOVI..... 31

INREBIC..... 36

INSULIN ASPART..... 64

INSULIN ASPART FLEXPEN..... 64

INSULIN ASPART PENFILL..... 64

INSULIN LISPRO..... 65

INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL).....	65
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN.....	65
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO.....	65
INSULIN PEN NEEDLES.....	122
INSULIN PEN NEEDLES .....	122
INSULIN SYRINGE 0.3 ML.....	122
INSULIN SYRINGE 0.5 ML.....	123
INSULIN SYRINGE 1ML.....	123
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100.....	123
INSUPEN PEN NEEDLES.....	123
INSUPEN32G EXTR3ME.....	123
INTELENCE.....	55
INTRALIPID.....	123
introvale.....	100
INVEGA HAFYERA.....	50
INVEGA SUSTENNA.....	50
INVEGA TRINZA.....	50
IPOP.....	115
ipratropium bromide.....	131
ipratropium-albuterol.....	135
irbesartan.....	69
irbesartan-hydrochlorothiazide.....	75
ISENTRESS.....	54
ISENTRESS HD.....	54
isibloom.....	100
isoniazid.....	28
isopropyl alcohol.....	86
isopropyl alcohol wipes.....	86
isosorbide dinitrate.....	79
isosorbide mononitrate.....	79
isosorbide mononitrate er.....	79
isotretinoin.....	84
isradipine.....	72
ITOVEBI.....	36
itraconazole.....	25
ivabradine hcl.....	75
ivermectin.....	45
IWILFIN.....	31
IXIARO.....	115

## J

jaimiess.....	100
JAKAFI.....	36
jantoven.....	67
JANUMET.....	61
JANUMET XR.....	61
JANUVIA.....	62
JARDIANCE.....	79
jasmiel.....	100
JAYPIRCA.....	36
jencycla.....	106
JENTADUETO.....	62
JENTADUETO XR.....	62
jintel.....	101
jolessa.....	101
joyeaux.....	101
JUBBONTI.....	118
juleber.....	101
JULUCA.....	54
junel 1.5/30.....	101
junel 1/20.....	101
junel fe 1.5/30.....	101
junel fe 1/20.....	101
JYNARQUE.....	90
JYNNEOS.....	115

## K

KALETRA.....	57
kalliga.....	101
KALYDECO.....	132
kariva.....	101
kcl in dextrose-nacl.....	88
KCL-LACTATED RINGERS-D5W.....	88
kelnor 1/35.....	101
kelnor 1/50.....	101
KERENDIA.....	62
ketoconazole.....	26
ketorolac tromethamine.....	128
KINRIX.....	115

kionex	90	leena	101
KISQALI (200 MG DOSE)	36	leflunomide	113
KISQALI (400 MG DOSE)	37	lenalidomide	30
KISQALI (600 MG DOSE)	37	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	37
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)	37	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	37
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	37	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	38
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	37	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	38
klayesta	26	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	38
klor-con	88	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	38
klor-con 10	88	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	38
klor-con m10	88	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	38
klor-con m15	89	lessina	101
klor-con m20	89	letrozole	32
KLOXXADO	6	leucovorin calcium	31
KOSELUGO	37	LEUKERAN	29
kourzeq	83	leuprolide acetate	108
KRAZATI	37	levalbuterol hcl	132
kurvelo	101	LEVALBUTEROL TARTRATE	132
<b>L</b>		levetiracetam	15
I-glutamine	93	levetiracetam er	15
labetalol hcl	71	levo-t	107
lacosamide	18	LEVOBUNOLOL HCL	128
lactated ringers	89,123	levocarnitine	93
lactulose	91	levocetirizine dihydrochloride	131
lactulose encephalopathy	91	levofloxacin	13
lamivudine	53,56	LEVOFLOXACIN	127
lamivudine-zidovudine	56	levofloxacin in d5w	13
lamotrigine	15	levonest	101
lansoprazole	92	levonorg-eth estrad triphasic	101
LANTUS	65	levonorgest-eth estrad 91-day	101
LANTUS SOLOSTAR	65	levonorgest-eth estradiol-iron	101
lapatinib ditosylate	37	levonorgestrel-ethynodiol estrad	102
larin 1.5/30	101	levora 0.15/30 (28)	102
larin 1/20	101	levothyroxine sodium	107
larin fe 1.5/30	101	levoxyl	107
larin fe 1/20	101	LEXIVA	57
larissa	101	lidocaine	5
latanoprost	129	lidocaine hcl	5
LAZCLUZE	37	lidocaine viscous hcl	5
		lidocaine-prilocaine	5

