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

2027 թ. *Փոխհատուցվող դեղերի ցանկ* (*Դեղացանկ* կամ Դեղերի տեղեկատու)

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

Դեղերի տեղեկատուի ID 27198, Տարբերակ 12

Այս *Դեղացանկի* թարմացման ամսաթիվը՝ 10/23/2026

Ավելի թարմ տեղեկությունների կամ այլ հարցերի համար դիմեք մեզ (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը: PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր կամ այցելեք՝ blueshieldca.com/medformulary2027:

H2819_26_149A_C Approved 08182026

A55568EAE-AM (11/26)

Ներածություն

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

Բովանդակություն

A. Պարզաբանումներ iv

B. Հաճախ տրվող հարցեր (FAQ) xvi

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

B2. *Դեղացանկը* երբևէ փոխվո՞ւմ է։ xvii

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

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

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

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

B7. Ինչպե՞ս գտնել դեղը *Դեղացանկում*։ xxi

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

B9. Ինչ անել, եթե ես Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի նոր անդամ եմ և չեմ կարողանում գտնել իմ դեղամիջոցը *Դեղացանկում* կամ խնդիրներ ունեմ այն ստանալու հետ կապված։ xxii

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

B11. Ինչպե՞ս կարող եմ բացառություն խնդրել: xxiv

B12. Որքա՞ն ժամանակ է պահանջվում բացառություն ստանալու համար: xxiv

B13. Որո՞նք են ջեներիկ (վերարտադրված) դեղերը: xxv

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

B15. Արդյո՞ք Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ը փոխհատուցում է դեղատոմսային դեղերի երկարաժամկետ մատակարարումը: xxv

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

B17. Որքա՞ն է իմ համավճարը: xxvi

C. *Փոխհատուցվող դեղերի ցանկի* հակիրճ նկարագրություն xxxi

C1. Դեղերի ցանկ ըստ առողջական խնդրի xxxii

D. Փոխհատուցվող դեղերի ցանկ 151

Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medformulary2027:

A. Պարզաբանումներ

Սա այն դեղերի ցանկն է, որոնք անդամները կարող են ստանալ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ում:

- Դուք միշտ կարող եք ստուգել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի թարմացված *Փոխհատուցվող դեղերի ցանկը* առցանց հետևյալ հասցեով՝ blueshieldca.com/medformulary2027 կամ զանգահարելով (800) 452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Զանգն անվճար է:
- Blue Shield of California-ն Blue Shield Association-ի անկախ անդամ է:
- Այս փաստաթուղթը կարող եք անվճար ստանալ այլ ձևաչափերով, օրինակ՝ խոշոր տառատեսակով, բրայլյան գրատեսակով կամ աուդիո տարբերակով: Զանգահարեք փաստաթղթի էջատակում նշված հեռախոսահամարով: Զանգն անվճար է:
- Blue Shield of California-ն HMO D-SNP պլան է, որը պայմանագիր է կնքել Medicare-ի և California State Medicaid Program-ի (Կալիֆոռնիա նահանգի Medicaid ծրագրի) հետ: Blue Shield of California պլանում գրանցումը կախված է պայմանագրի երկարացումից:
- The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。 Ընկերությունը հետևում է գործող նահանգային և քաղաքացիական իրավունքների պաշտպանության դաշնային օրենքներին և խտրականություն չի դնում, չի բացառում մարդկանց կամ այլ կերպ չի վերաբերվում նրանց՝ ռասայի, մաշկի գույնի, ազգային ծագման, էթնիկ պատկանելության, առողջական վիճակի, գենետիկական տեղեկատվության, ծագման, կրոնի, սեռի, ամուսնական կարգավիճակի, գենդերի, գենդերային ինքնության, սեռական կողմնորոշման, տարիքի, հոգեկան խնդիրներ ունենալու կամ ֆիզիկական հաշմանդամության հիմքերով:

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

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

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

الشعار بالعربية (Arabic)

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

Հայերեն պիտակ (Armenian)

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

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

简体中文标语 (Chinese)

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

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

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

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

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.

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

日本語表記 (Japanese)

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

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

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

한국어 태그라인 (Korean)

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

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

ccහกไลพาสาลาอ (Laotian)

ปะกาด:
ถ้าท่านต้องการความช่วยเหຼือในพาสาของท่านให้โทหาเบิ 1-800-452-4413
(TTY: 711).
ยังมีความช่วยเหຼือและการบໍລิการสำลับคົนพิการ
ເຊັ່ນເอกะสานทีเป็นอักสอบนูนและมีโตพิมใหย่ ให้โทหาเบิ 1-800-452-4413 (TTY: 711).
การบໍລิการเหຼ่านีบໍ่ต้องเสยค่าใช้จ่ายใดๆ.

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.

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

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

مطلب به زبان فارسی (Persian (Farsi))

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

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

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.

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

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

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

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.

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

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

B. Հաճախ տրվող հարցեր (FAQ)

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

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

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

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

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

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

Մեր կողմից փոխհատուցվող դեղերի թարմացված ցանկը կարող եք գտնել նաև մեր blueshieldca.com/medformulary2027 կայքում կամ զանգահարելով Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ այս փաստաթղթի էջատակում նշված հեռախոսահամարներով:

B2. *Դեղացանկը* երբևէ փոխվո՞ւմ է:

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

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

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

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

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

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

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

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

- Դուք միշտ կարող եք ստուգել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի թարմացված *Դեղացանկը* առցանց հետևյալ հասցեում՝ blueshieldca.com/medformulary2027: *Դեղացանկի* թարմացումները տեղադրվում են կայքում ամեն ամիս:
- Կարող եք նաև զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ այս փաստաթղթի էջատակում նշված հեռախոսահամարներով՝ ընթացիկ *Դեղացանկը* ստուգելու համար:

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

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

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

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

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

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

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

- Food and Drug Administration-ը (FDA, Սննդի և դեղերի վարչություն) տրամադրում է նոր ուղեցույց կամ առկա է դեղամիջոցների նոր կլինիկական ուղեցույց:

- Մենք հեռացնում ենք բրենդային դեղամիջոցը *դեղացանկից,* երբ ավելացնում ենք ջեներիկ տարբերակը, որը նոր չէ շուկայում, կամ

- մենք հեռացնում ենք օրիգինալ կենսաբանական արտադրանքը, երբ ավելացնում ենք կենսանմանակը, կամ

- փոխում ենք բրենդային դեղի փոխհատուցման կանոնները կամ սահմանափակումները:

Երբ այս փոփոխությունները տեղի ունենան, մենք պետք է՝

- ձեզ առնվազն 30 օր առաջ տեղյակ պահենք՝ նախքան *Դեղացանկում* փոփոխություն կատարելը **կամ**

- ձեզ տեղյակ պահենք և տրամադրենք դեղամիջոցը 30 օրվա ընդունման համար, այն բանից հետո, երբ դուք կդիմեք դեղի համալրման համար:

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

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

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

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

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

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

Դուք կարող եք իմանալ՝ արդյոք ձեր դեղամիջոցի համար կան լրացուցիչ պահանջներ կամ սահմանափակումներ՝ անցնելով **Բաժին C:** Դուք կարող եք նաև լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ՝ այցելելով մեր կայքը հետևյալ հասցեով՝ blueshieldca.com/medformulary2027: Մենք տեղադրել ենք առցանց փաստաթղթեր որոնք բացատրում են մեր նախնական թույլտվության և քայլային թերապիայի հետ կապված սահմանափակումները: Դուք կարող եք նաև դիմել մեզ՝ պատճենը ձեզ ուղարկելու համար:

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

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

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

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

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

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

B7. Ինչպե՞ս գտնել դեղը *Դեղացանկում*:

Դեղը գտնելու երկու եղանակ կա.

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

Այբբենական կարգով որոնելու համար անցեք «Փոխհատուցվող դեղերի» ցանկի բաժինը: Դուք կարող եք այն գտնել 151 էջում սկսվող ցանկում: Ցուցակում ներկայացված է այս փաստաթղթում ներառված բոլոր դեղերի այբբենական ցանկը: Ցուցակում նշված են օրիգինալ և ջեներիկ դեղամիջոցները: Նայեք ցուցակը և գտեք ձեր դեղը: Ձեր դեղամիջոցի կողքին կտեսնեք այն էջի համարը, որտեղ կարող եք գտնել փոխհատուցման մասին տեղեկատվություն:

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

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

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

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

- Հաճախորդների սպասարկման կենտրոնից խնդրեք այն դեղերի ցանկը, որոնք ուզում եք ստանալ: Այնուհետև ցանկը ցույց տվեք ձեր բժշկին կամ դեղատոմս նշանակող այլ բուժաշխատողի: Նրանք կարող են *Դեղացանկից* ձեր դեղին համարժեք այլ դեղ նշանակել: **Կամ**

- Խնդրեք Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ին ձեզ բացառություն անել դեղամիջոցի փոխհատուցման համար: Բացառությունների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս B10-B12 հարցերը:

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

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

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

Մենք կփոխհատուցենք ձեր դեղամիջոցի 30-օրյա մատակարարումը, եթե՝

- դուք ընդունում եք այնպիսի դեղ, որը ներառված չէ մեր *Դեղացանկում*, **կամ**

- մեր պլանի կանոնները թույլ չեն տալիս ստանալ ձեր բժշկի կողմից նշանակված քանակը, **կամ**

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

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

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

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

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

Անցումային քաղաքականություն

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

Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medformulary2027:

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

Այո: Դուք կարող եք խնդրել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ին բացառություն անել *Դեղացանկում* չներառված դեղամիջոցի փոխհատուցման համար:

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

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

B11. Ինչպե՞ս կարող եմ բացառություն խնդրել:

Բացառություն խնդրելու համար զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն: Հաճախորդների սպասարկման կենտրոնի ներկայացուցիչը կաշխատի ձեր և ձեր բժշկի հետ, որպեսզի օգնի ձեզ բացառություն խնդրել: Բացառությունների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարող եք կարդալ նաև *Անդամի ձեռնարկ* **9-րդ գլխի G2 բաժինը**:

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

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

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

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

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

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-փոխհատուցում է ինչպես օրիգինալ, այնպես էլ ջեներիկ դեղերը:

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

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

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

B15. Արդյո՞ք Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ը փոխհատուցում է դեղատոմսային դեղերի երկարաժամկետ մատակարարումը:

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

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

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

- **Մանրածախ դեղատների ծրագրեր:** Որոշ մանրածախ դեղատներ նույնպես կարող են առաջարկել **մինչև 100-օրյա մատակարարում 1-ին կարգի դեղերի համար. Նախընտրելի ջեներիկ դեղեր, 2-րդ կարգ. Ջեներիկ դեղեր, 3-րդ կարգ Նախընտրելի օրիգինալ դեղեր և 4-րդ կարգ. Ոչ նախընտրելի դեղեր**: 100-օրյա մատակարարում 1-ին կարգի դեղերի համար. Նախընտրելի ջեներիկ դեղեր և 2-րդ կարգ. Ջեներիկ դեղերն ունեն նույն համավճարը, ինչ 1-ին և 2-րդ կարգերի դեղերի մեկ ամսվա մատակարարումը: 100-օրյա մատակարարում 3-րդ կարգի դեղերի համար. Նախընտրելի օրիգինալ դեղեր և 4-րդ կարգ. Ոչ նախընտրելի դեղերն ունեն նույն համավճարը, ինչ 3-րդ և 4-րդ կարգերի դեղերի մեկ ամսվա մատակարարումը:

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

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

B17. Որքա՞ն է իմ համավճարը:

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

Կարգերը *Դեղացանկում* ներառված դեղերի խմբերն են:

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

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

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

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

Կարգ	Նկարագրություն	Համավճար	
		30-օրյա մատակարարում	100-օրյա մատակարարում
1-ին կարգ	Նախընտրելի ջեներիկ դեղեր	$0	$0
2-րդ կարգ	Ջեներիկ դեղեր	$0	$0
3-րդ կարգ	Նախընտրելի բրենդային դեղեր	Եթե ստանում եք «Extra Help» (Լրացուցիչ օգնություն), ապա ծածկույթի մեջ մտնող ջեներիկ դեղամիջոցների (ներառյալ՝ որպես ջեներիկ դիտարկվող բրենդային դեղամիջոցները) համար վճարում եք՝ $0.00, $1.65 կամ $5.80 Ծածկույթի մեջ ներառված մյուս բոլոր դեղամիջոցների համար՝ $0, $5.00, $14.40 Եթե ստանում եք «Extra Help», ապա այս կարգում ընդգրկված յուրաքանչյուր ինսուլինային դեղամիջոցի համար ամսական վճարում եք $0.00 - $14.40: Եթե դուք չեք համապատասխանում «Extra Help» ծրագրի պահանջներին, ապա այս կարգին պատկանող ինսուլին պարունակող յուրաքանչյուր դեղամիջոցի համար կվճարեք ոչ ավելի, քան $35.00՝ մեկ ամսվա, $70՝ երկու ամսվա կամ $105՝ երեք ամսվա պաշարի դիմաց	Եթե ստանում եք «Extra Help» (Լրացուցիչ օգնություն), ապա ծածկույթի մեջ մտնող ջեներիկ դեղամիջոցների (ներառյալ՝ որպես ջեներիկ դիտարկվող բրենդային դեղամիջոցները) համար վճարում եք՝ $0.00, $1.65 կամ $5.80 Ծածկույթի մեջ ներառված մյուս բոլոր դեղամիջոցների համար՝ $0, $5.00, $14.40 Եթե ստանում եք «Extra Help», ապա այս կարգում ընդգրկված յուրաքանչյուր ինսուլինային դեղամիջոցի համար ամսական վճարում եք $0.00 - $14.40: Եթե դուք չեք համապատասխանում «Extra Help» ծրագրի պահանջներին, ապա այս կարգին պատկանող ինսուլին պարունակող յուրաքանչյուր դեղամիջոցի համար կվճարեք ոչ ավելի, քան $35.00՝ մեկ ամսվա, $70՝ երկու ամսվա կամ $105՝ երեք ամսվա պաշարի դիմաց (կախված նրանից, թե որն է ավելի քիչ),

Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medformulary2027:

		(կախված նրանից, թե որն է ավելի քիչ), կամ՝ նույն կարգին պատկանող ոչ ինսուլինային յուրաքանչյուր դեղամիջոցի արժեքի 17%-ը (համավճար)։ Դեղամիջոցների համար նախատեսված համավճարները կարող են տարբեր լինել՝ կախված «Extra Help» ծրագրի շրջանակում ձեզ տրամադրվող աջակցության մակարդակից։ Մանրամասների համար խնդրում ենք կապ հաստատել պլանի հետ։	կամ՝ նույն կարգին պատկանող ոչ ինսուլինային յուրաքանչյուր դեղամիջոցի արժեքի 17%-ը (համավճար)։ Դեղամիջոցների համար նախատեսված համավճարները կարող են տարբեր լինել՝ կախված «Extra Help» ծրագրի շրջանակում ձեզ տրամադրվող աջակցության մակարդակից։ Մանրամասների համար խնդրում ենք կապ հաստատել պլանի հետ։
4-րդ կարգ	Ոչ նախընտրելի դեղեր	Եթե ստանում եք «Extra Help» (Լրացուցիչ օգնություն), ապա ծածկույթի մեջ մտնող ջեներիկ դեղամիջոցների (ներառյալ՝ որպես ջեներիկ դիտարկվող բրենդային դեղամիջոցները) համար վճարում եք՝ $0.00, $1.65 կամ $5.80 Ծածկույթի մեջ ներառված մյուս բոլոր դեղամիջոցների համար՝ $0, $5.00, $14.40 Եթե ստանում եք «Extra Help», ապա այս կարգում ընդգրկված յուրաքանչյուր ինսուլինային դեղամիջոցի համար ամսական վճարում եք $0.00 - $14.40։ Եթե դուք չեք համապատասխանում «Extra Help» ծրագրի պահանջներին, ապա այս կարգին պատկանող ինսուլին պարունակող յուրաքանչյուր դեղամիջոցի	Եթե ստանում եք «Extra Help» (Լրացուցիչ օգնություն), ապա ծածկույթի մեջ մտնող ջեներիկ դեղամիջոցների (ներառյալ՝ որպես ջեներիկ դիտարկվող բրենդային դեղամիջոցները) համար վճարում եք՝ $0.00, $1.65 կամ $5.80 Ծածկույթի մեջ ներառված մյուս բոլոր դեղամիջոցների համար՝ $0, $5.00, $14.40 Եթե ստանում եք «Extra Help», ապա այս կարգում ընդգրկված յուրաքանչյուր ինսուլինային դեղամիջոցի համար ամսական վճարում եք $0.00 - $14.40։ Եթե դուք չեք համապատասխանում «Extra Help» ծրագրի պահանջներին, ապա այս կարգին պատկանող ինսուլին պարունակող յուրաքանչյուր դեղամիջոցի համար կվճարեք ոչ ավելի, քան

		համար կվճարեք ոչ ավելի, քան $35.00՝ մեկ ամսվա, $70՝ երկու ամսվա կամ $105՝ երեք ամսվա պաշարի դիմաց (կախված նրանից, թե որն է ավելի քիչ), կամ՝ նույն կարգին պատկանող ոչ ինսուլինային յուրաքանչյուր դեղամիջոցի արժեքի 17%-ը (համավճար)։ Դեղամիջոցների համար նախատեսված համավճարները կարող են տարբեր լինել՝ կախված «Extra Help» ծրագրի շրջանակում ձեզ տրամադրվող աջակցության մակարդակից։ Մանրամասների համար խնդրում ենք կապ հաստատել պլանի հետ։	$35.00՝ մեկ ամսվա, $70՝ երկու ամսվա կամ $105՝ երեք ամսվա պաշարի դիմաց (կախված նրանից, թե որն է ավելի քիչ), կամ՝ նույն կարգին պատկանող ոչ ինսուլինային յուրաքանչյուր դեղամիջոցի արժեքի 17%-ը (համավճար)։ Դեղամիջոցների համար նախատեսված համավճարները կարող են տարբեր լինել՝ կախված «Extra Help» ծրագրի շրջանակում ձեզ տրամադրվող աջակցության մակարդակից։ Մանրամասների համար խնդրում ենք կապ հաստատել պլանի հետ։
5-րդ կարգ	Հատուկ կարգի դեղեր	Եթե ստանում եք «Extra Help» (Լրացուցիչ օգնություն), ապա ծածկույթի մեջ մտնող ջեներիկ դեղամիջոցների (ներառյալ՝ որպես ջեներիկ դիտարկվող բրենդային դեղամիջոցները) համար վճարում եք՝ $0.00, $1.65 կամ $5.80 Ծածկույթի մեջ ներառված մյուս բոլոր դեղամիջոցների համար՝ $0, $5.00, $14.40 Եթե դուք չեք համապատասխանում «Extra Help» ծրագրի պահանջներին, ապա այս կարգին պատկանող յուրաքանչյուր փոխհատուցվող ապրանքի համար չեք վճարի 25%-ից ավելի համավճար։ Դեղամիջոցների համար	Հասանելի չէ

		նախատեսված համավճարները կարող են տարբեր լինել՝ կախված «Extra Help» ծրագրի շրջանակում ձեզ տրամադրվող աջակցության մակարդակից: Մանրամասների համար խնդրում ենք կապ հաստատել պլանի հետ:	

C. *Փոխհատուցվող դեղերի ցանկի* հակիրճ նկարագրություն

Փոխհատուցվող դեղերի ցանկը ձեզ տեղեկատվություն է տրամադրում Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի ապահովագրական ծածկույթում ներառված դեղերի մասին: Եթե դժվարանում եք ցանկում գտնել ձեզ անհրաժեշտ դեղամիջոցը, տե՛ս Փոխհատուցվող դեղերի ցանկը **D բաժնում**: Ցանկում այբբենական կարգով թվարկված են Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ով փոխհատուցվող բոլոր դեղամիջոցները:

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

D բաժնի հետ կապված բողոքարկումներ

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

C1. Դեղերի ցանկ ըստ առողջական խնդրի

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

ՊԱՅՄԱՆԱԿԱՆ ՆՇԱՆՆԵՐԻ ԲԱՑԱՏՐՈՒԹՅՈՒՆ

ԿԱՐԳ	ԱՆՎԱՆՈՒՄ
1	Նախընտրելի ջեներիկ դեղեր
2	Ջեներիկ դեղեր
3	Նախընտրելի բրենդային դեղեր
4	Ոչ նախընտրելի դեղեր
5	Հատուկ կարգի դեղեր

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

Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

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

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

D. Փոխհատուցվող դեղերի ցանկ

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

ANALGESICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS		
butalbital-aspirin-caffeine 50-325-40 mg cap	Tier 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
celecoxib (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
celecoxib 400 mg cap	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
diclofenac potassium 50 mg tab	Tier 2	
diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr)	Tier 2	
diclofenac sodium 1.5 % solution	Tier 3	
diclofenac sodium 3 % gel	Tier 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
diclofenac sodium 75 mg tab dr	Tier 1	
diclofenac sodium er 100 mg tab er 24h	Tier 2	
diflunisal 500 mg tab	Tier 3	
ec-naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)	Tier 2	
etodolac (200 mg cap, 300 mg cap)	Tier 3	
etodolac (400 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	
etodolac er (400 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h, 600 mg tab er 24h)	Tier 3	
FLURBIPROFEN (100 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 2	
ibu (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)	Tier 1	
ibuprofen (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension)	Tier 2	
ibuprofen (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)	Tier 1	

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

ANALGESICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	
meloxicam (15 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 1	
nabumetone (500 mg tab, 750 mg tab)	Tier 2	
naproxen (250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab)	Tier 1	
naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)	Tier 2	
naproxen dr 500 mg tab dr	Tier 2	
naproxen sodium (275 mg tab, 550 mg tab)	Tier 3	
oxaprozin 600 mg tab	Tier 4	
piroxicam (10 mg cap, 20 mg cap)	Tier 3	
sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)	Tier 2	
OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING		
buprenorphine (10 mcg/hr patch wk, 15 mcg/hr patch wk, 20 mcg/hr patch wk, 5 mcg/hr patch wk, 7.5 mcg/hr patch wk)	Tier 4	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME), NDS
fentanyl (100 mcg/hr patch 72hr, 12 mcg/hr patch 72hr, 25 mcg/hr patch 72hr, 50 mcg/hr patch 72hr, 75 mcg/hr patch 72hr)	Tier 3	PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 10 mg tab	Tier 4	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 10 mg/5ml solution	Tier 4	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 10 mg/ml solution	Tier 4	PA, NDS
methadone hcl 5 mg tab	Tier 4	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 5 mg/5ml solution	Tier 4	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS

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

ANALGESICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
morphine sulfate er (100 mg tab er, 200 mg tab er, 60 mg tab er)	Tier 4	QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate er 15 mg tab er	Tier 4	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate er 30 mg tab er	Tier 4	QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
tramadol hcl er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h)	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS), NDS
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
acetaminophen-codeine (120-12 mg/5ml solution, 300-30 mg/12.5ml solution)	Tier 2	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS), NDS
acetaminophen-codeine 300-60 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS), NDS
butorphanol tartrate 10 mg/ml solution	Tier 3	QL (15 PER 28 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	Tier 4	QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS
codeine sulfate 30 mg tab	Tier 4	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 60 MG TAB	Tier 4	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
endocet 10-325 mg tab	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
endocet 7.5-325 mg tab	Tier 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
hydrocodone-acetaminophen (10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab)	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS), NDS
hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml solution, 5-217 mg/10ml solution, 7.5-325 mg/15ml solution)	Tier 4	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS

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

ANALGESICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
hydrocodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)	Tier 2	QL (240 PER 30 DAYS), NDS
hydromorphone hcl 2 mg tab	Tier 3	QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS
hydromorphone hcl 4 mg tab	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
hydromorphone hcl 8 mg tab	Tier 3	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate (15 mg tab, 30 mg tab)	Tier 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate (concentrate) (100 mg/5ml solution, 20 mg/ml solution)	Tier 3	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate 10 mg/5ml solution	Tier 3	QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate 20 mg/5ml solution	Tier 3	QL (315 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl (15 mg tab, 30 mg tab)	Tier 3	QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl 10 mg tab	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl 100 mg/5ml conc	Tier 4	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl 20 mg tab	Tier 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl 5 mg tab	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl 5 mg/5ml solution	Tier 3	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab	Tier 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS

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

ANALGESICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
tramadol hcl 50 mg tab	Tier 2	QL (240 PER 30 DAYS), NDS
tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab	Tier 2	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS

ANESTHETICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
LOCAL ANESTHETICS		
lidocaine 5 % ointment	Tier 4	QL (50 PER 30 DAYS)
lidocaine 5 % patch	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
lidocaine hcl 4 % solution	Tier 2	
lidocaine viscous hcl 2 % solution	Tier 2	
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
lidocan 5 % patch	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION	Tier 4	QL (10 PER 30 DAYS)
PREMIUM LIDOCAINE 5 % OINTMENT	Tier 4	QL (50 PER 30 DAYS)

ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ALCOHOL DETERRENTS/ANTI-CRAVING		

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

acamprosate calcium 333 mg tab dr	Tier 4	

ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
disulfiram (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	
OPIOID DEPENDENCE		
buprenorphine hcl (2 mg sl tab, 8 mg sl tab)	Tier 2	
buprenorphine hcl-naloxone hcl (12-3 mg film, 2-0.5 mg film, 2-0.5 mg sl tab, 4-1 mg film, 8-2 mg film, 8-2 mg sl tab)	Tier 2	
OPIOID REVERSAL AGENTS		
KLOXXADO 8 MG/0.1ML LIQUID	Tier 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
naloxone hcl (0.4 mg/ml soln cart, 0.4 mg/ml soln prsyr, 0.4 mg/ml solution, 2 mg/2ml soln prsyr, 4 mg/10ml solution)	Tier 2	
naltrexone hcl 50 mg tab	Tier 2	
SMOKING CESSATION AGENTS		
bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab er 12h	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	Tier 4	
varenicline tartrate (0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42 tab thpk	Tier 4	QL (53 PER 30 OVER TIME)
varenicline tartrate(continue) 1 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)

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

ANTIBACTERIALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
AMINOGLYCOSIDES		
amikacin sulfate 500 mg/2ml solution	Tier 4	
ARIKAYCE 590 MG/8.4ML SUSPENSION	Tier 5	PA, LA, QL (235.2 PER 28 DAYS)
gentamicin sulfate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)	Tier 2	
gentamicin sulfate 40 mg/ml solution	Tier 4	
neomycin sulfate 500 mg tab	Tier 2	
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	Tier 4	
tobramycin sulfate (1.2 gm recon soln, 1.2 gm/30ml solution, 10 mg/ml solution, 2 gm/50ml solution, 80 mg/2ml solution)	Tier 4	
ANTIBACTERIALS, OTHER		
aztreonam (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)	Tier 4	
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	Tier 5	PA, LA, QL (84 PER 28 DAYS)
clindamycin hcl (150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap)	Tier 2	
clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln	Tier 4	
clindamycin phosphate (300 mg/2ml solution, 600 mg/4ml solution, 900 mg/6ml solution)	Tier 4	
clindamycin phosphate 2 % cream	Tier 2	
clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml solution, 600 mg/50ml solution, 900 mg/50ml solution)	Tier 4	

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

ANTIBACTERIALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL (300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	Tier 4	
colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln	Tier 4	
daptomycin (350 mg recon soln, 500 mg recon soln)	Tier 4	
fosfomycin tromethamine 3 gm packet	Tier 4	QL (4 PACKETS PER 28 OVER TIME)
lincomycin hcl 300 mg/ml solution	Tier 4	
linezolid 100 mg/5ml recon susp	Tier 5	PA
linezolid 600 mg tab	Tier 4	PA
linezolid 600 mg/300ml solution	Tier 4	
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION	Tier 5	
methenamine hippurate 1 gm tab	Tier 4	
metronidazole (0.75 % gel, 250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	
metronidazole (0.75 % lotion, 1 % gel, 500 mg/100ml solution)	Tier 4	
metronidazole 0.75 % cream	Tier 3	
nitrofurantoin macrocrystal (100 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	
nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap	Tier 2	
tigecycline 50 mg recon soln	Tier 4	
tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 4	
trimethoprim 100 mg tab	Tier 2	

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

ANTIBACTERIALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
vancomycin hcl (1 gm recon soln, 1.25 gm recon soln, 1.5 gm recon soln, 1.75 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 125 mg cap, 2 gm recon soln, 250 mg cap, 500 mg recon soln, 750 mg recon soln)	Tier 4	
vancomycin hcl 5 gm recon soln	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
XIFAXAN 200 MG TAB	Tier 3	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
XIFAXAN 550 MG TAB	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
BETA-LACTAM, CEPHALOSPORINS		
CEFACLOR (250 MG CAP, 250 MG/5ML RECON SUSP, 500 MG CAP)	Tier 2	
cefadroxil (1 gm tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg/5ml recon susp)	Tier 3	
cefadroxil 500 mg cap	Tier 2	
cefazolin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 2 gm recon soln, 3 gm recon soln, 300 gm recon soln, 500 mg recon soln)	Tier 4	
cefdinir (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp)	Tier 3	
cefdinir 300 mg cap	Tier 2	
cefepime hcl (1 gm recon soln, 1 gm/50ml solution, 2 gm recon soln, 2 gm/100ml solution)	Tier 4	
cefixime (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 400 mg cap)	Tier 4	
cefoxitin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)	Tier 4	

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

ANTIBACTERIALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
CEFPODOXIME PROXETIL (100 MG TAB, 100 MG/5ML RECON SUSP, 200 MG TAB, 50 MG/5ML RECON SUSP)	Tier 4	
cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)	Tier 2	
ceftaroline fosamil (400 mg recon soln, 600 mg recon soln)	Tier 5	
CEFTAZIDIME (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	Tier 4	
ceftriaxone sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)	Tier 4	
cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	
cefuroxime sodium (1.5 gm recon soln, 750 mg recon soln)	Tier 4	
cephalexin (125 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap)	Tier 2	
TAZICEF (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	Tier 4	
BETA-LACTAM, PENICILLINS		
amoxicillin (125 mg chew tab, 125 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg chew tab, 250 mg/5ml recon susp, 400 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab)	Tier 2	
amoxicillin trihydrate 250 mg/5ml recon susp	Tier 2	

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

ANTIBACTERIALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
amoxicillin-pot clavulanate (200-28.5 mg/5ml recon susp, 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml recon susp, 400-57 mg/5ml recon susp, 500-125 mg tab, 600-42.9 mg/5ml recon susp, 875-125 mg tab)	Tier 2	
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE 400-57 MG CHEW TAB	Tier 3	
amoxicillin-pot clavulanate er 1000-62.5 mg tab er 12h	Tier 4	
ampicillin 500 mg cap	Tier 2	
ampicillin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 125 mg recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)	Tier 4	
ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm recon soln, 15 (10-5) gm recon soln, 3 (2-1) gm recon soln)	Tier 4	
BICILLIN L-A (1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR, 600000 UNIT/ML SUSP PRSYR)	Tier 4	
dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)	Tier 2	
nafcillin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)	Tier 4	
penicillin g potassium (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)	Tier 4	
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	Tier 4	
penicillin v potassium (125 mg/5ml recon soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon soln, 500 mg tab)	Tier 2	
pfizerpen (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)	Tier 4	

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

ANTIBACTERIALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
piperacillin sod-tazobactam so (13.5 (12-1.5) gm recon ln, 2.25 (2-0.25) gm recon ln, 3-0.375 gm recon ln, 3.375 (3-0.375) gm recon ln, 4-0.5 gm recon ln, 4.5 (4-0.5) gm recon ln, 40.5 (36-4.5) gm recon ln)	Tier 4	
CARBAPENEMS		
ertapenem sodium 1 gm recon soln	Tier 3	
imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, 500 mg recon soln)	Tier 4	
meropenem (1 gm recon soln, 500 mg recon soln)	Tier 4	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)	Tier 4	
MACROLIDES		
azithromycin (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 500 mg tab, 600 mg tab)	Tier 2	
azithromycin 500 mg recon soln	Tier 4	
CLARITHROMYCIN (125 MG/5ML RECON SUSP, 250 MG/5ML RECON SUSP)	Tier 4	
clarithromycin (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	
clarithromycin er 500 mg tab er 24h	Tier 4	
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	Tier 5	PA, QL (136 PER 10 OVER TIME)
e.e.s. 400 400 mg tab	Tier 4	
erythrocin lactobionate 500 mg recon soln	Tier 4	

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

ANTIBACTERIALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
erythromycin base (250 mg cp dr part, 250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 4	
erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5ml recon susp	Tier 4	
erythromycin lactobionate 500 mg recon soln	Tier 4	
fidaxomicin 200 mg tab	Tier 5	PA, QL (20 PER 10 OVER TIME)
QUINOLONES		
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	Tier 3	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	Tier 4	
ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)	Tier 2	
ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution	Tier 4	
levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)	Tier 2	
levofloxacin 25 mg/ml solution	Tier 4	
levofloxacin in d5w (500 mg/100ml solution, 750 mg/150ml solution)	Tier 4	
moxifloxacin hcl 400 mg tab	Tier 3	
MOXIFLOXACIN HCL 400 MG/250ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL 400 MG/250ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
SULFONAMIDES		
sulfadiazine 500 mg tab	Tier 3	
sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 400-80 mg tab, 800-160 mg tab, 800-160 mg/20ml suspension)	Tier 2	

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

ANTIBACTERIALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution	Tier 4	
sulfatrim pediatric 200-40 mg/5ml suspension	Tier 2	
TETRACYCLINES		
avidoxy 100 mg tab	Tier 3	
doxy 100 100 mg recon soln	Tier 4	
doxycycline hyclate (100 mg cap, 100 mg tab, 20 mg tab, 50 mg cap)	Tier 2	
doxycycline hyclate 100 mg recon soln	Tier 4	
doxycycline monohydrate (100 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	
doxycycline monohydrate (100 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 3	
minocycline hcl (100 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	Tier 2	
mondoxyne nl 100 mg cap	Tier 2	
tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)	Tier 4	

ANTICONVULSANTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ANTICONVULSANTS, OTHER		
brivaracetam (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 5	ST, QL (60 PER 30 DAYS)

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

ANTICONVULSANTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
brivaracetam 10 mg/ml solution	Tier 5	ST, QL (600 PER 30 DAYS)
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET)	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET)	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)	Tier 2	
divalproex sodium er (250 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h)	Tier 2	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)	Tier 4	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
lamotrigine (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)	Tier 1	
lamotrigine (25 mg chew tab, 5 mg chew tab)	Tier 2	
levetiracetam (100 mg/ml solution, 1000 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab)	Tier 2	
levetiracetam er 500 mg tab er 24h	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
levetiracetam er 750 mg tab er 24h	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
perampanel (10 mg tab, 12 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
perampanel 0.5 mg/ml suspension	Tier 4	QL (720 PER 30 DAYS)
perampanel 2 mg tab	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)

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

ANTICONVULSANTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
roweepra 500 mg tab	Tier 2	
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 1000 MG TAB	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 750 MG TAB	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
subvenite (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)	Tier 2	
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (1500 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
topiramate (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
topiramate (15 mg cap sprink, 25 mg cap sprink, 50 mg cap sprink)	Tier 2	
topiramate 25 mg/ml solution	Tier 4	QL (480 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
valproate sodium (100 mg/ml solution, 500 mg/5ml solution)	Tier 4	
valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)	Tier 2	
XCOPRI (100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTICONVULSANTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
CALCIUM CHANNEL MODIFYING AGENTS		
ethosuximide (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)	Tier 2	
methsuximide 300 mg cap	Tier 4	
GAMMA-AMINOBUTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS		
clobazam 10 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
clobazam 2.5 mg/ml suspension	Tier 4	QL (480 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
clobazam 20 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
diazepam 10 mg gel	Tier 4	QL (20 PER 30 DAYS)
diazepam 2.5 mg gel	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)
diazepam 20 mg gel	Tier 4	QL (40 PER 30 DAYS)
gabapentin (250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution)	Tier 3	QL (2160 PER 30 DAYS)
gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
gabapentin 100 mg cap	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
gabapentin 300 mg cap	Tier 2	QL (240 PER 30 DAYS)
gabapentin 400 mg cap	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
phenobarbital (100 mg tab, 15 mg tab, 16.2 mg tab, 20 mg/5ml elixir, 30 mg tab, 30 mg/7.5ml elixir, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 60 mg/15ml elixir, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab)	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
primidone (125 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
SYMPAZAN (10 MG FILM, 20 MG FILM)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTICONVULSANTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
SYMPAZAN 5 MG FILM	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
tiagabine hcl (12 mg tab, 16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	Tier 4	
VALTOCO 10 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQUID	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 15 MG DOSE 2 X 7.5 MG/0.1ML LIQD THPK	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 20 MG DOSE 2 X 10 MG/0.1ML LIQD THPK	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1ML LIQUID	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
vigadrone 500 mg packet	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
vigadrone 500 mg tab	Tier 5	QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (750 ML PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
vigpoder 500 mg packet	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	LA, QL (1080 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SODIUM CHANNEL AGENTS		
carbamazepine (100 mg chew tab, 100 mg/5ml suspension, 200 mg chew tab, 200 mg tab, 200 mg/10ml suspension)	Tier 2	

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

ANTICONVULSANTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
carbamazepine er (100 mg cap er 12h, 100 mg tab er 12h, 200 mg cap er 12h, 200 mg tab er 12h, 300 mg cap er 12h, 400 mg tab er 12h)	Tier 3	
DILANTIN (100 MG CAP, 30 MG CAP)	Tier 4	
epitol 200 mg tab	Tier 2	
eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
lacosamide (10 mg/ml solution, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)	Tier 4	QL (1200 PER 30 DAYS)
lacosamide (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
lacosamide 200 mg/20ml solution	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab)	Tier 2	
oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension	Tier 4	
phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)	Tier 2	
phenytoin (100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension, 50 mg chew tab)	Tier 2	
phenytoin infatabs 50 mg chew tab	Tier 2	
phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)	Tier 2	
rufinamide 200 mg tab	Tier 4	QL (480 PER 30 DAYS)
rufinamide 40 mg/ml suspension	Tier 5	QL (2400 PER 30 DAYS)
rufinamide 400 mg tab	Tier 4	QL (240 PER 30 DAYS)

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

ANTICONVULSANTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
XCOPRI (14 X 150 MG & 14 X200 MG TAB THPK, 14 X 50 MG & 14 X100 MG TAB THPK)	Tier 5	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 MG TAB THPK	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG TAB THPK	Tier 4	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	
zonisamide (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	

ANTIDEMENTIA AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ANTIDEMENTIA AGENTS, OTHER		
ERGOLOID MESYLATES 1 MG TAB	Tier 3	
LEQEMBI IQLIK (500 MG DOSE) 2 X 250 MG/1.25ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA, QL (10 ML PER 28 DAYS)
LEQEMBI IQLIK 360 MG/1.8ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA, QL (7.2 ML PER 28 DAYS)
CHOLINESTERASE INHIBITORS		
donepezil hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
donepezil hcl 23 mg tab	Tier 4	ST

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

ANTIDEMENTIA AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg	Tier 2	
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg	Tier 2	
galantamine hydrobromide (12 mg tab, 4 mg tab, 4 mg/ml solution, 8 mg tab)	Tier 4	
galantamine hydrobromide er (16 mg cap er 24h, 24 mg cap er 24h, 8 mg cap er 24h)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
rivastigmine (13.3 mg/24hr patch 24hr, 4.6 mg/24hr patch 24hr, 9.5 mg/24hr patch 24hr)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)	Tier 3	
N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONIST		
memantine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
memantine hcl (10 mg/5ml solution, 2 mg/ml solution)	Tier 3	
memantine hcl er (14 mg cap er 24h, 21 mg cap er 24h, 28 mg cap er 24h, 7 mg cap er 24h)	Tier 4	

ANTIDEPRESSANTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ANTIDEPRESSANTS, OTHER		
AUVELITY 45-105 MG TAB ER	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTIDEPRESSANTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
AUVELITY TITRATION PACK 30-105 MG & 45-105 MG TBER THPK	Tier 4	QL (102 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bupropion hcl 100 mg tab	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
bupropion hcl 75 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12h	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 150 mg tab er 12h	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 200 mg tab er 12h	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24h	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (xl) 300 mg tab er 24h	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
EXXUA (18.2 MG TAB ER 24H, 36.3 MG TAB ER 24H, 54.5 MG TAB ER 24H, 72.6 MG TAB ER 24H)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EXXUA TITRATION PACK 18.2 MG TAB ER 24H	Tier 5	QL (64 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYBALVI (10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB, 5-10 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
mirtazapine (15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab, 45 mg tab disp, 7.5 mg tab)	Tier 2	
mirtazapine (15 mg tab, 30 mg tab)	Tier 1	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE (2-10 MG TAB, 2-25 MG TAB, 4-10 MG TAB, 4-25 MG TAB, 4-50 MG TAB)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP)	Tier 5	QL (28 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTIDEPRESSANTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ZURZUVAE 30 MG CAP	Tier 5	QL (14 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS		
EMSAM (12 MG/24HR PATCH 24HR, 6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR)	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
MARPLAN 10 MG TAB	Tier 4	
PHENELZINE SULFATE 15 MG TAB	Tier 2	
tranylcypromine sulfate 10 mg tab	Tier 4	
SSRIS/SNRIS (SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITOR/SEROTONIN AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR)		
citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	Tier 1	
citalopram hydrobromide (10 mg/5ml solution, 20 mg/10ml solution)	Tier 3	
desvenlafaxine succinate er (25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
desvenlafaxine succinate er 100 mg tab er 24h	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
escitalopram oxalate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
escitalopram oxalate (10 mg/10ml solution, 5 mg/5ml solution)	Tier 2	
FETZIMA (120 MG CAP ER 24H, 20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK	Tier 4	QL (28 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
fluoxetine hcl (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	Tier 1	
fluoxetine hcl 20 mg/5ml solution	Tier 2	