lidocan	5	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	108
LILETTA (52 MG)	106	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	108
lillow	102	lurasidone hcl	50
lincomycin hcl	8	lutera	102
linezolid	8	lyeq	106
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE	8	lyllana	102
LINZESS	91	LYNPARZA	38
liothyronine sodium	108	LYSODREN	32
lisinopril	70	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	38
lisinopril-hydrochlorothiazide	75	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	38
lithium	60	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	39
lithium carbonate	60	lyza	106
lithium carbonate er	61		
LIVTENCITY	53	<b>M</b>	
lo-zumandimine	102	M-M-R II	115
loestrin 1.5/30 (21)	102	magnesium sulfate	89
loestrin 1/20 (21)	102	malathion	87
loestrin fe 1.5/30	102	maraviroc	57
loestrin fe 1/20	102	marlissa	102
lojaimiess	102	MARPLAN	21
LOKELMA	90	MATULANE	29
LONSURF	31,32	matzim la	73
loperamide hcl	91	MAVYRET	54
lopinavir-ritonavir	57,58	meclizine hcl	23
lorazepam	60	medpura alcohol pads	86
lorazepam intensol	60	medroxyprogesterone acetate	106
LORBRENA	38	mefloquine hcl	46
loryna	102	megestrol acetate	106
losartan potassium	70	MEKINIST	39
losartan potassium-hctz	75	MEKTOVI	39
lovastatin	78	meleya	106
low-ogestrel	102	meloxicam	2
loxapine succinate	48	memantine hcl	20
lubiprostone	91	memantine hcl er	20
luizza 1.5/30	102	MENACTRA	115
luizza 1/20	102	MENEST	102
LUMAKRAS	38	MENQUADFI	115
LUMIGAN	129	MENVEO	115
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	108	mercaptopurine	31
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	108	meropenem	12

MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE.....	12		
mesalamine.....	117	microgestin fe 1/20.....	102
mesalamine er.....	117	midodrine hcl.....	69
mesna.....	45	mifepristone.....	108
metformin hcl.....	62	mili.....	103
metformin hcl er.....	62	minitran.....	79
methadone hcl.....	2	minocycline hcl.....	14
methazolamide.....	129	minoxidil.....	79
methenamine hippurate.....	8	minzoya.....	103
methergine.....	123	mirtazapine.....	20
methimazole.....	109	misoprostol.....	92
methocarbamol.....	135	modafinil.....	136
METHOTREXATE SODIUM.....	113	MODEYSO.....	32
methotrexate sodium.....	113	moexipril hcl.....	70
methotrexate sodium (pf).....	113	MOLINDONE HCL.....	48
METHOXSALEN RAPID.....	87	mometasone furoate.....	85
methscopolamine bromide.....	92	mondoxyne nl.....	14
methsuximide.....	16	mono-linyah.....	103
METHYLDOPA.....	69	montelukast sodium.....	131
METHYLDOPA-		morgidox.....	14
HYDROCHLOROTHIAZIDE.....	75	morphine sulfate.....	4
methylergonovine maleate.....	123	morphine sulfate (concentrate).....	4
methylphenidate hcl.....	81	morphine sulfate er.....	3
methylphenidate hcl er.....	81	MOUNJARO.....	62
methylprednisolone.....	96	MOVANTIK.....	91
methylprednisolone acetate.....	96	moxifloxacin hcl.....	13,127
methylprednisolone sodium succ.....	96	MOXIFLOXACIN HCL.....	13
metoclopramide hcl.....	24	MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY).....	127
metolazone.....	77	MOXIFLOXACIN HCL IN NACL.....	13
metoprolol succinate er.....	72	MRESVIA.....	116
metoprolol tartrate.....	72	MULTAQ.....	71
metoprolol-hydrochlorothiazide.....	75	mupirocin.....	88
metronidazole.....	8	mycophenolate mofetil.....	113
metyrosine.....	75	mycophenolate mofetil hcl.....	113
mexiletine hcl.....	71	mycophenolate sodium.....	113
micafungin sodium.....	26	mycophenolic acid.....	114
MICONAZOLE 3.....	26	myorisan.....	84
microgestin 1.5/30.....	102	MYRBETRIQ.....	94
microgestin 1/20.....	102		
microgestin fe 1.5/30.....	102	na sulfate-k sulfate-mg sulf.....	91