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

ANTIDEPRESSANTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	Tier 4	QL (4 PER 28 DAYS)
fluvoxamine maleate 100 mg tab	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
fluvoxamine maleate 25 mg tab	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
fluvoxamine maleate 50 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
NEFAZODONE HCL (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 3	
paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)	Tier 1	
PAROXETINE HCL 10 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	QL (900 PER 30 DAYS)
paroxetine hcl er (12.5 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 37.5 mg tab er 24h)	Tier 4	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (1200 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sertraline hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
sertraline hcl 20 mg/ml conc	Tier 3	
trazodone hcl (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
trazodone hcl 300 mg tab	Tier 3	
TRINTELLIX (10 MG TAB, 20 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
venlafaxine hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 2	
venlafaxine hcl er (150 mg cap er 24h, 37.5 mg cap er 24h)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
venlafaxine hcl er 75 mg cap er 24h	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)

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

ANTIDEPRESSANTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
TRICYCLICS		
amitriptyline hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
amoxapine (100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 3	
clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
desipramine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 4	
doxepin hcl (10 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	Tier 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
doxepin hcl 10 mg/ml conc	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
nortriptyline hcl (10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	Tier 2	
nortriptyline hcl 10 mg/5ml solution	Tier 4	
protriptyline hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	
trimipramine maleate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIEMETICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ANTIEMETICS, OTHER		
compro 25 mg suppos	Tier 4	

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

ANTIEMETICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
meclizine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab)	Tier 2	
metoclopramide hcl (10 mg tab, 10 mg/10ml solution, 5 mg tab, 5 mg/5ml solution)	Tier 2	
metoclopramide hcl 5 mg/ml solution	Tier 4	
perphenazine (16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	Tier 2	
prochlorperazine 25 mg suppos	Tier 4	
prochlorperazine maleate (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
promethazine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	PA
scopolamine 1 mg/3days patch 72hr	Tier 4	
EMETOGENIC THERAPY ADJUNCTS		
aprepitant (125 mg cap, 80 & 125 mg cap thpk, 80 mg cap)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
aprepitant 40 mg cap	Tier 4	PA, QL (1 PER 30 DAYS)
dronabinol (10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)	Tier 4	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
granisetron hcl 1 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron 4 mg tab disp	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron 8 mg tab disp	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ONDANSETRON HCL 24 MG TAB	Tier 2	QL (15 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION

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

ANTIEMETICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ondansetron hcl 4 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 4 mg/5ml solution	Tier 4	QL (900 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 8 mg tab	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIFUNGALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ANTIFUNGALS		
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
amphotericin b liposome 50 mg recon susp	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)	Tier 2	
CRESEMBA 186 MG CAP	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
CRESEMBA 74.5 MG CAP	Tier 5	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
econazole nitrate 1 % cream	Tier 4	
fluconazole (10 mg/ml recon susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)	Tier 2	

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

ANTIFUNGALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
fluconazole in sodium chloride (200-0.9 mg/100ml-% solution, 400-0.9 mg/200ml-% solution)	Tier 4	
flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)	Tier 5	
griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)	Tier 4	
griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)	Tier 4	
itraconazole 100 mg cap	Tier 4	
ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)	Tier 2	
klayesta 100000 unit/gm powder	Tier 4	
micafungin sodium (100 mg recon soln, 50 mg recon soln)	Tier 4	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	Tier 3	
nyamyc 100000 unit/gm powder	Tier 4	
nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)	Tier 2	
nystatin 100000 unit/gm powder	Tier 4	
nystop 100000 unit/gm powder	Tier 4	
posaconazole 100 mg tab dr	Tier 4	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
terbinafine hcl 250 mg tab	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
terconazole (0.4 % cream, 0.8 % cream)	Tier 3	
terconazole 80 mg suppos	Tier 4	
voriconazole (200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)	Tier 4	PA
voriconazole 200 mg recon soln	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

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

ANTIGOUT AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ANTIGOUT AGENTS		
allopurinol (100 mg tab, 300 mg tab)	Tier 1	
colchicine 0.6 mg tab	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab	Tier 2	
febuxostat (40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
probenecid 500 mg tab	Tier 2	

ANTIMIGRAINE AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE (CGRP) RECEPTOR ANTAGONISTS		
AIMOVIG (140 MG/ML SOLN A-INJ, 70 MG/ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
EMGALITY (120 MG/ML SOLN A-INJ, 120 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 3	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
EMGALITY (300 MG DOSE) 100 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA, QL (3 PER 30 DAYS)
NURTEC 75 MG TAB DISP	Tier 5	PA, QL (16 PER 30 OVER TIME)
ERGOT ALKALOIDS		
dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution	Tier 4	PA, QL (8 PER 30 DAYS)
ERGOTAMINE-CAFFEINE 1-100 MG TAB	Tier 3	QL (40 PER 28 DAYS)

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

ANTIMIGRAINE AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
SEROTONIN (5-HT) RECEPTOR AGONIST		
naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)	Tier 3	QL (18 PER 30 OVER TIME)
rizatriptan benzoate (10 mg tab, 10 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)	Tier 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan (20 mg/act solution, 5 mg/act solution)	Tier 4	QL (18 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan succinate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution)	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL (4 MG/0.5ML SOLN CART, 6 MG/0.5ML SOLN CART)	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)

ANTIMYASTHENIC AGENTS

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

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

ANTIMYCOBACTERIALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ANTIMYCOBACTERIALS, OTHER		
dapsone (100 mg tab, 25 mg tab)	Tier 3	
rifabutin 150 mg cap	Tier 4	
ANTITUBERCULARS		
ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)	Tier 2	
isoniazid (100 mg tab, 300 mg tab, 50 mg/5ml syrup)	Tier 2	
PRETOMANID 200 MG TAB	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
pyrazinamide 500 mg tab	Tier 2	
rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)	Tier 2	
rifampin 600 mg recon soln	Tier 4	
rifapentine 150 mg tab	Tier 4	
SIRTURO (100 MG TAB, 20 MG TAB)	Tier 5	PA
TRECATOR 250 MG TAB	Tier 4	

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ALKYLATING AGENTS		
CYCLOPHOSPHAMIDE (25 MG CAP, 25 MG TAB, 50 MG CAP, 50 MG TAB)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
LEUKERAN 2 MG TAB	Tier 4	
lomustine (10 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	

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

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
lomustine 100 mg cap	Tier 5	
MATULANE 50 MG CAP	Tier 5	LA
ANTIANDROGENS		
abiraterone acetate 250 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
abiraterone acetate 500 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
abirtega 250 mg tab	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bicalutamide 50 mg tab	Tier 2	
ERLEADA 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERLEADA 60 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EULEXIN 125 MG CAP	Tier 3	
nilutamide 150 mg tab	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
NUBEQA 300 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 345 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 86 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
XTANDI 80 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIANGIOGENIC AGENTS		
lenalidomide (10 mg cap, 15 mg cap, 2.5 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
pomalidomide (1 mg cap, 2 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
POMALYST (1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 100 MG CAP	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 50 MG CAP	Tier 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIESTROGENS/MODIFIERS		
fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr	Tier 5	
INLURIYO 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
toremifene citrate 60 mg tab	Tier 4	
VEPPANU (100 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ANTIMETABOLITES		
mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
mercaptopurine 50 mg tab	Tier 2	
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	QL (14 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABLOID 40 MG TAB	Tier 3	
ANTINEOPLASTICS, OTHER		
AKEEGA (100-500 MG TAB, 50-500 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 160 MG CAP	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 40 MG CAP	Tier 5	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI PEN 500 MCG/0.5ML SOLN PEN	Tier 5	LA, QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 1 MG CAP	Tier 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 5 MG CAP	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
hydroxyurea 500 mg cap	Tier 2	
INQOVI 35-100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (5 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IWILFIN 192 MG TAB	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
LEDERLE LEUCOVORIN 5 MG TAB	Tier 2	
leucovorin calcium (10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
leucovorin calcium (100 mg recon soln, 350 mg recon soln)	Tier 4	
LONSURF 15-6.14 MG TAB	Tier 5	LA, QL (100 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LONSURF 20-8.19 MG TAB	Tier 5	LA, QL (80 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYSODREN 500 MG TAB	Tier 5	
MODEYSO 125 MG CAP	Tier 5	LA, QL (20 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
QINLOCK 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
WELIREG 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZENBEXUS (0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	Tier 5	QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZOLINZA 100 MG CAP	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AROMATASE INHIBITORS, 3RD GENERATION		
anastrozole 1 mg tab	Tier 1	
exemestane 25 mg tab	Tier 4	
letrozole 2.5 mg tab	Tier 2	

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

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ENZYME INHIBITORS		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 0.8 & 200 MG THER PACK	Tier 5	LA, QL (66 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 80 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MOLECULAR TARGET INHIBITORS		
ALECENSA 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG (180 MG TAB, 90 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 30 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AYVAKIT (100 MG TAB, 200 MG TAB, 25 MG TAB, 300 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 3 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 4 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
BALVERSA 5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG CAP	Tier 5	QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 50 MG CAP	Tier 5	QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 500 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bosutinib (400 mg tab, 500 mg tab)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bosutinib 100 mg tab	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRAFTOVI 75 MG CAP	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 160 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 80 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALQUENCE 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
CAPRELSA 300 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAVHANZA (60 MG TAB DISP, 80 MG TAB DISP)	Tier 5	LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 MG KIT	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 MG & 80 MG KIT	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 MG KIT	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (56 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COTELLIC 20 MG TAB	Tier 5	LA, QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
dasatinib (20 mg tab, 50 mg tab)	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERIVEDGE 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
erlotinib hcl 25 mg tab	Tier 3	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (10 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (2 mg tab sol, 3 mg tab sol, 5 mg tab sol)	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FOTIVDA (0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GAVRETO 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
gefitinib 250 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 1 MG CAP	Tier 5	LA, QL (126 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 1 MG TAB SOL	Tier 5	LA, QL (168 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 2 MG CAP	Tier 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
HERNEXEOS 60 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
HYRNUO 10 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE (100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB, 75 MG CAP, 75 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBTROZI 200 MG CAP	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IDHIFA (100 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
imatinib mesylate 100 mg tab	Tier 3	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
imatinib mesylate 400 mg tab	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (140 MG CAP, 140 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (280 MG TAB, 420 MG TAB, 70 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	LA, QL (216 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 1 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
INLYTA 5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INREBIC 100 MG CAP	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 3 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 9 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H, 33 MG TAB ER 24H, 44 MG TAB ER 24H, 55 MG TAB ER 24H)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JIDEYTRO 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JIDEYTRO 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (200 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (400 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (42 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
KISQALI (600 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOMZIFTI 200 MG CAP	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 10 MG CAP	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 5 MG CAP SPRINK	Tier 5	QL (600 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 7.5 MG CAP SPRINK	Tier 5	QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KRAZATI 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
lapatinib ditosylate 250 mg tab	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 10 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LIFYORLI (125 MG DOSE) 1 X 25 MG & 1 X 100 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (18 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LIFYORLI (150 MG DOSE) 2 X 25 MG & 1 X 100 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (27 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 120 MG TAB	Tier 5	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 240 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 320 MG TAB	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (140 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	Tier 5	LA, QL (1200 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 2 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKTOVI 15 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NERLYNX 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
nilotinib hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NINLARO (2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	Tier 5	QL (3 PER 21 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ODOMZO 200 MG CAP	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 150 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP	Tier 5	LA, QL (96 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
pazopanib hcl 200 mg tab	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PAZOPANIB HCL 400 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEMAZYRE (13.5 MG TAB, 4.5 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & 50 MG TAB THPK	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 MG TAB THPK	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO (120 MG TAB, 160 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG TAB	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 110 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 160 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZLIDHIA 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ROMVIMZA (14 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 100 MG CAP	Tier 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 200 MG CAP	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 50 MG PACKET	Tier 5	QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RYDAPT 25 MG CAP	Tier 5	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 20 MG TAB	Tier 5	QL (600 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 40 MG TAB	Tier 5	QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sorafenib tosylate 200 mg tab	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
STIVARGA 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate 12.5 mg cap	Tier 5	QL (210 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
sunitinib malate 25 mg cap	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	Tier 5	LA, QL (900 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAGRISSO (40 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA 0.25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAZVERIK 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TEPMETKO 225 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TIBSOVO 250 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRUQAP (160 MG TAB, 160 MG TAB THPK, 200 MG TAB, 200 MG TAB THPK)	Tier 5	LA, QL (64 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TUKYSA (150 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TURALIO 125 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
VANFLYTA 17.7 MG TAB	Tier 5	LA, QL (28 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 26.5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 10 MG TAB	Tier 3	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 50 MG TAB	Tier 4	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (84 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 10 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
XALKORI (200 MG CAP, 250 MG CAP, 50 MG CAP SPRINK)	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 20 MG CAP SPRINK	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XOSPATA 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 10 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (16 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 80 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (32 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ZEJULA (100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZELBORAF 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYDELIG (100 MG TAB, 150 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYKADIA 150 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETINOIDS		
bexarotene 1 % gel	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bexarotene 75 mg cap	Tier 3	QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PANRETIN 0.1 % GEL	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
tretinoin 10 mg cap	Tier 5	
TREATMENT ADJUNCTS		
mesna 400 mg tab	Tier 4	
VONJO 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTIPARASITICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ANTHELMINTHICS		
albendazole 200 mg tab	Tier 4	
ivermectin 3 mg tab	Tier 2	
praziquantel 600 mg tab	Tier 3	
ANTIPROTOZOALS		
atovaquone 750 mg/5ml suspension	Tier 4	PA
atovaquone-proguanil hcl (250-100 mg tab, 62.5-25 mg tab)	Tier 2	
BENZNIDAZOLE 100 MG TAB	Tier 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB	Tier 4	QL (720 PER 365 OVER TIME)
chloroquine phosphate (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	QL (25 PER 30 DAYS)
COARTEM 20-120 MG TAB	Tier 4	QL (24 PER 2 OVER TIME)
hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
IMPAVIDO 50 MG CAP	Tier 5	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
mefloquine hcl 250 mg tab	Tier 2	
nitazoxanide 500 mg tab	Tier 5	PA, QL (6 PER 3 OVER TIME)
pentamidine isethionate 300 mg recon soln	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
pentamidine isethionate 300 mg recon soln	Tier 3	

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

ANTIPARASITICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
primaquine phosphate 26.3 (15 base) mg tab	Tier 2	
pyrimethamine 25 mg tab	Tier 5	PA
quinine sulfate 324 mg cap	Tier 3	PA, QL (180 PER 30 DAYS)

ANTIPARKINSON AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ANTICHOLINERGICS		
benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 2	
benztropine mesylate 1 mg/ml solution	Tier 4	
trihexyphenidyl hcl (0.4 mg/ml solution, 2 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
ANTIPARKINSON AGENTS, OTHER		
amantadine hcl (100 mg cap, 100 mg tab, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)	Tier 2	
carbidopa-levodopa-entacapone (12.5-50-200 mg tab, 18.75-75-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab)	Tier 4	
entacapone 200 mg tab	Tier 4	QL (240 PER 30 DAYS)
DOPAMINE AGONISTS		
bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)	Tier 4	

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

ANTIPARKINSON AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)	Tier 2	
ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
ropinirole hcl er (2 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h, 6 mg tab er 24h)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
ropinirole hcl er 12 mg tab er 24h	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
ropinirole hcl er 8 mg tab er 24h	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
DOPAMINE PRECURSORS AND/OR L-AMINO ACID DECARBOXYLASE INHIBITORS		
carbidopa 25 mg tab	Tier 4	
carbidopa-levodopa (10-100 mg tab disp, 25-100 mg tab disp, 25-250 mg tab disp)	Tier 4	
carbidopa-levodopa (10-100 mg tab, 25-100 mg tab, 25-250 mg tab)	Tier 2	
carbidopa-levodopa er (25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er)	Tier 2	
MONOAMINE OXIDASE B (MAO-B) INHIBITORS		
rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)	Tier 2	

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

ANTIPSYCHOTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
1ST GENERATION/TYPICAL		
chlorpromazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 100 mg/ml conc, 200 mg tab, 25 mg tab, 25 mg/ml solution, 30 mg/ml conc, 50 mg tab, 50 mg/2ml solution)	Tier 4	
fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution	Tier 4	
fluphenazine hcl (1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 2.5 mg/5ml elixir, 2.5 mg/ml solution, 5 mg tab, 5 mg/ml conc)	Tier 4	
haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
haloperidol decanoate (100 mg/ml solution, 50 mg/ml solution)	Tier 3	
haloperidol lactate 2 mg/ml conc	Tier 3	
haloperidol lactate 5 mg/ml solution	Tier 2	
loxapine succinate (10 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	
MOLINDONE HCL 10 MG TAB	Tier 4	QL (240 PER 30 DAYS)
MOLINDONE HCL 25 MG TAB	Tier 4	QL (270 PER 30 DAYS)
MOLINDONE HCL 5 MG TAB	Tier 4	QL (360 PER 30 DAYS)
pimozide (1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 3	
thioridazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
thiothixene (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	Tier 3	
trifluoperazine hcl (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	

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

ANTIPSYCHOTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
2ND GENERATION/ATYPICAL		
ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
aripiprazole (10 mg tab disp, 15 mg tab disp)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
aripiprazole 1 mg/ml solution	Tier 4	QL (750 PER 30 DAYS)
aripiprazole 2 mg tab	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
aripiprazole 5 mg tab	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
asenapine maleate (10 mg sl tab, 2.5 mg sl tab, 5 mg sl tab)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI (1 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK A 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB THPK	Tier 5	QL (16 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TAB THPK	Tier 5	QL (24 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK C 1 & 2 & 6 MG TAB THPK	Tier 5	QL (16 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERZOFRI 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 156 MG/ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

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

ANTIPSYCHOTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ERZOFRI 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 351 MG/2.25ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (4.5 ML PER 365 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT (10 MG TAB, 12 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK A 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TAB	Tier 4	QL (12 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK C 1 & 2 & 6 MG TAB	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (3.5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

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

ANTIPSYCHOTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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
lurasidone hcl (120 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
lurasidone hcl 80 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
olanzapine (10 mg recon soln, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 20 mg tab disp, 5 mg tab disp)	Tier 4	
olanzapine (10 mg tab, 15 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 2	
OPIPZA (10 MG FILM, 5 MG FILM)	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTIPSYCHOTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
OPIPZA 2 MG FILM	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
paliperidone er (1.5 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 9 mg tab er 24h)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
paliperidone er 6 mg tab er 24h	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PERSERIS (120 MG PRSYR, 90 MG PRSYR)	Tier 5	QL (1 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
quetiapine fumarate (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
quetiapine fumarate er (150 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 400 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)	Tier 4	
REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
risperidone (0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp, 3 mg tab disp, 4 mg tab disp)	Tier 4	
risperidone (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab)	Tier 2	
risperidone 1 mg/ml solution	Tier 3	
risperidone microspheres er (12.5 mg srer, 25 mg srer)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
risperidone microspheres er (37.5 mg srer, 50 mg srer)	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
SECUADO (3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTIPSYCHOTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
VRAYLAR (0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
WELTRUZA (318 MG SRER, 425 MG SRER, 531 MG SRER)	Tier 5	QL (1 VIAL PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)	Tier 3	
ziprasidone mesylate 20 mg recon soln	Tier 4	
ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ANTIPSYCHOTICS, OTHER		
COBENFY (100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP, 50-20 MG CAP)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COBENFY STARTER PACK 50-20 & 100-20 MG CAP THPK	Tier 5	QL (112 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TREATMENT-RESISTANT		
clozapine (100 mg tab disp, 12.5 mg tab disp, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp, 25 mg tab disp)	Tier 4	
clozapine (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (540 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTISPASTICITY AGENTS