## N

nabumetone.....	2	nilotinib hcl.....	39
nadolol.....	72	nilutamide.....	29
nafcillin sodium.....	11	nimodipine.....	72
nafrinse.....	89	NINLARO.....	39
NAGLAZYME.....	93	nitazoxanide.....	46
naloxone hcl.....	6	nitisinone.....	94
naltrexone hcl.....	6	NITRO-BID.....	80
naproxen.....	2	nitrofurantoin macrocrystal.....	8
naproxen dr.....	2	nitrofurantoin monohyd macro.....	8
naproxen sodium.....	2	nitroglycerin.....	80
naratriptan hcl.....	27	NIVESTYM.....	68
NATACYN.....	127	NIZATIDINE.....	92
nateglinide.....	62	nora-be.....	106
NAYZILAM.....	5	norelgestromin-eth estradiol.....	103
nebivolol hcl.....	72	norethin ace-eth estrad-fe.....	103
necon 0.5/35 (28).....	103	norethin-eth estradiol-fe.....	103
NEFAZODONE HCL.....	22	norethindrone.....	106
neo-polycin.....	126	norethindrone acet-ethinyl est.....	103
neo-polycin hc.....	126	norethindrone acetate.....	106
neomycin sulfate.....	7	norethindrone-eth estradiol.....	103
neomycin-bacitracin zn-polymyx.....	126	norgestim-eth estrad triphasic.....	103
neomycin-polymyxin-dexameth.....	126	norgestimate-eth estradiol.....	103
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN.....	126	norlyda.....	106
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC.....	126	norlyroc.....	106
neomycin-polymyxin-hc.....	129	nortrel 0.5/35 (28).....	103
NERLYNX.....	39	nortrel 1/35 (21).....	103
nevirapine.....	55	nortrel 1/35 (28).....	103
NEVIRAPINE.....	55	nortrel 7/7/7.....	103
NEVIRAPINE ER.....	55	nortriptyline hcl.....	23
nevirapine er.....	55	NORVIR.....	58
NEXPLANON.....	106	NovoFine 32G X 6 MM MISC.....	123
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC).....	78	NOVOLIN R FLEXPEN.....	65
niacin er (antihyperlipidemic).....	78,79	NOVOLIN R FLEXPEN RELION.....	65
NIACOR.....	79	NOVOLOG.....	65
nicardipine hcl.....	72	NOVOLOG FLEXPEN.....	65
NICOTROL.....	6	NOVOLOG FLEXPEN RELION.....	65
NICOTROL NS.....	6	NOVOLOG PENFILL.....	65
nifedipine er.....	72	NOVOLOG RELION.....	65
nifedipine er osmotic release.....	72	NovoTwist 32G X 5 MM MISC.....	123
nikki.....	103	NUBEQA.....	29

NUPLAZID	51	orsythia	103
NURTEC	27	oseltamivir phosphate	58
NUTRILIPID	123	OSPHENA	107
nyamyc	26	OTEZLA	87,111
nylia 1/35	103	oxaprozin	2
nylia 7/7/7	103	oxcarbazepine	18
nymyo	103	oxybutynin chloride	94
nystatin	26	oxybutynin chloride er	94
nystatin-triamcinolone	87	oxycodone hcl	4
nystop	26	oxycodone-acetaminophen	4
<b>O</b>		OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	62
ocella	103	OZEMPIC (1 MG/DOSE)	62
octreotide acetate	109	OZEMPIC (2 MG/DOSE)	62
OCTREOTIDE ACETATE	109	<b>P</b>	
ODEFSEY	55	pacerone	71
ODOMZO	39	paliperidone er	51
OFEV	134	PANRETIN	45
ofloxacin	127,130	pantoprazole sodium	93
OGSIVEO	39	paricalcitol	118
OJEMDA	39	paroxetine hcl	22
OJJAARA	32	PAROXETINE HCL	22
olanzapine	51	paroxetine hcl er	22
olmesartan medoxomil	70	PAXLOVID	59
olmesartan medoxomil-hctz	76	PAXLOVID (150/100)	59
olmesartan-amlodipine-hctz	76	PAXLOVID (300/100)	59
omega-3-acid ethyl esters	79	pazopanib hcl	40
omeprazole	93	PEDIARIX	116
OMNITROPE	92,97	PEDVAX HIB	116
ondansetron	24	peg 3350-kcl-na bicarb-nacl	91
ONDANSETRON HCL	24	peg-3350/electrolytes	92
ondansetron hcl	24,25	PEGASYS	112
ONUREG	31	PEMAZYRE	40
OPIPZA	51	PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP	123
OPSUMIT	133	PEN NEEDLES	123
OPVEE	123	PENBRAYA	123
oralone	83	penicillamine	95
ORGOVYX	109	penicillin g potassium	11
orquidea	107	PENICILLIN G SODIUM	11
ORSERDU	30	penicillin v potassium	11

PENMENVY	116	POMALYST	30
PENTACEL	116	portia-28	104
pentamidine isethionate	46	posaconazole	26
pentoxifylline er	76	potassium chloride	89
perampanel	15	potassium chloride crys er	89
perindopril erbumine	70	potassium chloride er	89
periogard	83	potassium chloride in dextrose	89
permethrin	87	potassium chloride in nacl	89
perphenazine	24	potassium citrate er	89
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE	21	POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5%	89
PERSERIS	51	pramipexole dihydrochloride	47
pfizerpen	11	prasugrel hcl	68
phenelzine sulfate	21	pravastatin sodium	78
phenobarbital	16	praziquantel	45
phenytek	18	prazosin hcl	69
phenytoin	18	prednisolone	96
phenytoin infatabs	18	prednisolone acetate	128
phenytoin sodium extended	18	prednisolone sodium phosphate	96
philith	104	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE	128
PIFELTRO	55	prednisone	96
pilocarpine hcl	83,129	PREDNISONE	96
PIMOZIDE	48	PREDNISONE INTENSOL	96
pimtrea	104	pregabalin	82
pindolol	72	PREMARIN	104
pioglitazone hcl	62	PREMASOL	89
pioglitazone hcl-glimepiride	62	premium lidocaine	5
pioglitazone hcl-metformin hcl	62	prenatal vitamins	89
piperacillin sod-tazobactam so	11	prevalite	79
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	40	previfem	104
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	40	PREVYMIS	53
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	40	PREZCOBIX	58
pirfenidone	134	PREZISTA	58
PIRFENIDONE	134	PRIFTIN	28
pirmella 1/35	104	primaquine phosphate	46
pirmella 7/7/7	104	primidone	17
piroxicam	2	PRIORIX	116
PNV 27-CA/FE/FA	89	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE	123
podofilox	87	probenecid	27
polycin	126	prochlorperazine	24
polymyxin b-trimethoprim	127	prochlorperazine maleate	24

procto-med hc.....	86	raloxifene hcl.....	107
procto-pak.....	86	ramelteon.....	136
proctosol hc.....	86	ramipril.....	70
proctozone-hc.....	86	ranolazine er.....	76
progesterone.....	107	rasagiline mesylate.....	47
PROGRAF.....	114	reclipsen.....	104
promethazine hcl.....	24,131	RECOMBIVAX HB.....	116
propafenone hcl.....	71	relafen.....	2
propranolol hcl.....	72	RELENZA DISKHALER.....	58
PROPRANOLOL HCL.....	72	repaglinide.....	62
propranolol hcl er.....	72	REPATHA.....	79
PROPRANOLOL-HCTZ.....	76	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM.....	79
propylthiouracil.....	109	REPATHA SURECLICK.....	79
PROQUAD.....	116	RESTASIS.....	126
protriptyline hcl.....	23	RETACRIT.....	68
PULMOZYME.....	132	RETEVMO.....	40
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	124	REVCovi.....	94
pyrazinamide.....	28	REVUFORJ.....	40
pyridostigmine bromide.....	28	REXULTI.....	51
pyridostigmine bromide er.....	28	REYATAZ.....	58
pyrimethamine.....	46	REZDIFFRA.....	108

## Q

qc alcohol.....	87
QINLOCK.....	32
QUADRACEL.....	116
quetiapine fumarate.....	51
quetiapine fumarate er.....	51
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE	124
quinapril hcl.....	70
quinapril-hydrochlorothiazide.....	76
quinidine sulfate.....	71
quinine sulfate.....	46
QVAR REDIHALER.....	130

## R

ra isopropyl alcohol wipes.....	87
RABAVERT.....	116
rabeprazole sodium.....	93
RALDESY.....	22

raloxifene hcl.....	107
ramelteon.....	136
ramipril.....	70
ranolazine er.....	76
rasagiline mesylate.....	47
reclipsen.....	104
RECOMBIVAX HB.....	116
relafen.....	2
RELENZA DISKHALER.....	58
repaglinide.....	62
REPATHA.....	79
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM.....	79
REPATHA SURECLICK.....	79
RESTASIS.....	126
RETACRIT.....	68
RETEVMO.....	40
REVCovi.....	94
REVUFORJ.....	40
REXULTI.....	51
REYATAZ.....	58
REZDIFFRA.....	108
REZLIDHIA.....	40
RHOPRESSA.....	129
RIBAVIRIN.....	54
ribavirin.....	54
RIDAURA.....	111
rifabutin.....	28
rifampin.....	28
riluzole.....	81
RIMANTADINE HCL.....	58
ringers.....	89
ringers irrigation.....	124
RINVOQ.....	111
RINVOQ LQ.....	111
risedronate sodium.....	118
risperidone.....	51,52
risperidone microspheres er.....	52
ritonavir.....	58
rivaroxaban.....	67
rivastigmine.....	19