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

ANTISPASTICITY AGENTS		
baclofen (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	

ANTISPASTICITY AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
baclofen 15 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
baclofen 5 mg tab	Tier 2	QL (480 PER 30 DAYS)
dantrolene sodium (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 4	
tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)	Tier 2	

ANTIVIRALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ANTI-CYTOMEGALOVIRUS (CMV) AGENTS		
LIVTENCITY 200 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
PREVYMIS (120 MG PACKET, 20 MG PACKET)	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
PREVYMIS (240 MG TAB, 480 MG TAB)	Tier 5	QL (200 PER 365 OVER TIME)
valganciclovir hcl 450 mg tab	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln	Tier 4	QL (540 PER 30 DAYS)
ANTI-HEPATITIS B (HBV) AGENTS		
adefovir dipivoxil 10 mg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (630 PER 30 DAYS)
entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)

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

ANTIVIRALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
lamivudine 100 mg tab	Tier 3	
ANTI-HEPATITIS C (HCV) AGENTS		
MAVYRET 100-40 MG TAB	Tier 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
MAVYRET 50-20 MG PACKET	Tier 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
RIBAVIRIN (200 MG CAP, 200 MG TAB)	Tier 2	
ribavirin 6 gm recon soln	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, INTEGRASE INHIBITORS (INSTI)		
BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
BIXLENVO 75-50 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	Tier 5	QL (180 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	Tier 3	QL (180 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
ISENTRESS HD 600 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
raltegravir potassium 400 mg tab	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
raltegravir potassium 600 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
TIVICAY 50 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)

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

ANTIVIRALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ANTI-HIV AGENTS, NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NNRTI)		
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
EDURANT PED 2.5 MG TAB SOL	Tier 5	QL (180 PER 30 DAYS)
efavirenz 600 mg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
efavirenz-lamivudine-tenofovir (400-300-300 mg tab, 600-300-300 mg tab)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
emtricitab-rilpivir-tenofov df 200-25-300 mg tab	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
etravirine 100 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
etravirine 200 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	Tier 4	QL (360 PER 30 DAYS)
nevirapine 200 mg tab	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	QL (1200 PER 30 DAYS)
nevirapine er 400 mg tab er 24h	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
PIFELTRO 100 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
rilpivirine hcl 25 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, NUCLEOSIDE AND NUCLEOTIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NRTI)		
abacavir sulfate 20 mg/ml solution	Tier 4	QL (900 PER 30 DAYS)
abacavir sulfate 300 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
CIMDUO 300-300 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)

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

ANTIVIRALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
emtricitabine 200 mg cap	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (720 PER 30 DAYS)
lamivudine (10 mg/ml solution, 300 mg/30ml solution)	Tier 3	QL (900 PER 30 DAYS)
lamivudine 150 mg tab	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
lamivudine 300 mg tab	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
VIREAD (200 MG TAB, 250 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
VIREAD 150 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
VIREAD 40 MG/GM POWDER	Tier 4	QL (240 PER 30 DAYS)
zidovudine 100 mg cap	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
zidovudine 300 mg tab	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
zidovudine 50 mg/5ml syrup	Tier 2	QL (1800 PER 30 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, OTHER		
BIXLENVO SUNLENCA STARTER PACK 75-50 & 4 X 300 MG TAB THPK	Tier 5	QL (68 PER 365 OVER TIME)
CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP	Tier 5	QL (4 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	Tier 5	QL (6 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

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

ANTIVIRALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
IDVYNSO 100-0.25 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
maraviroc 150 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
maraviroc 300 mg tab	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (1800 PER 30 DAYS)
SUNLENCA 300 MG TAB	Tier 5	LA, QL (24 PER 168 OVER TIME)
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	Tier 5	QL (4 PER 180 OVER TIME)
SUNLENCA 463.5 MG/1.5ML SOLUTION	Tier 5	QL (3 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	Tier 5	QL (5 PER 180 OVER TIME)
TYBOST 150 MG TAB	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, PROTEASE INHIBITORS (PI)		
APTIVUS 250 MG CAP	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
atazanavir sulfate 300 mg cap	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
darunavir 600 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
darunavir 800 mg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
fosamprenavir calcium 700 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
KALETRA 400-100 MG/5ML SOLUTION	Tier 4	QL (390 PER 30 DAYS)
lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab	Tier 4	QL (300 PER 30 DAYS)
lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)

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

ANTIVIRALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
NORVIR 100 MG PACKET	Tier 4	QL (360 PER 30 DAYS)
PREZCOBIX (675-150 MG TAB, 800-150 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
PREZCOBIX PED 600-90 MG TAB SOL	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (360 PER 30 DAYS)
PREZISTA 150 MG TAB	Tier 3	QL (240 PER 30 DAYS)
PREZISTA 75 MG TAB	Tier 3	QL (300 PER 30 DAYS)
REYATAZ 50 MG PACKET	Tier 5	QL (240 PER 30 DAYS)
ritonavir 100 mg tab	Tier 3	QL (360 PER 30 DAYS)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TAB	Tier 5	QL (270 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
ANTI-INFLUENZA AGENTS		
oseltamivir phosphate 30 mg cap	Tier 3	QL (120 PER 180 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 45 mg cap	Tier 3	QL (42 PER 180 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp	Tier 3	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 75 mg cap	Tier 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RIMANTADINE HCL 100 MG TAB	Tier 4	
XOFLUZA (40 MG DOSE) 1 X 40 MG TAB THPK	Tier 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
XOFLUZA (80 MG DOSE) 1 X 80 MG TAB THPK	Tier 4	QL (1 PER 30 OVER TIME)

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

ANTIVIRALS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ANTIHERPETIC AGENTS		
acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)	Tier 2	
acyclovir (200 mg/5ml suspension, 800 mg/20ml suspension)	Tier 4	
acyclovir sodium 50 mg/ml solution	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	
valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)	Tier 2	
ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS		
LAGEVRIO 200 MG CAP	Tier 5	QL (40 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (150/100) 10 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	Tier 2	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100 & 150/100) 6 X 150 MG & 5 X 100MG TAB THPK	Tier 2	QL (11 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100) 20 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	Tier 2	QL (30 PER 30 OVER TIME)

ANXIOLYTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ANXIOLYTICS, OTHER		
buspirone hcl (10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 2	

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

ANXIOLYTICS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
BENZODIAZEPINES		
alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
alprazolam 2 mg tab	Tier 2	QL (150 PER 30 DAYS)
clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp)	Tier 3	QL (1200 PER 30 DAYS)
clonazepam 0.5 mg tab	Tier 2	QL (1200 PER 30 DAYS)
clonazepam 1 mg tab	Tier 2	QL (600 PER 30 DAYS)
clonazepam 1 mg tab disp	Tier 3	QL (600 PER 30 DAYS)
clonazepam 2 mg tab	Tier 2	QL (300 PER 30 DAYS)
clonazepam 2 mg tab disp	Tier 3	QL (300 PER 30 DAYS)
clorazepate dipotassium 15 mg tab	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
clorazepate dipotassium 3.75 mg tab	Tier 4	QL (720 PER 30 DAYS)
clorazepate dipotassium 7.5 mg tab	Tier 4	QL (360 PER 30 DAYS)
diazepam (5 mg tab, 5 mg/ml conc)	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
diazepam 10 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
diazepam 2 mg tab	Tier 2	QL (900 PER 30 DAYS)
diazepam 5 mg/5ml solution	Tier 2	QL (1800 PER 30 DAYS)
diazepam intensol 5 mg/ml conc	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
lorazepam 0.5 mg tab	Tier 2	QL (600 PER 30 DAYS)
lorazepam 1 mg tab	Tier 2	QL (300 PER 30 DAYS)
lorazepam 2 mg tab	Tier 2	QL (150 PER 30 DAYS)
lorazepam 2 mg/ml conc	Tier 3	QL (150 PER 30 DAYS)
lorazepam intensol 2 mg/ml conc	Tier 3	QL (150 PER 30 DAYS)

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

BIPOLAR AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
MOOD STABILIZERS		
lithium 8 meq/5ml solution	Tier 2	
lithium carbonate (150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg cap)	Tier 2	
lithium carbonate er (300 mg tab er, 450 mg tab er)	Tier 2	

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ANTIDIABETIC AGENTS		
acarbose (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
dapagliflozin base-metformin er (10-1000 mg tab er 24h, 10-500 mg tab er 24h, 5-500 mg tab er 24h)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
dapagliflozin base-metformin er 5-1000 mg tab er 24h	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	Tier 1	
glipizide (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
glipizide er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	Tier 1	
glipizide xl (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	Tier 1	
glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)	Tier 1	

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

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)	Tier 1	
glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)	Tier 1	
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
JENTADUETO (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 2.5-850 MG TAB)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB, 40 MG TAB)	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
metformin hcl (1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab)	Tier 1	
metformin hcl er (500 mg tab er 24h, 750 mg tab er 24h)	Tier 1	
MOUNJARO (10 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 12.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 15 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 2.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 7.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
nateglinide (120 mg tab, 60 mg tab)	Tier 1	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 4 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (1.5 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

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

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)	Tier 1	
pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)	Tier 1	QL (30 PER 30 DAYS)
pioglitazone hcl-metformin hcl (15-500 mg tab, 15-850 mg tab)	Tier 1	
repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 1	
RYBELSUS (14 MG TAB, 3 MG TAB, 7 MG TAB)	Tier 3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
sitaglip phos-metformin hcl er (100-1000 mg tab er 24h, 50-500 mg tab er 24h)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
sitaglip phos-metformin hcl er 50-1000 mg tab er 24h	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
sitagliptin phos-metformin hcl (50-1000 mg tab, 50-500 mg tab)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
sitagliptin phosphate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
SYNJARDY (12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB, 5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
SYNJARDY XR (10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRADJENTA 5 MG TAB	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRULICITY (0.75 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 3 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 4.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
XIGDUO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)

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

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
GLYCEMIC AGENTS		
BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	Tier 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	Tier 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
diazoxide 50 mg/ml suspension	Tier 5	
glucagon emergency (1 mg recon soln, 1 mg/ml recon soln)	Tier 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
INSULINS		
HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART	Tier 3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	Tier 3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN (50-50) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	
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

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

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 500 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	QL (40 PER 30 DAYS)
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (45 PER 30 DAYS)
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
NOVOLIN R FLEXPEN RELION 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (18 PER 28 DAYS)
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (18 PER 28 DAYS)
TRESIBA 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (27 PER 30 DAYS)

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

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ANTICOAGULANTS		
dabigatran etexilate mesylate (110 mg cap, 150 mg cap, 75 mg cap)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS (0.15 MG CAP SPRINK, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS (1.5 MG PACK) 3 X 0.5 MG TAB SOL	Tier 3	QL (360 PER 30 DAYS)
ELIQUIS (2 MG PACK) 4 X 0.5 MG TAB SOL	Tier 3	QL (480 PER 30 DAYS)
ELIQUIS 0.5 MG TAB SOL	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	Tier 3	QL (74 PER 180 OVER TIME)
enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsyr, 150 mg/ml soln prsyr, 300 mg/3ml solution)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium (120 mg/0.8ml soln prsyr, 80 mg/0.8ml soln prsyr)	Tier 4	QL (48 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsyr	Tier 4	QL (18 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsyr	Tier 4	QL (24 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsyr	Tier 4	QL (36 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution	Tier 5	QL (24 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution	Tier 4	QL (15 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution	Tier 5	QL (12 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution	Tier 4	QL (18 PER 30 DAYS)

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

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
heparin sodium (porcine) (1000 unit/ml solution, 10000 unit/ml solution, 20000 unit/ml solution, 5000 unit/ml solution)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
jantoven (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 1	
rivaroxaban 1 mg/ml recon susp	Tier 3	QL (600 PER 30 DAYS)
rivaroxaban 2.5 mg tab	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
warfarin sodium (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 1	
XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	Tier 3	QL (51 PER 180 OVER TIME)
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS, OTHER		
anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)	Tier 3	
ARANESP (ALBUMIN FREE) (10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, 25 MCG/ML SOLUTION, 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR, 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MCG/ML SOLUTION, 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 60 MCG/ML SOLUTION)	Tier 4	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) (100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 100 MCG/ML SOLUTION, 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 200 MCG/ML SOLUTION)	Tier 5	PA

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

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ARANESP (ALBUMIN FREE) 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA
eltrombopag olamine (12.5 mg packet, 12.5 mg tab)	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
eltrombopag olamine (25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
eltrombopag olamine 25 mg packet	Tier 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
eltrombopag olamine 75 mg tab	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
FULPHILA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA
LEUKINE 250 MCG RECON SOLN	Tier 5	PA
NIVESTYM (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION)	Tier 5	PA
RETACRIT (10000 UNIT/ML SOLUTION, 2000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION)	Tier 4	PA
UDENYCA (6 MG/0.6ML SOLN A-INJ, 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
HEMOSTASIS AGENTS		
tranexamic acid 650 mg tab	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
PLATELET MODIFYING AGENTS		
aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap er 12h	Tier 4	

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

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
cilostazol (100 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
clopidogrel bisulfate 75 mg tab	Tier 1	QL (30 PER 30 DAYS)
dipyridamole (25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 3	
prasugrel hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ticagrelor (60 mg tab, 90 mg tab)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)

CARDIOVASCULAR AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS		
clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)	Tier 3	
clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)	Tier 1	
droxidopa 100 mg cap	Tier 4	PA, QL (540 PER 30 DAYS)
droxidopa 200 mg cap	Tier 4	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
droxidopa 300 mg cap	Tier 4	PA, QL (84 PER 90 OVER TIME)
guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 2	
METHYLDOPA (250 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 2	
midodrine hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 3	

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	Tier 2	
prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	Tier 2	
terazosin hcl (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	Tier 1	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
candesartan cilexetil (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	Tier 1	
irbesartan (150 mg tab, 300 mg tab, 75 mg tab)	Tier 1	
losartan potassium (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
olmesartan medoxomil (20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 1	
valsartan (160 mg tab, 320 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 1	
ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME (ACE) INHIBITORS		
benazepril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
captopril (100 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
enalapril maleate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	Tier 1	
lisinopril (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
moexipril hcl (15 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 1	

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
PERINDOPRIL ERBUMINE (2 MG TAB, 4 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 1	
quinapril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
ramipril (1.25 mg cap, 10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)	Tier 1	
trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	Tier 1	
ANTIARRHYTHMICS		
amiodarone hcl (100 mg tab, 400 mg tab)	Tier 4	
amiodarone hcl 200 mg tab	Tier 2	
digox 125 mcg tab	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)	Tier 4	
flecainide acetate (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)	Tier 2	
MULTAQ 400 MG TAB	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
pacerone (100 mg tab, 400 mg tab)	Tier 4	
pacerone 200 mg tab	Tier 2	
propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)	Tier 2	
QUINIDINE SULFATE (200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 2	
sotalol hcl (120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab)	Tier 2	
sotalol hcl (af) (120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab)	Tier 2	

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)	Tier 2	
atenolol (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
bisoprolol fumarate (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
carvedilol (12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab)	Tier 1	
labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)	Tier 2	
metoprolol succinate er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)	Tier 1	
metoprolol tartrate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 2	
nebivolol hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 3	
pindolol (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)	Tier 2	
PROPRANOLOL HCL (20 MG/5ML SOLUTION, 40 MG/5ML SOLUTION)	Tier 3	
propranolol hcl er (120 mg cap er 24h, 160 mg cap er 24h, 60 mg cap er 24h, 80 mg cap er 24h)	Tier 2	
timolol maleate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, DIHYDROPYRIDINES		
amlodipine besylate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
felodipine er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	Tier 2	
isradipine (2.5 mg cap, 5 mg cap)	Tier 3	
nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)	Tier 2	
nifedipine er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)	Tier 2	
nifedipine er osmotic release (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)	Tier 2	
nimodipine 30 mg cap	Tier 4	
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, NONDIHYDROPYRIDINES		
cartia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h)	Tier 2	
dilt-xr (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h)	Tier 2	
diltiazem hcl (120 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)	Tier 2	
diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	
diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	
diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	
diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	
diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
diltiazem hcl er (120 mg cap er 12h, 120 mg cap er 24h, 120 mg tab er 24h, 180 mg cap er 24h, 180 mg tab er 24h, 240 mg cap er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h, 60 mg cap er 12h, 90 mg cap er 12h)	Tier 2	
diltiazem hcl er beads 420 mg cap er 24h	Tier 2	
matzim la (180 mg tab er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h)	Tier 2	
tiadylt er (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h, 420 mg cap er 24h)	Tier 2	
verapamil hcl (120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 1	
VERAPAMIL HCL ER (100 MG CAP ER 24H, 200 MG CAP ER 24H, 300 MG CAP ER 24H, 360 MG CAP ER 24H)	Tier 4	
verapamil hcl er (120 mg cap er 24h, 120 mg tab er, 180 mg cap er 24h, 180 mg tab er, 240 mg cap er 24h, 240 mg tab er)	Tier 2	
CARDIOVASCULAR AGENTS, OTHER		
acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)	Tier 2	
aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)	Tier 4	
amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab	Tier 2	
amlodipine besy-benazepril hcl (10-20 mg cap, 10-40 mg cap, 2.5-10 mg cap, 5-10 mg cap, 5-20 mg cap, 5-40 mg cap)	Tier 1	

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
amlodipine besylate-valsartan (10-160 mg tab, 10-320 mg tab, 5-160 mg tab, 5-320 mg tab)	Tier 1	
amlodipine-atorvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab, 2.5-10 mg tab, 2.5-20 mg tab, 2.5-40 mg tab, 5-10 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 5-80 mg tab)	Tier 3	
amlodipine-olmesartan (10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab)	Tier 1	
amlodipine-valsartan-hctz (10-160-12.5 mg tab, 10-160-25 mg tab, 10-320-25 mg tab, 5-160-12.5 mg tab, 5-160-25 mg tab)	Tier 1	
atenolol-chlorthalidone (100-25 mg tab, 50-25 mg tab)	Tier 1	
benazepril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab, 5-6.25 mg tab)	Tier 1	
bisoprolol-hydrochlorothiazide (10-6.25 mg tab, 2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab)	Tier 2	
candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)	Tier 1	
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE (25-15 MG TAB, 25-25 MG TAB, 50-15 MG TAB, 50-25 MG TAB)	Tier 1	
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	Tier 4	PA, QL (600 PER 30 DAYS)
enalapril-hydrochlorothiazide (10-25 mg tab, 5-12.5 mg tab)	Tier 1	
fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)	Tier 1	

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)	Tier 1	
ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	Tier 1	
losartan potassium-hctz (100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab)	Tier 1	
metoprolol-hydrochlorothiazide (100-25 mg tab, 100-50 mg tab, 50-25 mg tab)	Tier 2	
metyrosine 250 mg cap	Tier 5	
olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)	Tier 1	
olmesartan-amlodipine-hctz (20-5-12.5 mg tab, 40-10-12.5 mg tab, 40-10-25 mg tab, 40-5-12.5 mg tab, 40-5-25 mg tab)	Tier 1	
pentoxifylline er 400 mg tab er	Tier 2	
quinapril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	Tier 1	
ranolazine er (1000 mg tab er 12h, 500 mg tab er 12h)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
sacubitril-valsartan (49-51 mg tab, 97-103 mg tab)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
sacubitril-valsartan 24-26 mg tab	Tier 3	QL (180 PER 30 DAYS)
spironolactone-hctz 25-25 mg tab	Tier 2	
telmisartan-amlodipine (40-10 mg tab, 40-5 mg tab, 80-10 mg tab, 80-5 mg tab)	Tier 1	
telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)	Tier 1	

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER (1-240 MG TAB ER, 2-180 MG TAB ER, 2-240 MG TAB ER, 4-240 MG TAB ER)	Tier 1	
triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)	Tier 1	
valsartan-hydrochlorothiazide (160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab, 80-12.5 mg tab)	Tier 1	
VERQUVO (10 MG TAB, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
WEGOVY (0.25 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 0.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS), NDS
WEGOVY (1.5 MG TAB, 25 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
WEGOVY (1.7 MG/0.75ML SOLN A-INJ, 2.4 MG/0.75ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS), NDS
DIURETICS, LOOP		
bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 2	
bumetanide 0.25 mg/ml solution	Tier 4	
FUROSEMIDE (10 MG/ML SOLUTION, 20 MG TAB, 40 MG TAB, 8 MG/ML SOLUTION, 80 MG TAB)	Tier 1	
furosemide 10 mg/ml solution	Tier 4	
torsemide (10 mg tab, 100 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
DIURETICS, POTASSIUM-SPARING		
amiloride hcl 5 mg tab	Tier 2	
eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 3	
spironolactone (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
DIURETICS, THIAZIDE		
chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)	Tier 1	
metolazone (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
DYSLIPIDEMICS, FIBRIC ACID DERIVATIVES		
fenofibrate (134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab, 200 mg cap, 48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap)	Tier 2	
fenofibrate micronized (130 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap, 43 mg cap, 67 mg cap)	Tier 2	
fenofibric acid (135 mg cap dr, 45 mg cap dr)	Tier 3	
gemfibrozil 600 mg tab	Tier 2	
DYSLIPIDEMICS, HMG COA REDUCTASE INHIBITORS		
atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 1	
fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)	Tier 1	
fluvastatin sodium er 80 mg tab er 24h	Tier 2	
lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	Tier 1	
pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 1	
rosuvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
simvastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab)	Tier 1	