rivastigmine tartrate	20	silodosin	95
rizatriptan benzoate	27	silver sulfadiazine	87
ROCKLATAN	126	SIMBRINZA	129
roflumilast	133	SIMLANDI (1 PEN)	114
ROMVIMZA	40	SIMLANDI (1 SYRINGE)	114
ropinirole hcl	47	SIMLANDI (2 PEN)	114
ropinirole hcl er	47	SIMLANDI (2 SYRINGE)	114
rosadan	8	simliya	104
rosuvastatin calcium	78	simpesse	104
ROTARIX	116	simvastatin	78
ROTATEQ	116	sirolimus	114
roweepra	15	SIRTURO	28
ROZLYTREK	40,41	SKYRIZI	111
RUBRACA	41	SKYRIZI (150 MG DOSE)	111
rufinamide	18	SKYRIZI PEN	111
RUKOBIA	57	SMOFLIPID	124
RYBELSUS	62	sodium chloride	89
RYDAPT	41	sodium chloride (pf)	89
<b>S</b>		sodium fluoride	90
sacubitril-valsartan	76	SODIUM OXYBATE	136
sajazir	110	sodium phenylbutyrate	94
SANDIMMUNE	114	sodium polystyrene sulfonate	90
SANTYL	87	solifenacin succinate	94
sapropterin dihydrochloride	94	SOLTAMOX	30
SCEMBLIX	41	SOMAVERT	109
scopolamine	24	sorafenib tosylate	41
SECUADO	52	sorine	71
SECURESAFE INSULIN SYRINGE	124	sotalol hcl	71
selegiline hcl	47	sotalol hcl (af)	71
selenium sulfide	86	SPIRIVA RESPIMAT	131
SELZENTRY	57	spironolactone	77
SEREVENT DISKUS	132	spironolactone-hctz	76
sertraline hcl	22	sprintec 28	104
setlakin	104	SPRITAM	15
sharobel	107	SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF)	90
SHINGRIX	116	sronyx	104
SIGNIFOR	109	ssd	87
sildenafil citrate	133	STAVUDINE	56
SILIGENTLE FOAM DRESSING	124	sterile water for irrigation	124
		STIOLTO RESPIMAT	135

STIVARGA	41
STREPTOMYCIN SULFATE	7
STRIBILD	54
subvenite	15
sucralfate	92
SULFACETAMIDE SODIUM	127
sulfacetamide sodium	127
sulfacetamide sodium (acne)	84
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE	126
sulfadiazine	13
sulfamethoxazole-trimethoprim	13
sulfasalazine	117
sulindac	2
sumatriptan	27
sumatriptan succinate	27
sumatriptan succinate refill	28
sunitinib malate	41
SUNLENCA	57
SURE COMFORT PEN NEEDLES	124
syeda	104
SYMPAZAN	17
SYMTUZA	58
SYNAREL	109
SYNJARDY	63
SYNJARDY XR	63
SYNRIBO	41
SYNTHROID	108

## T

TABLOID	31
TABRECTA	41
tacrolimus	86,114
tadalafil	95
tadalafil (pah)	133
TAFINLAR	41
TAGRISSO	41
TALZENNA	42
tamoxifen citrate	30
tamsulosin hcl	95
tarina fe 1/20	104

tarina fe 1/20 eq	104
tasimelteon	136
tazarotene	84
TAZICEF	10
taztia xt	73
TAZVERIK	42
TDVAX	116
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES	124
TEFLARO	10
telmisartan	70
telmisartan-amlodipine	76
telmisartan-hctz	76
temazepam	136
TEMIXYS	56
TENIVAC	116
tenofovir disoproxil fumarate	56
TEPMETKO	42
terazosin hcl	69
terbinafine hcl	26
terconazole	26
teriflunomide	83
teriparatide	119
testosterone	97
testosterone cypionate	97
TESTOSTERONE ENANTHATE	97
tetrabenazine	81
tetracycline hcl	14
THALOMID	30
theophylline er	133
thioridazine hcl	48
thiothixene	48
tiadylt er	73
tiagabine hcl	17
TIBSOVO	42
ticagrelor	69
TICOVAC	116
tigecycline	8
timolol maleate	72,128
tinidazole	8
tiotropium bromide	131

tis-u-sol.....	124	triamcinolone acetonide.....	83,86
TIVICAY.....	54	triamterene-hctz.....	76
TIVICAY PD.....	54	triazolam.....	136
tizanidine hcl.....	53	triderm.....	86
tobramycin.....	127,132,133	trientine hcl.....	90
tobramycin sulfate.....	7	TRIENTINE HCL.....	90
tobramycin-dexamethasone.....	127	trifluoperazine hcl.....	48
TOLAK.....	87	TRIFLURIDINE.....	127
tolterodine tartrate.....	94	trihexyphenidyl hcl.....	46
tolterodine tartrate er.....	94	TRIKAFTA.....	133
topiramate.....	15	trimethoprim.....	8
toremifene citrate.....	30	trimipramine maleate.....	23
torsemide.....	77	TRINTELLIX.....	22
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	65	TRIUMEQ.....	56
TOUJEO SOLOSTAR.....	65	TRIUMEQ PD.....	56
TPN ELECTROLYTES.....	90	trivora (28).....	105
TRACLEER.....	133	TRIZIVIR.....	56
TRADJENTA.....	63	trospium chloride.....	95
tramadol hcl.....	4	TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	124
tramadol hcl er.....	3	TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....	124
tramadol-acetaminophen.....	5	TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES.....	124
trandolapril.....	70	TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	125
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER.....	76	TRULICITY.....	63
tranexamic acid.....	68	TRUMENBA.....	116
tranylcypromine sulfate.....	21	TRUQAP.....	42
travoprost (bak free).....	129	TUKYSA.....	42
trazodone hcl.....	22	tulana.....	107
TRECATOR.....	29	TURALIO.....	42
TRELEGY ELLIPTA.....	135	turqoz.....	105
TRESIBA.....	65	TWINRIX.....	116
TRESIBA FLEXTOUCH.....	65	TYBOST.....	57
tretinoin.....	45,84	TYENNE.....	111
tri-femynor.....	104	TYMLOS.....	119
tri-estarrylla.....	104	TYPHIM VI.....	116
tri-linyah.....	104		
tri-mili.....	104		
tri-nymyo.....	104	<b>U</b>	
tri-previfem.....	105	UDENYCA.....	68
tri-sprintec.....	105	ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE.....	125
tri-vylibra.....	105	UNIFINE OTC PEN NEEDLES.....	125

UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE.....	125
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE ..	125
unithroid.....	108
UPTRAVI.....	133,134
ursodiol.....	92
USTEKINUMAB-AEKN.....	111
 <b>V</b>	
valacyclovir hcl.....	59
VALCHLOR.....	87
valganciclovir hcl.....	53
valproate sodium.....	16
valproic acid.....	16
valsartan.....	70
valsartan-hydrochlorothiazide.....	76
VALTOCO 10 MG DOSE.....	17
VALTOCO 15 MG DOSE.....	17
VALTOCO 20 MG DOSE.....	17
VALTOCO 5 MG DOSE.....	17
valtya 1/50.....	105
vanadom.....	135
vancomycin hcl.....	9
VANFLYTA.....	42
VAQTA.....	117
varenicline tartrate.....	6
varenicline tartrate (starter).....	6
varenicline tartrate(continue).....	6
VARIVAX.....	117
VAXCHORA.....	117
VELIVET.....	105
VENCLEXTA.....	42
VENCLEXTA STARTING PACK.....	43
venlafaxine hcl.....	22
venlafaxine hcl er.....	22
VEOZAH.....	81
verapamil hcl.....	74
VERAPAMIL HCL ER.....	74
verapamil hcl er.....	74
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE.....	125
VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	125
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE.....	125
VERQUVO.....	76
VERSACLOZ.....	52
VERZENIO.....	43
vestura.....	105
vienna.....	105
vigabatrin.....	17
vigadronе.....	17
VIGAFYDE.....	17
vigpoder.....	17
vilazodone hcl.....	22
VIMKUNYA.....	117
viorele.....	105
VIRACEPT.....	58
VIREAD.....	56
VITRAKVI.....	43
VIVOTIF.....	117
VIZIMPRO.....	43
volnea.....	105
VONJO.....	45
VORANIGO.....	43
voriconazole.....	26
VOSEVI.....	54
VOWST.....	125
VRAYLAR.....	52
vyfemla.....	105
vylibra.....	105
VYZULTA.....	129
 <b>W</b>	
warfarin sodium.....	67
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE.....	125
WELIREG.....	32
wera.....	105
WINREVAIR.....	134
wixela inhub.....	135
wymzya fe.....	105
WYOST.....	119

## X

XALKORI.....	43
XARELTO.....	67
XARELTO STARTER PACK.....	67
XATMEP.....	114
XCOPRI.....	16,18,19
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	19
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	19
XDEMVY.....	127
XELJANZ.....	111
XELJANZ XR.....	111
xelria fe.....	105
XERMELO.....	91
XIFAXAN.....	9
XIGDUO XR.....	63
XiIDRA.....	127
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	58
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	58
XOLAIR.....	111,112
XOSPATA.....	43
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	43
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	44
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	44
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	44
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	44
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	44
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	44
XTANDI.....	30
xulane.....	105