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
DYSLIPIDEMICS, OTHER		
cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	Tier 3	
cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	Tier 2	
colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)	Tier 4	
colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)	Tier 3	
colestipol hcl 1 gm tab	Tier 2	
ezetimibe 10 mg tab	Tier 2	
ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)	Tier 2	
icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 500 MG TAB	Tier 4	
niacin er (antihyperlipidemic) (1000 mg tab er, 750 mg tab er)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab er	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
NIACOR 500 MG TAB	Tier 4	
omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	Tier 3	
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	Tier 3	PA
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 3	PA

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)		
dapagliflozin (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
FARXIGA (10 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 3	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL		
hydralazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
minoxidil (10 mg tab, 2.5 mg tab)	Tier 2	
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS		
isosorbide dinitrate (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
isosorbide mononitrate er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h)	Tier 1	
isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24h	Tier 2	
nitro-bid 2 % ointment	Tier 3	
nitroglycerin (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.3 mg sl tab, 0.4 mg sl tab, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg sl tab, 0.6 mg/hr patch 24hr)	Tier 2	
nitroglycerin 0.4 % ointment	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
nitroglycerin 2 % ointment	Tier 3	

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

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, AMPHETAMINES		
amphetamine-dextroamphet er (10 mg cap er 24h, 15 mg cap er 24h, 20 mg cap er 24h, 25 mg cap er 24h, 30 mg cap er 24h, 5 mg cap er 24h)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine (10 mg tab, 15 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab	Tier 2	QL (150 PER 30 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 15 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 20 mg tab	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 30 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, NON-AMPHETAMINES		
atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
atomoxetine hcl (100 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
atomoxetine hcl 40 mg cap	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
dexmethylphenidate hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
guanfacine hcl er (1 mg tab er 24h, 2 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)

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

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab)	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 10 mg chew tab	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 10 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 20 mg tab	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 5 mg tab	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl er 10 mg tab er	Tier 3	QL (180 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl er 20 mg tab er	Tier 3	QL (90 PER 30 DAYS)
CENTRAL NERVOUS SYSTEM, OTHER		
AUSTEDO (12 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
AUSTEDO 6 MG TAB	Tier 5	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR (12 MG TAB ER 24H, 18 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H, 36 MG TAB ER 24H, 42 MG TAB ER 24H, 48 MG TAB ER 24H, 6 MG TAB ER 24H)	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR 24 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 12 & 18 & 24 & 30 MG TBER THPK	Tier 5	PA, QL (28 PER 30 DAYS)
bac (butalbital-acetamin-caff) 50-325-40 mg tab	Tier 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg tab	Tier 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
riluzole 50 mg tab	Tier 3	
tetrabenazine 12.5 mg tab	Tier 4	PA, LA, QL (240 PER 30 DAYS)
tetrabenazine 25 mg tab	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)

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

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
VEOZAH 45 MG TAB	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
FIBROMYALGIA AGENTS		
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAP DR	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP DR	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 40 MG CAP DR	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 60 MG CAP DR	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
duloxetine hcl 20 mg cp dr part	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
duloxetine hcl 30 mg cp dr part	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
duloxetine hcl 40 mg cp dr part	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
duloxetine hcl 60 mg cp dr part	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
pregabalin (100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	Tier 3	QL (90 PER 30 DAYS)
pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
pregabalin 20 mg/ml solution	Tier 3	QL (900 PER 30 DAYS)
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS		
BETASERON 0.3 MG KIT	Tier 5	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
dalfampridine er 10 mg tab er 12h	Tier 3	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
dimethyl fumarate (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
fingolimod hcl 0.5 mg cap	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

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

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr	Tier 4	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
glatopa 20 mg/ml soln prsyr	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatopa 40 mg/ml soln prsyr	Tier 4	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
teriflunomide (14 mg tab, 7 mg tab)	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

DENTAL AND ORAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
DENTAL AND ORAL AGENTS		
cevimeline hcl 30 mg cap	Tier 4	
chlorhexidine gluconate 0.12 % solution	Tier 2	
kourzeq 0.1 % paste	Tier 3	
oralone 0.1 % paste	Tier 3	
periogard 0.12 % solution	Tier 2	
pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 3	
triamcinolone acetonide 0.1 % paste	Tier 3	

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

DERMATOLOGICAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ACNE AND ROSACEA AGENTS		
accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)	Tier 4	
amnesteem (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel	Tier 4	
claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
clindamycin phos-benzoyl perox 1.2-5 % gel	Tier 3	
isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion	Tier 3	
tazarotene (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.1 % cream, 0.1 % gel)	Tier 4	
tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.1 % cream)	Tier 4	PA
tretinoin 0.025 % cream	Tier 3	PA
zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
DERMATITIS AND PRURITUS AGENTS		
ala-cort 1 % cream	Tier 2	
alclometasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)	Tier 3	
ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)	Tier 2	
betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)	Tier 2	

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

DERMATOLOGICAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
betamethasone dipropionate aug (0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)	Tier 3	
betamethasone dipropionate aug 0.05 % cream	Tier 2	
betamethasone valerate (0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment)	Tier 2	
clobetasol prop emollient base 0.05 % cream	Tier 4	
clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % foam, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)	Tier 4	
clobetasol propionate 0.05 % liquid	Tier 4	QL (250 PER 30 DAYS)
desonide (0.05 % cream, 0.05 % ointment)	Tier 4	
desoximetasone 0.25 % cream	Tier 4	
EUCRISA 2 % OINTMENT	Tier 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)	Tier 3	
fluocinolone acetonide 0.01 % solution	Tier 4	
fluocinolone acetonide body 0.01 % oil	Tier 4	
fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil	Tier 4	
fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution, 0.1 % cream)	Tier 3	
fluocinonide emulsified base 0.05 % cream	Tier 3	
fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)	Tier 2	

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

DERMATOLOGICAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)	Tier 4	QL (200 PER 28 DAYS)
hydrocortisone (1 % cream, 1 % ointment, 2.5 % cream, 2.5 % lotion, 2.5 % ointment)	Tier 2	
hydrocortisone (perianal) (1 % cream, 2.5 % cream)	Tier 2	
hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment	Tier 4	
mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution)	Tier 2	
procto-med hc 2.5 % cream	Tier 2	
proctosol hc 2.5 % cream	Tier 2	
proctozone-hc 2.5 % cream	Tier 2	
selenium sulfide 2.5 % lotion	Tier 2	
tacrolimus (0.03 % ointment, 0.1 % ointment)	Tier 4	QL (100 PER 30 DAYS)
triamcinolone acetonide (0.025 % cream, 0.025 % lotion, 0.025 % ointment, 0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment, 0.5 % cream, 0.5 % ointment)	Tier 2	
triderm 0.5 % cream	Tier 2	
DERMATOLOGICAL AGENTS, OTHER		
alcohol wipes 70 % misc	Tier 2	
calcipotriene (0.005 % cream, 0.005 % ointment)	Tier 4	
calcipotriene 0.005 % solution	Tier 3	
calcitrene 0.005 % ointment	Tier 3	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream	Tier 2	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion	Tier 4	

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

DERMATOLOGICAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc	Tier 2	
fluorouracil (2 % solution, 5 % solution)	Tier 2	
fluorouracil 5 % cream	Tier 3	
imiquimod 5 % cream	Tier 2	QL (24 PER 30 DAYS)
isopropyl alcohol 70 % misc	Tier 2	
isopropyl alcohol wipes 70 % misc	Tier 2	
medpura alcohol pads 70 % misc	Tier 2	
METHOXSALEN RAPID 10 MG CAP	Tier 5	
nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)	Tier 4	
OTEZLA (20 MG TAB, 30 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
OTEZLA XR 75 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
podofilox 0.5 % solution	Tier 2	
qc alcohol 70 % misc	Tier 2	
ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc	Tier 2	
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
silver sulfadiazine 1 % cream	Tier 2	
ssd 1 % cream	Tier 2	
TOLAK 4 % CREAM	Tier 3	
VALCHLOR 0.016 % GEL	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEDICULICIDES/SCABICIDES		
malathion 0.5 % lotion	Tier 4	
permethrin 5 % cream	Tier 2	

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

DERMATOLOGICAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
TOPICAL ANTI-INFECTIVES		
acyclovir 5 % ointment	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ciclodan 8 % solution	Tier 2	
ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo)	Tier 4	
ciclopirox 8 % solution	Tier 2	
ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)	Tier 2	
clindamycin phos (once-daily) 1 % gel	Tier 2	
clindamycin phos (twice-daily) 1 % gel	Tier 2	
clindamycin phosphate (1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab)	Tier 2	
ERY 2 % PAD	Tier 3	
erythromycin 2 % gel	Tier 4	
erythromycin 2 % solution	Tier 2	
mupirocin 2 % ointment	Tier 2	

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ELECTROLYTE/MINERAL REPLACEMENT		
dextrose 10 % solution	Tier 4	
dextrose 5 % solution	Tier 3	
dextrose in lactated ringers 5 % solution	Tier 4	

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

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION	Tier 3	
dextrose-sodium chloride (10-0.2 % solution, 10-0.45 % solution, 2.5-0.45 % solution, 5-0.2 % solution, 5-0.225 % solution, 5-0.3 % solution, 5-0.33 % solution)	Tier 4	
dextrose-sodium chloride (5-0.45 % solution, 5-0.9 % solution)	Tier 3	
kcl in dextrose-nacl (20-5-0.2 meq/l-%-% solution, 20-5-0.225 meq/l-%-% solution, 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, 40-5-0.9 meq/l-%-% solution)	Tier 4	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	Tier 4	
klor-con 10 10 meq tab er	Tier 2	
klor-con 8 meq tab er	Tier 2	
klor-con m10 10 meq tab er	Tier 2	
klor-con m15 15 meq tab er	Tier 2	
klor-con m20 20 meq tab er	Tier 2	
lactated ringers solution	Tier 4	
magnesium sulfate 50 % solution	Tier 4	
PNV 27-CA/FE/FA 60-1 MG TAB	Tier 3	
potassium chloride (10 % solution, 10 meq/100ml solution, 2 meq/ml solution, 20 meq/100ml solution, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/15ml (20%) solution)	Tier 4	
potassium chloride crys er (10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er)	Tier 2	

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

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
potassium chloride er (10 meq cap er, 10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er, 8 meq cap er, 8 meq tab er)	Tier 2	
potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution	Tier 4	
potassium chloride in nacl (20-0.9 meq/l-% solution, 40-0.9 meq/l-% solution)	Tier 4	
potassium citrate er (10 meq (1080 mg) tab er, 15 meq (1620 mg) tab er, 5 meq (540 mg) tab er)	Tier 3	
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 20 MEQ/L SOLUTION	Tier 4	
PREMASOL 10 % SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
prenatal vitamins	Tier 3	
ringers solution	Tier 4	
sodium chloride (0.45 % solution, 0.9 % solution, 2.5 meq/ml solution, 3 % solution, 5 % solution)	Tier 4	
sodium chloride (pf) 0.9 % solution	Tier 4	
SODIUM FLUORIDE (0.55 (0.25 F) MG CHEW TAB, 1.1 (0.5 F) MG CHEW TAB, 1.1 (0.5 F) MG/ML SOLUTION, 2.2 (1 F) MG CHEW TAB)	Tier 2	
TPN ELECTROLYTES CONC	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ELECTROLYTE/MINERAL/METAL MODIFIERS		
deferasirox (250 mg tab sol, 500 mg tab sol)	Tier 5	
deferasirox 125 mg tab sol	Tier 3	

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

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
tolvaptan (15 mg tab thpk, 30 & 15 mg tab thpk, 45 & 15 mg tab thpk, 60 & 30 mg tab thpk, 90 & 30 mg tab thpk)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
tolvaptan 15 mg tab	Tier 5	PA, LA, QL (240 PER 30 DAYS)
tolvaptan 30 mg tab	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
trientine hcl 250 mg cap	Tier 5	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
TRIENTINE HCL 500 MG CAP	Tier 5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
PHOSPHATE BINDERS		
calcium acetate (phos binder) 667 mg cap	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
sevelamer carbonate 800 mg tab	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
POTASSIUM BINDERS		
kionex 15 gm/60ml suspension	Tier 2	
LOKELMA (10 GM PACKET, 5 GM PACKET)	Tier 3	
sodium polystyrene sulfonate (15 gm/60ml suspension, powder)	Tier 2	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (15 GM/60ML SUSPENSION, 30 GM/120ML SUSPENSION)	Tier 2	

GASTROINTESTINAL AGENTS

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

constulose 10 gm/15ml solution	Tier 2	

GASTROINTESTINAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
enulose 10 gm/15ml solution	Tier 2	
gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln	Tier 2	
generlac 10 gm/15ml solution	Tier 2	
lactulose (10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution)	Tier 2	
lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution	Tier 2	
LINZESS (145 MCG CAP, 290 MCG CAP, 72 MCG CAP)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
lubiprostone (24 mcg cap, 8 mcg cap)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution	Tier 3	
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln	Tier 2	
ANTI-DIARRHEAL AGENTS		
alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 4	PA
diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab	Tier 2	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG/5ML LIQUID	Tier 4	
loperamide hcl 2 mg cap	Tier 2	
XERMELO 250 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (90 PER 30 DAYS)
ANTISPASMODICS, GASTROINTESTINAL		
dicyclomine hcl (10 mg cap, 20 mg tab)	Tier 2	PA

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

GASTROINTESTINAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
dicyclomine hcl 10 mg/5ml solution	Tier 4	PA
glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 2	
methscopolamine bromide (2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	
GASTROINTESTINAL AGENTS, OTHER		
bis subcit-metronid-tetracyc 140-125-125 mg cap	Tier 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
bismuth/metronidaz/tetracyclin 140-125-125 mg cap	Tier 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
cromolyn sodium 100 mg/5ml conc	Tier 4	
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	Tier 2	
gavilyte-g 236 gm recon soln	Tier 2	
OMNITROPE 10 MG/1.5ML SOLN CART	Tier 5	PA
peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln	Tier 2	
ursodiol (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 3	
ursodiol 300 mg cap	Tier 4	
VOQUEZNA DUAL PAK 500-20 MG THER PACK	Tier 4	PA, QL (112 PER 14 DAYS)
VOQUEZNA TRIPLE PAK 500-500-20 MG THER PACK	Tier 4	PA, QL (112 PER 14 DAYS)
HISTAMINE2 (H2) RECEPTOR ANTAGONISTS		
cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)	Tier 2	
famotidine (20 mg tab, 40 mg tab)	Tier 1	
NIZATIDINE (150 MG CAP, 300 MG CAP)	Tier 2	

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

GASTROINTESTINAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
PROTECTANTS		
misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)	Tier 2	
sucralfate 1 gm tab	Tier 2	
PROTON PUMP INHIBITORS		
esomeprazole magnesium 20 mg cap dr	Tier 4	
esomeprazole magnesium 40 mg cap dr	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
lansoprazole 15 mg cap dr	Tier 2	
lansoprazole 30 mg cap dr	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
omeprazole 10 mg cap dr	Tier 2	
omeprazole 20 mg cap dr	Tier 1	
omeprazole 40 mg cap dr	Tier 1	QL (60 PER 30 DAYS)
pantoprazole sodium 20 mg tab dr	Tier 1	
pantoprazole sodium 40 mg recon soln	Tier 4	
pantoprazole sodium 40 mg tab dr	Tier 1	QL (60 PER 30 DAYS)
rabeprazole sodium 20 mg tab dr	Tier 3	

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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT		
ALDURAZYME 2.9 MG/5ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION

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

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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ARALAST NP (1000 MG RECON SOLN, 500 MG RECON SOLN)	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
betaine powder	Tier 5	
carglumic acid 200 mg tab sol	Tier 5	PA, LA
CREON (12000-38000 UNIT CP DR PART, 24000-76000 UNIT CP DR PART, 3000-9500 UNIT CP DR PART, 36000-114000 UNIT CP DR PART, 6000-19000 UNIT CP DR PART)	Tier 3	
DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP)	Tier 3	
ELAPRASE 6 MG/3ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
l-glutamine 5 gm packet	Tier 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
levocarnitine 330 mg tab	Tier 2	
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
nitisinone (10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	Tier 5	PA
REVCOVI 2.4 MG/1.5ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA
sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)	Tier 5	PA
sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)	Tier 5	PA
ZENPEP (10000-32000 UNIT CP DR PART, 15000-47000 UNIT CP DR PART, 20000-63000 UNIT CP DR PART, 25000-79000 UNIT CP DR PART, 3000-10000 UNIT CP DR PART, 40000-126000 UNIT CP DR PART, 5000-24000 UNIT CP DR PART, 60000-189600 UNIT CP DR PART)	Tier 3	

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

GENITOURINARY AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ANTISPASMODICS, URINARY		
GEMTESA 75 MG TAB	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)	Tier 3	
MYRBETRIQ 8 MG/ML SRER	Tier 3	QL (300 PER 30 DAYS)
oxybutynin chloride 5 mg tab	Tier 2	
oxybutynin chloride er (10 mg tab er 24h, 15 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	Tier 2	
solifenacin succinate (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 4	ST
tolterodine tartrate er (2 mg cap er 24h, 4 mg cap er 24h)	Tier 4	ST
trospium chloride 20 mg tab	Tier 2	
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS		
alfuzosin hcl er 10 mg tab er 24h	Tier 2	
dutasteride 0.5 mg cap	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
finasteride 5 mg tab	Tier 1	
silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
tadalafil 2.5 mg tab	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
tadalafil 5 mg tab	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
tamsulosin hcl 0.4 mg cap	Tier 1	
GENITOURINARY AGENTS, OTHER		
bethanechol chloride (10 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
FILSPARI 200 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)

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

GENITOURINARY AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
FILSPARI 400 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
penicillamine 250 mg tab	Tier 5	PA

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)		
CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	Tier 4	
dexamethasone (0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml elixir, 0.5 mg/5ml solution, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)	Tier 2	
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 4 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	
dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 4 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	
fludrocortisone acetate 0.1 mg tab	Tier 2	
methylprednisolone (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab)	Tier 2	
methylprednisolone acetate (40 mg/ml suspension, 80 mg/ml suspension)	Tier 4	
methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln	Tier 4	

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

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
prednisolone 15 mg/5ml solution	Tier 2	
prednisolone sodium phosphate (15 mg/5ml solution, 25 mg/5ml solution, 5 mg/5ml solution, 6.7 (5 base) mg/5ml solution)	Tier 2	
prednisone (1 mg tab, 10 mg (21) tab thpk, 10 mg (48) tab thpk, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg (21) tab thpk, 5 mg (48) tab thpk, 5 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
PREDNISONE 5 MG/5ML SOLUTION	Tier 3	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	Tier 4	
TARPEYO 4 MG CAP DR	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)		
desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution	Tier 4	
desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)	Tier 3	
desmopressin acetate 4 mcg/ml solution	Tier 4	
desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution	Tier 4	
desmopressin acetate spray 0.01 % solution	Tier 4	

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

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA
OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN)	Tier 5	PA

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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ANDROGENS		
danazol (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)	Tier 4	
depo-testosterone (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)	Tier 3	
testosterone (12.5 mg/act (1%) gel, 25 mg/2.5gm (1%) gel, 50 mg/5gm (1%) gel)	Tier 3	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
testosterone (20.25 mg/act (1.62%) gel, 40.5 mg/2.5gm (1.62%) gel)	Tier 4	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel	Tier 4	PA, QL (37.5 PER 30 DAYS)
testosterone cypionate (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)	Tier 3	
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)
ESTROGENS		
afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
altavera 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	

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

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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
apri 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
ARANELLE 0.5/1/0.5-35 MG-MCG TAB	Tier 3	
ashlyna 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
aubra 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
aviane 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
ayuna 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
balziva 0.4-35 mg-mcg tab	Tier 3	
blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
briellyn 0.4-35 mg-mcg tab	Tier 3	
camrese 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
camrese lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab	Tier 3	
chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
cryselle 0.3-30 mg-mcg tab	Tier 3	
cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab	Tier 3	
cyred 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	

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

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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
daysee 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
delyla 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)	Tier 3	
dotti (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)	Tier 3	
elinest 0.3-30 mg-mcg tab	Tier 3	
eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring	Tier 3	
enilloring 0.12-0.015 mg/24hr ring	Tier 3	
enpresse-28 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	Tier 3	
enskyce 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
estarylla 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
estradiol (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
estradiol (0.025 mg/24hr patch wk, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch wk)	Tier 3	QL (8 PER 28 DAYS)
estradiol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 1	

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

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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
estradiol 0.01 % cream	Tier 2	
estradiol 10 mcg tab	Tier 3	
estradiol valerate (10 mg/ml oil, 20 mg/ml oil, 40 mg/ml oil)	Tier 4	
ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)	Tier 3	QL (1 PER 84 OVER TIME)
estrogens conjugated (0.3 mg tab, 0.45 mg tab, 0.625 mg tab, 0.9 mg tab, 1.25 mg tab)	Tier 4	
ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 mg-mcg tab, 1-50 mg-mcg tab)	Tier 3	
etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring	Tier 3	
falmina 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
feirza 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
fyavolv (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)	Tier 4	
hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring	Tier 3	
iclevia 0.15-0.03 mg tab	Tier 3	
introvale 0.15-0.03 mg tab	Tier 3	
isibloom 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
jaimiess 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
jasmiel 3-0.02 mg tab	Tier 3	
jinteli 1-5 mg-mcg tab	Tier 4	
jolessa 0.15-0.03 mg tab	Tier 3	

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

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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
joyeaux 0.1-20 mg-mcg(21) tab	Tier 3	
juleber 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
junel 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
kalliga 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab	Tier 3	
kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
larin 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab	Tier 3	
lessina 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
levonest 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	Tier 3	
levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	Tier 3	
levonorgest-eth estrad 91-day (0.1-0.02 & 0.01 mg tab, 0.15-0.03 mg tab)	Tier 3	
levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
levonorgest-eth estradiol-iron 0.1-20 mg-mcg(21) tab	Tier 3	
levonorgestrel-ethinyl estrad (0.1-20 mg-mcg tab, 0.15-30 mg-mcg tab)	Tier 3	

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

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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
lo-zumandimine 3-0.02 mg tab	Tier 3	
loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
lojaimiess 0.1-0.02 & 0.01 mg tab	Tier 3	
loryna 3-0.02 mg tab	Tier 3	
low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab	Tier 3	
luizza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
luizza 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
lutera 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
lyllana (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
marlissa 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)	Tier 4	
microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
mili 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	

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

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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
minzoya 0.1-20 mg-mcg(21) tab	Tier 3	
mono-linyah 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nikki 3-0.02 mg tab	Tier 3	
norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk	Tier 3	
norethin ace-eth estrad-fe (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)	Tier 3	
norethin-eth estradiol-fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	Tier 3	
norethindrone acet-ethinyl est (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)	Tier 3	
norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)	Tier 4	
norgestim-eth estrad triphasic 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
ocella 3-0.03 mg tab	Tier 3	
philith 0.4-35 mg-mcg tab	Tier 3	

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

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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
pimtrea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
portia-28 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	Tier 3	
reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
setlakin 0.15-0.03 mg tab	Tier 3	
simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
simpesse 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
sronyx 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
syeda 3-0.03 mg tab	Tier 3	
tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	Tier 3	
turqoz 0.3-30 mg-mcg tab	Tier 3	
valtya 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
VALTYA 1/50 1-50 MG-MCG TAB	Tier 3	
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	Tier 3	

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

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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
vestura 3-0.02 mg tab	Tier 3	
vienva 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab	Tier 3	
vylibra 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
wera 0.5-35 mg-mcg tab	Tier 3	
wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	Tier 3	
xelria fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	Tier 3	
xulane 150-35 mcg/24hr patch wk	Tier 3	
yuvafem 10 mcg tab	Tier 3	
zafemy 150-35 mcg/24hr patch wk	Tier 3	
zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
zumandimine 3-0.03 mg tab	Tier 3	
PROGESTINS		
camila 0.35 mg tab	Tier 3	
deblitane 0.35 mg tab	Tier 3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	Tier 3	
emzahh 0.35 mg tab	Tier 3	
errin 0.35 mg tab	Tier 3	
gallifrey 5 mg tab	Tier 2	
heather 0.35 mg tab	Tier 3	
incassia 0.35 mg tab	Tier 3	
jencycla 0.35 mg tab	Tier 3	

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

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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD	Tier 3	
lyleq 0.35 mg tab	Tier 3	
lyza 0.35 mg tab	Tier 3	
medroxyprogesterone acetate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsyr, 150 mg/ml suspension)	Tier 3	
megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
meleya 0.35 mg tab	Tier 3	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	Tier 3	
nora-be 0.35 mg tab	Tier 3	
norethindrone 0.35 mg tab	Tier 3	
norethindrone acetate 5 mg tab	Tier 2	
norlyroc 0.35 mg tab	Tier 3	
orquidea 0.35 mg tab	Tier 3	
progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)	Tier 2	
sharobel 0.35 mg tab	Tier 3	
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODIFYING AGENTS		
OSPHENA 60 MG TAB	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
raloxifene hcl 60 mg tab	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)

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

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
euthyrox (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)	Tier 1	
levo-t (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)	Tier 3	
levothyroxine sodium (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)	Tier 1	
levoxyl (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)	Tier 3	
liothyronine sodium (25 mcg tab, 5 mcg tab, 50 mcg tab)	Tier 2	
REZDIFFRA (100 MG TAB, 60 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SYNTHROID (100 MCG TAB, 112 MCG TAB, 125 MCG TAB, 137 MCG TAB, 150 MCG TAB, 175 MCG TAB, 200 MCG TAB, 25 MCG TAB, 300 MCG TAB, 50 MCG TAB, 75 MCG TAB, 88 MCG TAB)	Tier 3	
unithroid (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)	Tier 3	

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

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)		
cabergoline 0.5 mg tab	Tier 3	
leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit	Tier 4	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) (3.75 MG KIT, 7.5 MG KIT)	Tier 5	
LUPRON DEPOT (3-MONTH) (11.25 MG KIT, 22.5 MG KIT)	Tier 5	
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	Tier 5	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	Tier 5	
mifepristone 300 mg tab	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
octreotide acetate (100 mcg/ml soln prsyr, 100 mcg/ml solution, 1000 mcg/ml solution, 200 mcg/ml solution, 50 mcg/ml soln prsyr, 50 mcg/ml solution, 500 mcg/ml solution)	Tier 4	PA
OCTREOTIDE ACETATE 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA
ORGOVYX 120 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SIGNIFOR (0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
SOMAVERT (10 MG RECON SOLN, 15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN, 25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN)	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	Tier 5	

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

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)

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

IMMUNOLOGICAL AGENTS

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

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

IMMUNOLOGICAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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 (200 MG/1.14ML SOLN A-INJ, 200 MG/1.14ML SOLN PRSYR, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
ENTYVIO PEN 108 MG/0.68ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (1.36 ML PER 28 DAYS)
KINERET 100 MG/0.67ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (18.76 ML PER 28 DAYS)
OTEZLA (10 & 20 & 30 MG TAB THPK, 4 X 10 & 51 X20 MG TAB THPK)	Tier 5	PA, QL (55 PER 28 OVER TIME)
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK 10&20&30&(ER)75 MG TAB THPK	Tier 5	PA, QL (41 PER 28 DAYS)
RIDAURA 3 MG CAP	Tier 3	
RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
RINVOQ 45 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA, QL (168 PER 365 OVER TIME)

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

IMMUNOLOGICAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
SKYRIZI 150 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 180 MG/1.2ML SOLN CART	Tier 5	PA, QL (1.2 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 360 MG/2.4ML SOLN CART	Tier 5	PA, QL (2.4 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 55 MG/0.37ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2.22 ML PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 600 MG/10ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (30 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
TREMFYA 100 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (1 SYRINGE PER 56 DAYS)
TREMFYA 200 MG/20ML SOLUTION	Tier 5	PA
TREMFYA 200 MG/2ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2 ML PER 28 DAYS)
TREMFYA ONE-PRESS 100 MG/ML SOLN PEN	Tier 5	PA, QL (1 PEN PER 56 DAYS)
TREMFYA PEN 100 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (1 PEN PER 56 DAYS)
TREMFYA PEN 200 MG/2ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (2 ML PER 28 DAYS)
TREMFYA-CD/UC INDUCTION 200 MG/2ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (24 ML PER 365 OVER TIME)
TYENNE (162 MG/0.9ML SOLN A-INJ, 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, QL (3.6 PER 28 DAYS)
VELSIPITY 2 MG TAB	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
XOLAIR (150 MG/ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)

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

IMMUNOLOGICAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
XOLAIR (150 MG/ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (8 PER 28 DAYS)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ	Tier 4	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
YESINTEK 130 MG/26ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (104 ML PER 365 OVER TIME)
YESINTEK 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
YESINTEK 45 MG/0.5ML SOLUTION	Tier 4	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
YESINTEK 90 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (1 ML PER 28 DAYS)
IMMUNOSTIMULANTS		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	LA, QL (2 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (4 PER 30 DAYS)
IMMUNOSUPPRESSANTS		
azathioprine 50 mg tab	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine (100 mg cap, 25 mg cap)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine modified (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (4.08 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (4 PER 28 DAYS)

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

IMMUNOLOGICAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ENBREL 50 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL MINI 50 MG/ML SOLN CART	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENVARSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENVARSUS XR 4 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
everolimus 1 mg tab	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
gengraf (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
HADLIMA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.4ML SOLN A-INJ	Tier 4	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ	Tier 4	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
METHOTREXATE SODIUM (250 MG/10ML SOLUTION, 50 MG/2ML SOLUTION)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium (pf) (1 gm/40ml solution, 1000 mg/40ml solution, 250 mg/10ml solution)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium 2.5 mg tab	Tier 2	

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

IMMUNOLOGICAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
mycophenolate mofetil (200 mg/ml recon susp, 500 mg recon soln)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate mofetil (250 mg cap, 500 mg tab)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate mofetil hcl 500 mg recon soln	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SIMLANDI (1 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	Tier 4	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 PEN) 80 MG/0.8ML AUT-IJ KIT	Tier 4	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 SYRINGE) 80 MG/0.8ML PREF SY KT	Tier 4	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	Tier 4	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) 20 MG/0.2ML PREF SY KT	Tier 4	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) 40 MG/0.4ML PREF SY KT	Tier 4	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYMFENTRA (1 PEN) 120 MG/ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
ZYMFENTRA (2 PEN) 120 MG/ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)

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

IMMUNOLOGICAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) 120 MG/ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
VACCINES		
ABRYSVO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN	Tier 3	VAC
ACTHIB RECON SOLN	Tier 3	
ADACEL (5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	Tier 3	VAC
AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN	Tier 3	VAC
BEXSERO SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
BOOSTRIX 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
DAPTACEL 23-15-5 SUSPENSION	Tier 3	
DENGVAXIA RECON SUSP	Tier 4	
ENGERIX-B (10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSPENSION)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
GARDASIL 9 (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 3	VAC
HAVRIX (720 EL U/0.5ML SUSP PRSYR, 720 EL U/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	
HAVRIX 1440 EL U/ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	Tier 3	
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	Tier 3	VAC

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

IMMUNOLOGICAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
INFANRIX 25-58-10 SUSPENSION	Tier 3	
IPOL SUSPENSION	Tier 3	VAC
IXIARO SUSPENSION	Tier 4	VAC
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
KINRIX 0.5 ML SUSP PRSYR	Tier 3	
M-M-R II RECON SOLN	Tier 3	VAC
MENQUADFI (0.5 ML SOLUTION, SOLUTION)	Tier 3	VAC
MENVEO (RECON SOLN, SOLUTION)	Tier 3	VAC
MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
PEDIARIX SUSP PRSYR	Tier 3	
PEDVAXHIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	
PENMENVY RECON SUSP	Tier 3	
PENTACEL RECON SUSP	Tier 3	
PRIORIX RECON SUSP	Tier 3	VAC
PROQUAD RECON SUSP	Tier 3	
QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 3	
RABAVERT RECON SUSP	Tier 3	VAC
RECOMBIVAX HB (10 MCG/ML SUSP PRSYR, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION, 5 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 5 MCG/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
ROTARIX SUSPENSION	Tier 3	
ROTATEQ SOLUTION	Tier 3	
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	QL (2 PER 365 OVER TIME), VAC

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

IMMUNOLOGICAL AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	QL (1 ML PER 365 DAYS), VAC
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
TENIVAC 5-2 LF/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
TICOVAC 1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 3	
TICOVAC 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
TRUMENBA SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION)	Tier 4	VAC
VAQTA (25 UNIT/0.5ML SUSP PRSYR, 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	
VAQTA (50 UNIT/ML SUSP PRSYR, 50 UNIT/ML SUSPENSION)	Tier 3	VAC
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
VAXCHORA RECON SUSP	Tier 4	VAC
VIMKUNYA 40 MCG/0.8ML SUSP PRSYR	Tier 4	
VIVOTIF CAP DR	Tier 4	
YF-VAX RECON SUSP	Tier 4	VAC

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

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
AMINOSALICYLATES		
balsalazide disodium 750 mg cap	Tier 3	
mesalamine (1000 mg suppos, 4 gm enema)	Tier 4	
mesalamine 1.2 gm tab dr	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
mesalamine er 0.375 gm cap er 24h	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)	Tier 2	
GLUCOCORTICOIDS		
budesonide 3 mg cp dr part	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
budesonide er 9 mg tab er 24h	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
CORTIFOAM 10 % FOAM	Tier 4	
hydrocortisone (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
hydrocortisone 100 mg/60ml enema	Tier 3	

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
alendronate sodium (10 mg tab, 35 mg tab, 70 mg tab)	Tier 1	
alendronate sodium 70 mg/75ml solution	Tier 4	
BILDYOS 60 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA

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

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
BILPREVDA 120 MG/1.7ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (1.7 ML PER 28 DAYS)
calcitonin (salmon) 200 unit/act solution	Tier 2	QL (3.7 PER 30 DAYS)
calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)	Tier 2	
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
doxercalciferol 4 mcg/2ml solution	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ENOBY 60 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA
ibandronate sodium 150 mg tab	Tier 1	
ibandronate sodium 3 mg/3ml solution	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
JUBBONTI 60 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA
paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 2 mcg/ml solution, 4 mcg cap, 5 mcg/ml solution)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
risedronate sodium (150 mg tab, 35 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	
teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen	Tier 5	PA
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	Tier 5	PA, QL (1.56 PER 28 DAYS)
WYOST 120 MG/1.7ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (1.7 PER 28 DAYS)
XTRENBO 120 MG/1.7ML SOLUTION	Tier 4	PA, QL (1.7 ML PER 28 DAYS)
zoledronic acid (4 mg/100ml solution, 4 mg/5ml conc, 5 mg/100ml solution)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

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

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
ALCOHOL 70% PADS	Tier 2	
ALCOHOL PADS 70 % PAD	Tier 2	
ALCOHOL PREP PAD	Tier 2	
ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
ALCOHOL SWABS 70 % PAD	Tier 2	
ALCOHOL SWABSTICK PAD	Tier 2	
AQ INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
AQINJECT PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
ARGYLE STERILE WATER SOLUTION	Tier 2	
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC	Tier 3	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30G X 5 MM MISC	Tier 3	
AUM ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE (31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	Tier 3	
AUM PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC)	Tier 3	
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE (30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC)	Tier 3	
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML MISC	Tier 3	

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

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
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	
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	Tier 2	
CLEVER CHOICE COMFORT EZ PLUS 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (27G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC)	Tier 3	
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (30G X 8 MM MISC, 31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	Tier 3	
CVS ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE 2"X2" PAD	Tier 2	
DROPLET INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 0.3 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.3 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM MISC	Tier 3	

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

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
DROPLET PEN NEEDLES (29G X 10MM MISC, 29G X 12.7MM MISC, 29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC)	Tier 3	
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO (X 4 MM MISC, X 5 MM MISC, X 8 MM MISC)	Tier 3	
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (29G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE (29G X 5/16" 0.5 ML MISC, 29G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 1/2" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 32G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
EASY COMFORT PEN NEEDLES (29G X 4MM MISC, 29G X 5MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
EASY TOUCH INSULIN BARRELS U-100 1 ML MISC	Tier 3	
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM MISC	Tier 3	
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT (31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE (29G X 1/2" 0.3 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.5 ML MISC, X 1/2" 1 ML MISC)	Tier 3	

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

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 27G X 5/8" 1 ML MISC	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML MISC	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F (30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE U/F 29G X 12.7MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE (29G X 12.7MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
EMBRACE PEN NEEDLES (29G X 12MM MISC, 30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
gauze pads 2	Tier 2	
GNP PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
GOODSENSE ALCOHOL SWABS 70 % PAD	Tier 2	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	

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

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 1 ML	Tier 3	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (27G X 1/2" 0.5 ML MISC, 27G X 1/2" 1 ML MISC, 28G X 1/2" 0.5 ML MISC, 28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
INSUPEN PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
INSUPEN32G EXTR3ME 32G X 6 MM MISC	Tier 3	
INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
lactated ringers solution	Tier 2	
methergine 0.2 mg tab	Tier 4	
methylergonovine maleate 0.2 mg tab	Tier 4	
novofine 32g x 6 mm misc	Tier 3	
NUTRILIPID 20 % EMULSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
OPVEE 2.7 MG/0.1ML SOLUTION	Tier 4	QL (2 PER 30 DAYS)
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP (31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
PEN NEEDLES (30G X 5 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
PENBRAYA RECON SUSP	Tier 3	VAC
PRO COMFORT ALCOHOL 70 % PAD	Tier 2	

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

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE (29G X 12.7MM MISC, 31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC, 33G X 8 MM MISC)	Tier 3	
ringers irrigation solution	Tier 2	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.5 ML MISC, X 1/2" 1 ML MISC)	Tier 3	
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC	Tier 3	
SILIGENTLE FOAM DRESSING 2"X2" PAD	Tier 2	
SMOFLIPID 20 % EMULSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
sterile water for irrigation solution	Tier 2	

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

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
SUPER TOUCH INSULIN SYRINGE (27G X 1/2" 0.5 ML MISC, 27G X 5/8" 1 ML MISC, 28G X 1/2" 0.5 ML MISC, 28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.3 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
SUPER TOUCH PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
SURE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE (30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC, 32G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	

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

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
ULTRA COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
UNIFINE OTC PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE PENTIPS 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE (30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE (29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 34G X 3.5 MM MISC)	Tier 3	
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE (29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
VERIFINE INSULIN SYRINGE (28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR 29G X 1/2" 1 ML MISC	Tier 3	

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

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
VOWST CAP	Tier 5	PA, LA, QL (12 PER 30 OVER TIME)
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE 70 % PAD	Tier 2	

OPHTHALMIC AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
OPHTHALMIC AGENTS, OTHER		
atropine sulfate 1 % solution	Tier 3	
bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment	Tier 2	
BACITRACIN-POLYMYXIN B 500-10000 UNIT/GM OINTMENT	Tier 2	
brimonidine tartrate-timolol 0.2-0.5 % solution	Tier 3	
dorzolamide hcl-timolol mal (2-0.5 % solution, 22.3-6.8 mg/ml solution)	Tier 2	
dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution	Tier 3	
loteprednol-tobramycin 0.5-0.3 % suspension	Tier 3	
neo-polycin 3.5-400-10000 ointment	Tier 2	
neo-polycin hc 1 % ointment	Tier 2	
neomycin-bacitracin zn-polymyx (3.5-400-10000 ointment, 5-400-10000 ointment)	Tier 2	

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

OPHTHALMIC AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
neomycin-polymyxin-dexameth (0.1 % suspension, 3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)	Tier 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION	Tier 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5-10000-1 SUSPENSION	Tier 4	
polycin 500-10000 unit/gm ointment	Tier 2	
RESTASIS 0.05 % EMULSION	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION	Tier 3	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION	Tier 2	
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension	Tier 2	
XDEMVY 0.25 % SOLUTION	Tier 5	PA, QL (10 PER 30 DAYS)
XIIDRA 5 % SOLUTION	Tier 3	
OPHTHALMIC ANTI-ALLERGY AGENTS		
azelastine hcl 0.05 % solution	Tier 2	
cromolyn sodium 4 % solution	Tier 2	
OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVES		
BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	Tier 4	
erythromycin 5 mg/gm ointment	Tier 2	
gentamicin sulfate 0.3 % solution	Tier 2	
LEVOFLOXACIN (0.5 % SOLUTION, 1.5 % SOLUTION)	Tier 3	
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	Tier 2	