## Y

YESINTEK.....	112
YF-VAX.....	117
yuvafem.....	105

## Z

zafemy.....	105
zaflorukast.....	131
zaleplon.....	136

ZARXIO.....	68
ZEJULA.....	44
ZELBORAF.....	44
zenatane.....	84
ZENPEP.....	94
zidovudine.....	56
ziprasidone hcl.....	52
ziprasidone mesylate.....	52
ZIRGAN.....	127
zoledronic acid.....	119
ZOLINZA.....	32
zolpidem tartrate.....	136
ZONISADE.....	19
zonisamide.....	19
zovia 1/35 (28).....	105
zovia 1/35e (28).....	105
ZTALMY.....	17
zumandimine.....	105
ZURZUVAE.....	21
ZYDELIG.....	44
ZYKADIA.....	44
ZYLET.....	127
ZYPREXA RELPREVV.....	52

**В этом разделе вы можете найти препарат, выполнив поиск по его названию в алфавитном порядке. На нем будет указан номер страницы, на которой можно найти дополнительную информацию о страховом покрытии вашего препарата.**

ANALGESICS .....	1
ANESTHETICS .....	5
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS .....	5
ANTIBACTERIALS .....	6
ANTICONVULSANTS .....	14
ANTIDEMENTIA AGENTS .....	19
ANTIDEPRESSANTS .....	20
ANTIEMETICS .....	23
ANTIFUNGALS .....	25
ANTIGOUT AGENTS .....	26
ANTIMIGRAINE AGENTS .....	27
ANTIMYASTHENIC AGENTS .....	28
ANTIMYCOBACTERIALS .....	28
ANTINEOPLASTICS .....	29
ANTIPARASITICS .....	45
ANTIPARKINSON AGENTS .....	46
ANTIPSYCHOTICS .....	48
ANTISPASTICITY AGENTS .....	53
ANTIVIRALS .....	53
ANXIOLYTICS .....	59
BIPOLAR AGENTS .....	60
BLOOD GLUCOSE REGULATORS .....	61
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS .....	66
CARDIOVASCULAR AGENTS .....	69
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS .....	80
DENTAL AND ORAL AGENTS .....	83
DERMATOLOGICAL AGENTS .....	83
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS .....	88
GASTROINTESTINAL AGENTS .....	91
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT ..	93
GENITOURINARY AGENTS .....	94
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL) .....	95
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY) .....	96
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS) .....	97

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID).....	107
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY).....	108
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID).....	109
IMMUNOLOGICAL AGENTS.....	109
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS.....	117
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS.....	118
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS.....	119
OPHTHALMIC AGENTS.....	126
OTIC AGENTS.....	129
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS.....	130
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS.....	135
SLEEP DISORDER AGENTS.....	136
Uncategorized.....	136



## Notice of Availability of Language Services and Auxiliary Aids and Services

### English Tagline

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

### الشعار بالعربية (Arabic)

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

խոշորաստան 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 निःशुल्क हैं।

### Nqee 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.

## ລາວ ແກ້ໄຂພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:

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

ຢັ້ງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາວັບຄົນພິການ  
ເຊື່ອນອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນຸ່ມແລະມີໂຕຜົມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທທາເບີ

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

ການບໍລິການເຫຼື້ນນີ້ບໍ່ຕ້ອງສະເລຄ່າໃຈ້ຈ່າຍໄດ້.

### **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.

### **ພູາສໜ້າລ່ັຜາກາສາເຊົ່າ (Mon-Khmer, Cambodian)**

ចໍ່ແລກໆ: ເບີໝູກ ປົງວ ກາຣັ່ງນູຍ ຜາກາສາ ຮບສ່ມ ສູມ ຊູຮສັ້ຕູເຈົ້າເລຂ  
**1-800-452-4413 (TTY:711)** ນູຍ ອີເມ ເສກຳມູ ສມາປ່  
ຜນຕີກາ ຜູ້ຜົມຜົມກາສາຮຽນເສົາມກູງຮຸ່ສ ສມາປ່ຜນຕີກາເຄູກ

پُرْسِیانِ اسَارِ سَرِسَرِ ڈِیْمَنْجُوْرِ تُرْکُمَنْ گَهْمَادَهْ کَوْنِجَنْ چَنْدَرْ

کُوْرِسْتَنْ مَكْلَهْ 1-800-452-4413 (TTY:711)<sup>۱</sup>

سَهْنَگَمْبُوْزْ ڈِنْجَهْ: مِنْ کِیْتَا چَنْدَرْ

### مطلب به زبان فارسی (Persian (Farsi))

**1-800-452-4413 (TTY: 711)** توجہ: اگر می خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با تماش بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های **711** خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با تماش 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)**. ਅਪਾਰਾਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ,

ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੇਟੀ 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 serbisyo ito.

### **แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

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

## Примітка українською (Ukrainian)

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

## Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

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



---

## УВЕДОМЛЕНИЕ О НЕДОПУЩЕНИИ ДИСКРИМИНАЦИИ

Дискриминация запрещена законом. План Blue Shield of California соблюдает федеральное законодательство и законы штата в части гражданских прав и не допускает противозаконной дискриминации, не отказывает в предоставлении услуг и не относится к людям предвзято на основании их пола, расы, цвета кожи, вероисповедания, происхождения, национальной или этнической принадлежности, возраста, психической либо физической инвалидности, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендерной принадлежности, гендерной идентичности или сексуальной ориентации.

План Blue Shield of California предлагает:

- » своевременное предоставление лицам с инвалидностью следующих бесплатных услуг и средств обеспечения эффективного взаимодействия:
  - услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
  - письменные материалы в других форматах (крупный шрифт, звуковой формат, удобные для восприятия электронные форматы и другое).
- » Тем, для кого английский не является родным языком, своевременно предоставлять следующие бесплатные услуги языковой поддержки:
  - услуги квалифицированных устных переводчиков;
  - печатные материалы на других языках.
- » Если вам нужны такие услуги, обращайтесь в план *Blue Shield of California* с 8 до 20 часов с понедельника по пятницу. Позвоните в отдел по работе с клиентами своего региона:

1-800-452-4413. Если вы испытываете проблемы с речью или слухом, позвоните по телефону TTY: 711. По запросу вам могут предоставить этот документ в электронном виде или на аудиокассете, а также набрать шрифтом Брайля или крупным шрифтом. Чтобы получить копию документа в одном из таких альтернативных форматов, позвоните или напишите нам:

Blue Shield of California

601 12th Street

Oakland, CA 94607-3613

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

---

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

A57166DSN-RU\_0725

H2819\_25\_325B\_C 07082025

---



## **КАК ПОДАТЬ ПРЕТЕНЗИЮ**

Если вы считаете, что план Blue Shield of California не выполняет ваши обязательства по оказанию данных услуг или в нарушение закона допускает дискриминацию по признаку пола, расы, цвета кожи, вероисповедания, происхождения, национальной или этнической принадлежности, возраста, психической либо физической инвалидности, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендерной принадлежности, гендерной идентичности или сексуальной ориентации каким-либо другим образом, вы можете подать претензию на имя координатора плана Blue Shield of California по гражданским правам. Претензию можно подать по телефону, в письменном виде, лично или в электронном формате.

- » По телефону: позвоните координатору плана Blue Shield of California по гражданским правам с понедельника по пятницу 8 до 20 часов по номеру 1-844-831-4133. Или, если вы испытываете проблемы с речью или слухом, позвоните по номеру линии TTY/TDD 711.
- » В письменном виде: заполните бланк жалобы или напишите письмо и отправьте по адресу:

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

- » Лично: посетите кабинет своего врача или офис плана Blue Shield of California и сообщите, что хотите подать претензию.
- » В электронном формате: посетите веб-сайт плана Blue Shield of California по адресу [blueshieldca.com](http://blueshieldca.com).

---

## **ОТДЕЛ ГРАЖДАНСКИХ ПРАВ (OFFICE OF CIVIL RIGHTS) ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ШТАТА КАЛИФОРНИЯ (CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)**

Жалобу о нарушении гражданских прав также можно подать в отдел гражданских прав Департамента здравоохранения штата Калифорния по телефону, в письменном виде или в электронном формате.

- » По телефону: позвоните по номеру 916-440-7370. Если у вас проблемы с речью или слухом, наберите 711 (служба ретрансляции).
- » В письменном виде: заполните бланк жалобы или напишите письмо и отправьте по адресу:

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

- » Бланки жалоб можно найти на сайте [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).
  - В электронном формате: отправьте сообщение по адресу [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

# **ОТДЕЛ ГРАЖДАНСКИХ ПРАВ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ США (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)**

Если вы считаете, что подверглись дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола, вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в отдел гражданских прав Министерства здравоохранения и социального обеспечения США — по телефону, в письменном виде или в электронном формате:

- » По телефону: позвоните по номеру 1-800-368-1019. Если вы испытываете проблемы с речью или слухом, позвоните по телефону TTY/TDD 1-800-537-7697.
- » В письменном виде: заполните бланк жалобы или напишите письмо и отправьте по адресу:

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

Бланки жалоб можно найти на веб-сайте

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- » В электронном формате: посетите портал Отдела по рассмотрению жалоб о нарушении гражданских прав по адресу  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Этот Список препаратов был обновлён 09/02/2025

Для получения более свежей информации или по другим вопросам свяжитесь с нами по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю или посетите [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield TotalDual Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации посетите [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026).



09/02/2025