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

OPHTHALMIC AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
moxifloxacin hcl 0.5 % solution	Tier 3	
NATACYN 5 % SUSPENSION	Tier 3	
ofloxacin 0.3 % solution	Tier 2	
polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution	Tier 2	
SULFACETAMIDE SODIUM 10 % OINTMENT	Tier 3	
sulfacetamide sodium 10 % solution	Tier 2	
tobramycin 0.3 % solution	Tier 2	
TRIFLURIDINE 1 % SOLUTION	Tier 3	
ZIRGAN 0.15 % GEL	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)
OPHTHALMIC ANTI-INFLAMMATORIES		
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	Tier 2	
diclofenac sodium 0.1 % solution	Tier 2	
difluprednate 0.05 % emulsion	Tier 4	
fluorometholone 0.1 % suspension	Tier 2	
FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION	Tier 2	
FML FORTE 0.25 % SUSPENSION	Tier 4	
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	Tier 3	QL (3 PER 30 DAYS)
ketorolac tromethamine (0.4 % solution, 0.5 % solution)	Tier 2	
prednisolone acetate 1 % suspension	Tier 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	Tier 3	
OPHTHALMIC BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
betaxolol hcl 0.5 % solution	Tier 2	

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

OPHTHALMIC AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	Tier 2	
LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	Tier 2	
timolol maleate (0.25 % gel f soln, 0.5 % gel f soln)	Tier 3	
timolol maleate (0.25 % solution, 0.5 % solution)	Tier 1	
OPHTHALMIC INTRAOCULAR PRESSURE LOWERING AGENTS, OTHER		
acetazolamide er 500 mg cap er 12h	Tier 2	
apraclonidine hcl 0.5 % solution	Tier 3	
brimonidine tartrate 0.1 % solution	Tier 3	
brimonidine tartrate 0.15 % solution	Tier 4	
brimonidine tartrate 0.2 % solution	Tier 2	
brinzolamide 1 % suspension	Tier 3	
dorzolamide hcl 2 % solution	Tier 2	
methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 4	
pilocarpine hcl (1 % solution, 2 % solution, 4 % solution)	Tier 2	
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	Tier 3	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION	Tier 3	
OPHTHALMIC PROSTAGLANDIN AND PROSTAMIDE ANALOGS		
bimatoprost 0.03 % solution	Tier 3	QL (5 PER 30 DAYS)
latanoprost 0.005 % solution	Tier 1	
travoprost (bak free) 0.004 % solution	Tier 2	QL (5 PER 30 DAYS)
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	Tier 4	

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

OTIC AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
OTIC AGENTS		
acetic acid 2 % solution	Tier 2	
ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension	Tier 4	
CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	Tier 3	
DERMOTIC 0.01 % OIL	Tier 3	
hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution	Tier 3	
neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)	Tier 2	
ofloxacin 0.3 % solution	Tier 2	

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ANTI-INFLAMMATORIES, INHALED CORTICOSTEROIDS		
ARNUITY ELLIPTA (100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA, 50 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ASMANEX (120 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (14 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (30 METERED DOSES) (110 MCG/ACT AER POW BA, 220 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)

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

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ASMANEX (60 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX HFA (100 MCG/ACT AEROSOL, 200 MCG/ACT AEROSOL, 50 MCG/ACT AEROSOL)	Tier 3	QL (13 PER 30 DAYS)
budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
QVAR REDIHALER (40 MCG/ACT AERO BA, 80 MCG/ACT AERO BA)	Tier 3	QL (21.2 PER 30 DAYS)
ANTIHISTAMINES		
azelastine hcl (0.1 % solution, 137 mcg/spray solution)	Tier 2	QL (30 PER 25 DAYS)
cetirizine hcl (1 mg/ml solution, 5 mg/5ml solution)	Tier 2	
cyproheptadine hcl 4 mg tab	Tier 3	PA
hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	PA
hydroxyzine pamoate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 4	PA
levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab	Tier 1	
promethazine hcl (12.5 mg/10ml solution, 6.25 mg/5ml solution)	Tier 2	PA
ANTILEUKOTRIENES		
montelukast sodium (4 mg chew tab, 4 mg packet, 5 mg chew tab)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
montelukast sodium 10 mg tab	Tier 1	QL (30 PER 30 DAYS)
zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
BRONCHODILATORS, ANTICHOLINERGIC		
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)

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

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
ipratropium bromide 0.02 % solution	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
ipratropium bromide 0.03 % solution	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide 0.06 % solution	Tier 2	QL (45 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide hfa 17 mcg/act aero soln	Tier 4	QL (25.8 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN)	Tier 3	QL (4 PER 30 DAYS)
tiotropium bromide 18 mcg cap	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
BRONCHODILATORS, SYMPATHOMIMETIC		
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)	Tier 2	QL (17 PER 30 DAYS)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)	Tier 2	QL (17 PER 30 DAYS)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)	Tier 2	QL (13.4 PER 30 DAYS)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin)	Tier 2	QL (36 PER 30 DAYS)
albuterol sulfate ((2.5 mg/3ml) 0.083% nebu soln, (5 mg/ml) 0.5% nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln, 2.5 mg/0.5ml nebu soln)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
albuterol sulfate (2 mg tab, 4 mg tab)	Tier 4	
albuterol sulfate (2 mg/5ml syrup, 8 mg/20ml syrup)	Tier 2	
albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln	Tier 2	QL (36 PER 30 DAYS)
epinephrine (0.15 mg/0.15ml soln a-inj, 0.15 mg/0.3ml soln a-inj, 0.3 mg/0.3ml soln a-inj)	Tier 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)

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

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	Tier 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/0.5ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln)	Tier 4	PA
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
CYSTIC FIBROSIS AGENTS		
KALYDECO (13.4 MG PACKET, 150 MG TAB, 25 MG PACKET, 5.8 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	Tier 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
TOBI PODHALER 28 MG CAP	Tier 5	PA, LA, QL (224 PER 56 OVER TIME)
tobramycin 300 mg/4ml nebu soln	Tier 4	PA, QL (224 PER 28 DAYS)
tobramycin 300 mg/5ml nebu soln	Tier 4	PA, QL (280 PER 56 OVER TIME)
TRIKAFTA (100-50-75 & 150 MG TAB THPK, 50-25-37.5 & 75 MG TAB THPK)	Tier 5	PA, LA, QL (90 PER 30 DAYS)
MAST CELL STABILIZERS		
cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS, AIRWAYS DISEASE		
roflumilast 250 mcg tab	Tier 4	QL (28 PER 180 OVER TIME)
roflumilast 500 mcg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)

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

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
theophylline er (100 mg tab er 12h, 200 mg tab er 12h, 300 mg tab er 12h, 400 mg tab er 24h, 450 mg tab er 12h, 600 mg tab er 24h)	Tier 3	
PULMONARY ANTIHYPERTENSIVES		
ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB)	Tier 5	PA, LA, QL (90 PER 30 DAYS)
alyq 20 mg tab	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ambrisentan (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)
bosentan (125 mg tab, 62.5 mg tab)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
bosentan 32 mg tab sol	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
macitentan 10 mg tab	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
riociguat (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab)	Tier 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
sildenafil citrate 20 mg tab	Tier 3	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
tadalafil (pah) 20 mg tab	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
UPTRAVI (1000 MCG TAB, 1200 MCG TAB, 1400 MCG TAB, 1600 MCG TAB, 200 MCG TAB, 400 MCG TAB, 600 MCG TAB, 800 MCG TAB)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
UPTRAVI 100 MCG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (420 PER 30 DAYS)
UPTRAVI 150 MCG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (560 PER 28 DAYS)
UPTRAVI 200 & 800 MCG TAB THPK	Tier 5	PA, LA, QL (200 PER 180 OVER TIME)
WINREVAIR (2 X 45 MG KIT, 2 X 60 MG KIT, 45 MG KIT, 60 MG KIT)	Tier 5	PA, QL (1 PER 21 OVER TIME)

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

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
PULMONARY FIBROSIS AGENTS		
nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)	Tier 3	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
PIRFENIDONE 534 MG TAB	Tier 5	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
pirfenidone 801 mg tab	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
RESPIRATORY TRACT AGENTS, OTHER		
acetylcysteine (10 % solution, 20 % solution)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
ADVAIR HFA (115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL, 45-21 MCG/ACT AEROSOL)	Tier 3	QL (12 PER 30 DAYS)
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
BREO ELLIPTA (100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA, 50-25 MCG/INH AER POW BA)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
breyna (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)	Tier 3	QL (10.3 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-18-4.8 MCG/ACT AEROSOL	Tier 3	QL (10.7 GM PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	Tier 3	QL (10.7 PER 30 DAYS)
budesonide-formoterol fumarate (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)	Tier 3	QL (10.2 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	Tier 4	QL (4 PER 30 DAYS)

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

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution	Tier 2	QL (50 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL (100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
fluticasone propionate 50 mcg/act suspension	Tier 2	QL (16 PER 30 DAYS)
fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE-SALMETEROL (113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA, 55-14 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 2	QL (1 PER 30 DAYS)
ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
NUCALA (100 MG RECON SOLN, 100 MG/ML SOLN A-INJ, 100 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 28 DAYS)
NUCALA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, LA, QL (0.4 PER 28 DAYS)
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACT AERO SOLN	Tier 3	
TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
wixela inhub (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)

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

SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS		
carisoprodol 350 mg tab	Tier 2	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
cyclobenzaprine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	PA
methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)	Tier 3	PA

SLEEP DISORDER AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
SLEEP PROMOTING AGENTS		
eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ramelteon 8 mg tab	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
tasimelteon 20 mg cap	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
temazepam 15 mg cap	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
temazepam 30 mg cap	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
triazolam 0.125 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
triazolam 0.25 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
zaleplon 10 mg cap	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
zaleplon 5 mg cap	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
zolpidem tartrate 10 mg tab	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
zolpidem tartrate 5 mg tab	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)

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

SLEEP DISORDER AGENTS

Դեղի անվանումը	Ինչ կարժենա դեղը Ձեզ համար (մակարդակ)	Անհրաժեշտ գործողություններ, սահմանափակումներ կամ օգտագործման սահմանափակումներ
WAKEFULNESS PROMOTING AGENTS		
armodafinil (150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
modafinil 100 mg tab	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
modafinil 200 mg tab	Tier 3	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
sodium oxybate 500 mg/ml solution	Tier 5	PA, LA, QL (540 PER 30 DAYS)

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

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

A

abacavir sulfate . . . 95
abacavir sulfate-lamivudine . . . 95
ABELCET . . . 60
ABILIFY MAINTENA . . . 88
abiraterone acetate . . . 65
abirtega . . . 65
ABRYSVO . . . 158
acamprosate calcium . . . 39
acarbose . . . 101
accutane . . . 125
acebutolol hcl . . . 112
acetaminophen-codeine . . . 36
acetazolamide . . . 114
acetazolamide er . . . 174
acetic acid . . . 175
acetylcysteine . . . 180
acitretin . . . 125
ACTHIB . . . 158
ACTIMMUNE . . . 155
acyclovir . . . 99,129
acyclovir sodium . . . 99
ADACEL . . . 158
adefovir dipivoxil . . . 93
ADEMPAS . . . 179
ADVAIR HFA . . . 180
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE . . . 163
afirmelle . . . 140
AIMOVIG . . . 62
AKEEGA . . . 67
ala-cort . . . 125
albendazole . . . 84
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair) . . . 177
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair) . . . 177
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil) . . . 177
albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin) . . . 177
albuterol sulfate . . . 177
albuterol sulfate hfa . . . 177
alclometasone dipropionate . . . 125
ALCOHOL 70% PADS . . . 163
ALCOHOL PADS . . . 163
ALCOHOL PREP . . . 163
ALCOHOL PREP PADS . . . 163
ALCOHOL SWABS . . . 163
ALCOHOL SWABSTICK . . . 163
alcohol wipes . . . 127
ALDURAZYME . . . 135
ALECENSA . . . 69
alendronate sodium . . . 161
alfuzosin hcl er . . . 137
aliskiren fumarate . . . 114
allopurinol . . . 62
alosetron hcl . . . 133
alprazolam . . . 100
altavera . . . 140
ALUNBRIG . . . 69
alyacen 1/35 . . . 140
alyacen 7/7/7 . . . 141
alyq . . . 179
amantadine hcl . . . 85
ambrisentan . . . 179
amikacin sulfate . . . 40
amiloride hcl . . . 117
amiloride-hydrochlorothiazide . . . 114
amiodarone hcl . . . 111
amitriptyline hcl . . . 58
amlodipine besy-benazepril hcl . . . 114
amlodipine besylate . . . 113
amlodipine besylate-valsartan . . . 115
amlodipine-atorvastatin . . . 115
amlodipine-olmesartan . . . 115
amlodipine-valsartan-hctz . . . 115
ammonium lactate . . . 125
amnesteem . . . 125

amoxapine....58
amoxicillin....43
amoxicillin trihydrate....43
amoxicillin-pot clavulanate....44
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE....44
amoxicillin-pot clavulanate er....44
amphetamine-dextroamphet er....121
amphetamine-dextroamphetamine....121
AMPHOTERICIN B....60
amphotericin b liposome....60
ampicillin....44
ampicillin sodium....44
ampicillin-sulbactam sodium....44
anagrelide hcl....107
anastrozole....68
ANORO ELLIPTA....180
apraclonidine hcl....174
aprepitant....59
apri....141
APTIVUS....97
AQ INSULIN SYRINGE....163
AQINJECT PEN NEEDLE....163
ARALAST NP....136
ARANELLE....141
ARANESP (ALBUMIN FREE)....107,108
ARCALYST....153
AREXVY....158
ARGYLE STERILE WATER....163
ARIKAYCE....40
aripiprazole....88
armodafinil....183
ARNUITY ELLIPTA....175
asenapine maleate....88
ashlyna....141
ASMANEX (120 METERED DOSES)....175
ASMANEX (14 METERED DOSES)....175
ASMANEX (30 METERED DOSES)....175
ASMANEX (60 METERED DOSES)....176
ASMANEX HFA....176
aspirin-dipyridamole er....108
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES....163
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES....163
atazanavir sulfate....97
atenolol....112
atenolol-chlorthalidone....115
atomoxetine hcl....121
atorvastatin calcium....118
atovaquone....84
atovaquone-proguanil hcl....84
atropine sulfate....171
aubra....141
aubra eq....141
AUGTYRO....67
AUM ALCOHOL PREP PADS....163
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE....163
AUM PEN NEEDLE....163
AURANOFIN....153
aurovela 1.5/30....141
aurovela 1/20....141
aurovela fe 1.5/30....141
aurovela fe 1/20....141
AUSTEDO....122
AUSTEDO XR....122
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION....122
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE....163
AUVELITY....54
AUVELITY TITRATION PACK....55
aviane....141
avidoxy....47
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK....69
ayuna....141
AYVAKIT....69
azathioprine....155
AZATHIOPRINE SODIUM....155
azelastine hcl....172,176
azithromycin....45
aztreonam....40
azurette....141

B

bac (butalbital-acetamin-caff) 122
bacitra-neomycin-polymyxin-hc 171
BACITRACIN 172
BACITRACIN-POLYMYXIN B 171
baclofen 93
balsalazide disodium 161
BALVERSA 69,70
balziva 141
BAQSIMI ONE PACK 104
BAQSIMI TWO PACK 104
BARACLUDE 93
BCG VACCINE 158
BD INSULIN SYRINGE 163
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC 164
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC 164
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC 164
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC 164
benazepril hcl 110
benazepril-hydrochlorothiazide 115
BENLYSTA 153
BENZNIDAZOLE 84
benzoyl peroxide-erythromycin 125
benztropine mesylate 85
BESIVANCE 46
BESREMI 155
BESREMI PEN 67
betaine 136
betamethasone dipropionate 125
betamethasone dipropionate aug 126
betamethasone valerate 126
BETASERON 123
betaxolol hcl 112,173
bethanechol chloride 137
bexarotene 83
BEXSERO 158
bicalutamide 65
BICILLIN L-A 44
BIKTARVY 94
BILDYOS 161
BILPREVDA 162
bimatoprost 174
bis subcit-metronid-tetracyc 134
bismuth/metronidaz/tetracyclin 134
bisoprolol fumarate 112
bisoprolol-hydrochlorothiazide 115
BIXLENVO 94
BIXLENVO SUNLENCA STARTER PACK . . 96
blisovi fe 1.5/30 141
blisovi fe 1/20 141
BOOSTRIX 158
bosentan 179
BOSULIF 70
bosutinib 70
BRAFTOVI 70
BREO ELLIPTA 180
breyna 180
BREZTRI AEROSPHERE 180
briellyn 141
brimonidine tartrate 174
brimonidine tartrate-timolol 171
brinzolamide 174
brivaracetam 47,48
bromocriptine mesylate 85
BRUKINSA 70
budesonide 161,176
budesonide er 161
budesonide-formoterol fumarate 180
bumetanide 117
buprenorphine 35
buprenorphine hcl 39
buprenorphine hcl-naloxone hcl 39
bupropion hcl 55
bupropion hcl er (smoking det) 39
bupropion hcl er (sr) 55

bupropion hcl er (xl) . . . 55
buspirone hcl . . . 99
butalbital-apap-caffeine . . . 122
butalbital-aspirin-caffeine . . . 34
butorphanol tartrate . . . 36
BYSANTI . . . 88
BYSANTI TITRATION PACK A . . . 88
BYSANTI TITRATION PACK B . . . 88
BYSANTI TITRATION PACK C . . . 88

C

CABENUVA . . . 96
cabergoline . . . 151
CABOMETYX . . . 70
calcipotriene . . . 127
calcitonin (salmon) . . . 162
calcitrene . . . 127
calcitriol . . . 162
CALCITRIOL . . . 162
calcium acetate (phos binder) . . . 132
CALQUENCE . . . 70
camila . . . 148
camrese . . . 141
camrese lo . . . 141
candesartan cilexetil . . . 110
candesartan cilexetil-hctz . . . 115
CAPLYTA . . . 88
CAPRELSA . . . 70,71
captopril . . . 110
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE . . . 115
carbamazepine . . . 51
carbamazepine er . . . 52
carbidopa . . . 86
carbidopa-levodopa . . . 86
carbidopa-levodopa er . . . 86
carbidopa-levodopa-entacapone . . . 85
CARETOUCH ALCOHOL PREP . . . 164
carglumic acid . . . 136
carisoprodol . . . 182
CARTEOLOL HCL . . . 174
cartia xt . . . 113
carvedilol . . . 112
CAVHANZA . . . 71
CAYSTON . . . 40
CEFACLOR . . . 42
cefadroxil . . . 42
cefazolin sodium . . . 42
cefdinir . . . 42
cefepime hcl . . . 42
cefixime . . . 42
cefoxitin sodium . . . 42
CEFPODOXIME PROXETIL . . . 43
cefprozil . . . 43
ceftaroline fosamil . . . 43
CEFTAZIDIME . . . 43
ceftriaxone sodium . . . 43
cefuroxime axetil . . . 43
cefuroxime sodium . . . 43
celecoxib . . . 34
cephalexin . . . 43
cetirizine hcl . . . 176
cevimeline hcl . . . 124
chateal eq . . . 141
chlorhexidine gluconate . . . 124
chloroquine phosphate . . . 84
chlorpromazine hcl . . . 87
chlorthalidone . . . 118
cholestyramine . . . 119
cholestyramine light . . . 119
ciclodan . . . 129
ciclopirox . . . 129
ciclopirox olamine . . . 129
cilostazol . . . 109
CILOXAN . . . 46
CIMDUO . . . 95
cimetidine . . . 134
cinacalcet hcl . . . 162
ciprofloxacin hcl . . . 46
ciprofloxacin in d5w . . . 46
ciprofloxacin-dexamethasone . . . 175

citalopram hydrobromide . . . 56
claravis . . . 125
CLARITHROMYCIN . . . 45
clarithromycin . . . 45
clarithromycin er . . . 45
CLEVER CHOICE COMFORT EZ PLUS . . . 164
clindamycin hcl . . . 40
clindamycin palmitate hcl . . . 40
clindamycin phos (once-daily) . . . 129
clindamycin phos (twice-daily) . . . 129
clindamycin phos-benzoyl perox . . . 125
clindamycin phosphate . . . 40,129
clindamycin phosphate in d5w . . . 40
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL . . . 41
clobazam . . . 50
clobetasol prop emollient base . . . 126
clobetasol propionate . . . 126
clomipramine hcl . . . 58
clonazepam . . . 100
clonidine . . . 109
clonidine hcl . . . 109
clopidogrel bisulfate . . . 109
clorazepate dipotassium . . . 100
clotrimazole . . . 60
clotrimazole-betamethasone . . . 127
clozapine . . . 92
COARTEM . . . 84
COBENFY . . . 92
COBENFY STARTER PACK . . . 92
CODEINE SULFATE . . . 36
codeine sulfate . . . 36
colchicine . . . 62
colchicine-probenecid . . . 62
colesevelam hcl . . . 119
colestipol hcl . . . 119
colistimethate sodium (cba) . . . 41
COMBIVENT RESPIMAT . . . 180
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) . . . 71
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) . . . 71
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) . . . 71
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE . . . 164
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES . . . 164
compro . . . 58
constulose . . . 133
COPIKTRA . . . 71
CORLANOR . . . 115
CORTIFOAM . . . 161
CORTISONE ACETATE . . . 138
CORTISPORIN-TC . . . 175
COSENTYX . . . 153
COSENTYX (300 MG DOSE) . . . 153
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) . . . 153
COSENTYX SENSOREADY PEN . . . 153
COSENTYX UNOREADY . . . 153
COTELLIC . . . 71
CREON . . . 136
CRESEMBA . . . 60
cromolyn sodium . . . 134,172,178
cryselle . . . 141
cryselle-28 . . . 141
CVS ALCOHOL PREP PADS . . . 164
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE . . . 164
cvs isopropyl alcohol wipes . . . 128
cyclobenzaprine hcl . . . 182
CYCLOPHOSPHAMIDE . . . 64
cyclosporine . . . 155
cyclosporine modified . . . 155
cyproheptadine hcl . . . 176
cyred . . . 141
cyred eq . . . 142

D

dabigatran etexilate mesylate . . . 106
dalfampridine er . . . 123
danazol . . . 140
dantrolene sodium . . . 93
dapaglifloz base-metformin er . . . 101
dapagliflozin . . . 120
dapsone . . . 64
DAPTACEL . . . 158

daptomycin 41
darunavir 97
dasatinib 71
dasetta 1/35 142
dasetta 7/7/7 142
DAURISMO 71
daysee 142
deblitane 148
deferasirox 131
DELSTRIGO 95
delyla 142
DENGVAXIA 158
DEPO-SUBQ PROVERA 104 148
depo-testosterone 140
DERMOTIC 175
DESCOVY 95
desipramine hcl 58
desmopressin ace spray refrig 139
desmopressin acetate 139
desmopressin acetate pf 139
desmopressin acetate spray 139
desogestrel-ethinyl estradiol 142
desonide 126
desoximetasone 126
desvenlafaxine succinate er 56
dexamethasone 138
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID . . . 138
dexamethasone sod phosphate pf 138
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 138,173
dexmethylphenidate hcl 121
dextroamphetamine sulfate 121
dextrose 129
dextrose in lactated ringers 129
DEXTROSE-NACL 130
dextrose-sodium chloride 130
DIACOMIT 48
diazepam 50,100
diazepam intensol 100
diazoxide 104
diclofenac potassium 34
diclofenac sodium 34,173
diclofenac sodium er 34
dicloxacillin sodium 44
dicyclomine hcl 133,134
DIFICID 45
diflunisal 34
difluprednate 173
digox 111
digoxin 111
dihydroergotamine mesylate 62
DILANTIN 52
dilt-xr 113
diltiazem hcl 113
diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule 113
diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule 113
diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule 113
diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule 113
diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule 113
diltiazem hcl er 114
diltiazem hcl er beads 114
dimethyl fumarate 123
dimethyl fumarate starter pack 123
diphenoxylate-atropine 133
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 133
dipyridamole 109
disulfiram 39
divalproex sodium 48
divalproex sodium er 48
dofetilide 111
donepezil hcl 53
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg 54
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg 54

dorzolamide hcl 174
dorzolamide hcl-timolol mal 171
dorzolamide hcl-timolol mal pf 171
dotti 142
DOVATO 94
doxazosin mesylate 110
doxepin hcl 58
doxercalciferol 162
doxy 100 47
doxycycline hyclate 47
doxycycline monohydrate 47
DRIZALMA SPRINKLE 123
dronabinol 59
DROPLET INSULIN SYRINGE 164
DROPLET MICRON 164
DROPLET PEN NEEDLES 165
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO 165
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE . . 165
drospirenone-ethinyl estradiol 142
DROXIA 136
droxidopa 109
duloxetine hcl 123
DUPIXENT 153
dutasteride 137
dutasteride-tamsulosin hcl 137

E

e.e.s. 400 45
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 165
EASY COMFORT PEN NEEDLES 165
EASY TOUCH INSULIN BARRELS 165
ec-naproxen 34
econazole nitrate 60
EDURANT PED 95
efavirenz 95
efavirenz-emtricitab-tenofo df 95
efavirenz-lamivudine-tenofovir 95
ELAPRASE 136
elinest 142
ELIQUIS 106
ELIQUIS (1.5 MG PACK) 106
ELIQUIS (2 MG PACK) 106
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 106
eltrombopag olamine 108
eluryng 142
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 165
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT 165
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 165
EMBECTA INSULIN SYRINGE 165
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 166
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 166
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F 166
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 166
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN . . 166
EMBECTA PEN NEEDLE U/F 166
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 166
EMBRACE PEN NEEDLES 166
EMGALITY 62
EMGALITY (300 MG DOSE) 62
EMSAM 56
emtricitab-rilpivir-tenofov df 95
emtricitabine 96
emtricitabine-tenofovir df 96
EMTRIVA 96
emzahh 148
enalapril maleate 110
enalapril-hydrochlorothiazide 115
ENBREL 155,156
ENBREL MINI 156
ENBREL SURECLICK 156
endocet 36
ENGERIX-B 158
enilloring 142
ENOBY 162
enoxaparin sodium 106
enpresse-28 142
ENSACOVE 69
enskyce 142
entacapone 85
entecavir 93

ENTYVIO PEN 153
enulose 133
ENVARSUS XR 156
EPIDIOLEX 48
epinephrine 177
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK) 178
epitol 52
eplerenone 117
ERGOLOID MESYLATES 53
ERGOTAMINE-CAFFEINE 62
ERIVEDGE 71
ERLEADA 65
erlotinib hcl 72
errin 148
ertapenem sodium 45
ERY 129
erythrocin lactobionate 45
erythromycin 129,172
erythromycin base 46
erythromycin ethylsuccinate 46
erythromycin lactobionate 46
ERZOFRI 88,89
escitalopram oxalate 56
eslicarbazepine acetate 52
esomeprazole magnesium 135
estarylla 142
estradiol 142,143
estradiol valerate 143
ESTRING 143
estrogens conjugated 143
eszopiclone 182
ethambutol hcl 64
ethosuximide 50
ethynodiol diac-eth estradiol 143
etodolac 34
etodolac er 34
etonogestrel-ethinyl estradiol 143
etravirine 95
EUCRISA 126
EULEXIN 65
euthyrox 150
everolimus 72,156
EVOTAZ 97
exemestane 68
EXXUA 55
EXXUA TITRATION PACK 55
ezetimibe 119
ezetimibe-simvastatin 119

F

falmina 143
famciclovir 99
famotidine 134
FANAPT 89
FANAPT TITRATION PACK A 89
FANAPT TITRATION PACK B 89
FANAPT TITRATION PACK C 89
FARXIGA 120
febuxostat 62
feirza 1.5/30 143
feirza 1/20 143
felbamate 48
felodipine er 113
fenofibrate 118
fenofibrate micronized 118
fenofibric acid 118
fentanyl 35
FETZIMA 56
FETZIMA TITRATION 56
fidaxomicin 46
FILSPARI 137,138
finasteride 137
fingolimod hcl 123
FINTEPLA 48
flecainide acetate 111
fluconazole 60
fluconazole in sodium chloride 61
flucytosine 61
fludrocortisone acetate 138

flunisolide 181
fluocinolone acetonide 126
fluocinolone acetonide body 126
fluocinolone acetonide scalp 126
fluocinonide 126
fluocinonide emulsified base 126
fluorometholone 173
fluorouracil 128
fluoxetine hcl 56
FLUOXETINE HCL 57
fluphenazine decanoate 87
fluphenazine hcl 87
FLURBIPROFEN 34
FLURBIPROFEN SODIUM 173
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL . . 181
fluticasone propionate 126,181
fluticasone-salmeterol 181
FLUTICASONE-SALMETEROL 181
fluvastatin sodium 118
fluvastatin sodium er 118
fluvoxamine maleate 57
FML FORTE 173
fondaparinux sodium 106
fosamprenavir calcium 97
fosfomycin tromethamine 41
fosinopril sodium 110
fosinopril sodium-hctz 115
FOTIVDA 72
FRUZAQLA 67
FULPHILA 108
fulvestrant 66
FUROSEMIDE 117
furosemide 117
fyavolv 143

G

gabapentin 50
galantamine hydrobromide 54
galantamine hydrobromide er 54
gallifrey 148
GAMUNEX-C 152
GARDASIL 9 158
gauze pads 2 166
GAVILYTE-C 134
gavilyte-g 134
gavilyte-n with flavor pack 133
GAVRETO 72
gefitinib 72
gemfibrozil 118
GEMTESA 137
generlac 133
gengraf 156
gentamicin sulfate 40,172
GENVOYA 94
GILOTRIF 72
glatiramer acetate 124
glatopa 124
glimepiride 101
glipizide 101
glipizide er 101
glipizide xl 101
glipizide-metformin hcl 101
glucagon emergency 104
glyburide 102
GLYBURIDE MICRONIZED 102
glyburide-metformin 102
glycopyrrolate 134
GLYXAMBI 102
GNP PEN NEEDLES 166
GOMEKLI 72
GOODSENSE ALCOHOL SWABS 166
granisetron hcl 59
griseofulvin microsize 61
griseofulvin ultramicrosize 61
guanfacine hcl 109
guanfacine hcl er 121

H

HADLIMA 156
HADLIMA PUSHTOUCH 156

HAEGARDA 152
hailey 1.5/30 143
hailey fe 1.5/30 143
hailey fe 1/20 143
halobetasol propionate 127
haloette 143
haloperidol 87
haloperidol decanoate 87
haloperidol lactate 87
HAVRIX 158
heather 148
heparin sodium (porcine) 107
heparin sodium (porcine) pf 107
HEPLISAV-B 158
HERNEXEOS 72
HIBERIX 158
HIZENTRA 152
HUMALOG 104
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 104
HUMALOG KWIKPEN 104
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN 104
HUMALOG MIX 75/25 104
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN 104
HUMULIN 70/30 104
HUMULIN 70/30 KWIKPEN 104
HUMULIN N 104
HUMULIN N KWIKPEN 104
HUMULIN R 104
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) . . 104
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 105
hydralazine hcl 120
hydrochlorothiazide 118
hydrocodone-acetaminophen 36,37
hydrocortisone 127,161
hydrocortisone (perianal) 127
hydrocortisone butyrate 127
hydrocortisone-acetic acid 175
hydromorphone hcl 37
hydroxychloroquine sulfate 84
hydroxyurea 67
hydroxyzine hcl 176
hydroxyzine pamoate 176
HYRNUO 73

I

ibandronate sodium 162
IBRANCE 73
IBTROZI 73
ibu 34
ibuprofen 34
icatibant acetate 152
iclevia 143
ICLUSIG 73
icosapent ethyl 119
IDHIFA 73
IDVYNSO 97
ILEVRO 173
imatinib mesylate 73
IMBRUVICA 73
imipenem-cilastatin 45
imipramine hcl 58
imiquimod 128
IMKELDI 73
IMOVAX RABIES 158
IMPAVIDO 84
incassia 148
INCRELEX 140
INCRUSE ELLIPTA 176
indapamide 118
indomethacin 35
INFANRIX 159
INLURIYO 66
INLYTA 73,74
INQOVI 67
INREBIC 74
INSULIN LISPRO 105
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 105
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 105
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO 105
INSULIN PEN NEEDLES 166

INSULIN PEN NEEDLES 166
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 167
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 167
INSULIN SYRINGE 1 ML 167
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 167
INSUPEN PEN NEEDLES 167
INSUPEN32G EXTR3ME 167
INTELENCE 95
INTRALIPID 167
introvale 143
INVEGA HAFYERA 89
INVEGA SUSTENNA 89,90
INVEGA TRINZA 90
IPOL 159
ipratropium bromide 177
ipratropium bromide hfa 177
ipratropium-albuterol 181
irbesartan 110
irbesartan-hydrochlorothiazide 116
ISENTRESS 94
ISENTRESS HD 94
isibloom 143
isoniazid 64
isopropyl alcohol 128
isopropyl alcohol wipes 128
isosorbide dinitrate 120
isosorbide mononitrate 120
isosorbide mononitrate er 120
isotretinoin 125
isradipine 113
ITOVEBI 74
itraconazole 61
ivabradine hcl 116
ivermectin 84
IWILFIN 67
IXIARO 159

J

jaimiess 143
JAKAFI 74
JAKAFI XR 74
jantoven 107
JARDIANCE 120
jasmiel 143
JAYPIRCA 74
jencycla 148
JENTADUETO 102
JENTADUETO XR 102
JIDEYTRO 74
jinteli 143
jolessa 143
joyeaux 144
JUBBONTI 162
juleber 144
JULUCA 94
junel 1.5/30 144
junel 1/20 144
junel fe 1.5/30 144
junel fe 1/20 144
JYNNEOS 159

K

KALETRA 97
kalliga 144
KALYDECO 178
kariva 144
kcl in dextrose-nacl 130
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 130
kelnor 1/35 144
kelnor 1/50 144
KERENDIA 102
ketoconazole 61
ketorolac tromethamine 173
KINERET 153
KINRIX 159
kionex 132
KISQALI (200 MG DOSE) 74
KISQALI (400 MG DOSE) 74
KISQALI (600 MG DOSE) 75
klayesta 61

klor-con . . . 130
klor-con 10 . . . 130
klor-con m10 . . . 130
klor-con m15 . . . 130
klor-con m20 . . . 130
KLOXXADO . . . 39
KOMZIFTI . . . 75
KOSELUGO . . . 75
kourzeq . . . 124
KRAZATI . . . 75
kurvelo . . . 144

L

l-glutamine . . . 136
labetalol hcl . . . 112
lacosamide . . . 52
lactated ringers . . . 130,167
lactulose . . . 133
lactulose encephalopathy . . . 133
LAGEVRIO . . . 99
lamivudine . . . 94,96
lamivudine-zidovudine . . . 96
lamotrigine . . . 48
lansoprazole . . . 135
LANTUS . . . 105
LANTUS SOLOSTAR . . . 105
lapatinib ditosylate . . . 75
larin 1.5/30 . . . 144
larin 1/20 . . . 144
larin fe 1.5/30 . . . 144
larin fe 1/20 . . . 144
latanoprost . . . 174
LAZCLUZE . . . 69
LEDERLE LEUCOVORIN . . . 68
leena . . . 144
leflunomide . . . 156
lenalidomide . . . 66
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) . . . 75
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) . . . 75
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) . . . 75
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) . . . 75
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) . . . 75
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) . . . 76
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) . . . 76
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) . . . 76
LEQEMBI IQLIK . . . 53
LEQEMBI IQLIK (500 MG DOSE) . . . 53
lessina . . . 144
letrozole . . . 68
leucovorin calcium . . . 68
LEUKERAN . . . 64
LEUKINE . . . 108
leuprolide acetate . . . 151
levalbuterol hcl . . . 178
LEVALBUTEROL TARTRATE . . . 178
levetiracetam . . . 48
levetiracetam er . . . 48
levo-t . . . 150
LEVOBUNOLOL HCL . . . 174
levocarnitine . . . 136
levocetirizine dihydrochloride . . . 176
levofloxacin . . . 46
LEVOFLOXACIN . . . 172
levofloxacin in d5w . . . 46
levonest . . . 144
levonorg-eth estrad triphasic . . . 144
levonorgest-eth estrad 91-day . . . 144
levonorgest-eth estradiol-iron . . . 144
levonorgestrel-ethinyl estrad . . . 144
levora 0.15/30 (28) . . . 145
levothyroxine sodium . . . 150
levoxyl . . . 150
lidocaine . . . 38
lidocaine hcl . . . 38
lidocaine viscous hcl . . . 38
lidocaine-prilocaine . . . 38
lidocan . . . 38
LIFYORLI (125 MG DOSE) . . . 76
LIFYORLI (150 MG DOSE) . . . 76
LILETTA (52 MG) . . . 149

lincomycin hcl 41
linezolid 41
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 41
LINZESS 133
liothyronine sodium 150
lisinopril 110
lisinopril-hydrochlorothiazide 116
lithium 101
lithium carbonate 101
lithium carbonate er 101
LIVTENCITY 93
lo-zumandimine 145
loestrin 1.5/30 (21) 145
loestrin 1/20 (21) 145
loestrin fe 1.5/30 145
loestrin fe 1/20 145
lojaimiess 145
LOKELMA 132
lomustine 64,65
LONSURF 68
loperamide hcl 133
lopinavir-ritonavir 97
lorazepam 100
lorazepam intensol 100
LORBRENA 76
loryna 145
losartan potassium 110
losartan potassium-hctz 116
loteprednol-tobramycin 171
lovastatin 118
low-ogestrel 145
loxapine succinate 87
lubiprostone 133
luizza 1.5/30 145
luizza 1/20 145
LUMAKRAS 76
LUPRON DEPOT (1-MONTH) 151
LUPRON DEPOT (3-MONTH) 151
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 151
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 151
lurasidone hcl 90
lutera 145
LYBALVI 55
lyleq 149
lyllana 145
LYNPARZA 76
LYSODREN 68
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 76
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 76
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 77
lyza 149

M

M-M-R II 159
macitentan 179
magnesium sulfate 130
malathion 128
maraviroc 97
marlissa 145
MARPLAN 56
MATULANE 65
matzim la 114
MAVYRET 94
meclizine hcl 59
medpura alcohol pads 128
medroxyprogesterone acetate 149
mefloquine hcl 84
megestrol acetate 149
MEKINIST 77
MEKTOVI 77
meleya 149
meloxicam 35
memantine hcl 54
memantine hcl er 54
MENEST 145
MENQUADFI 159
MENVEO 159
mercaptopurine 67
meropenem 45
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE 45

mesalamine . . . 161
mesalamine er . . . 161
mesna . . . 83
metformin hcl . . . 102
metformin hcl er . . . 102
methadone hcl . . . 35
methazolamide . . . 174
methenamine hippurate . . . 41
methergine . . . 167
methimazole . . . 152
methocarbamol . . . 182
METHOTREXATE SODIUM . . . 156
methotrexate sodium . . . 156
methotrexate sodium (pf) . . . 156
METHOXSALEN RAPID . . . 128
methscopolamine bromide . . . 134
methsuximide . . . 50
METHYLDOPA . . . 109
methylergonovine maleate . . . 167
methylphenidate hcl . . . 122
methylphenidate hcl er . . . 122
methylprednisolone . . . 138
methylprednisolone acetate . . . 138
methylprednisolone sodium succ . . . 138
metoclopramide hcl . . . 59
metolazone . . . 118
metoprolol succinate er . . . 112
metoprolol tartrate . . . 112
metoprolol-hydrochlorothiazide . . . 116
metronidazole . . . 41
metyrosine . . . 116
mexiletine hcl . . . 111
micafungin sodium . . . 61
MICONAZOLE 3 . . . 61
microgestin 1.5/30 . . . 145
microgestin 1/20 . . . 145
microgestin fe 1.5/30 . . . 145
microgestin fe 1/20 . . . 145
midodrine hcl . . . 109
mifepristone . . . 151
mili . . . 145
minocycline hcl . . . 47
minoxidil . . . 120
minzoya . . . 146
mirtazapine . . . 55
misoprostol . . . 135
modafinil . . . 183
MODEYSO . . . 68
moexipril hcl . . . 110
MOLINDONE HCL . . . 87
mometasone furoate . . . 127
mondoxyne nl . . . 47
mono-linyah . . . 146
montelukast sodium . . . 176
morphine sulfate . . . 37
morphine sulfate (concentrate) . . . 37
morphine sulfate er . . . 36
MOUNJARO . . . 102
MOVANTIK . . . 133
moxifloxacin hcl . . . 46,173
MOXIFLOXACIN HCL . . . 46
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) . . . 172
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL . . . 46
MRESVIA . . . 159
MULTAQ . . . 111
mupirocin . . . 129
mycophenolate mofetil . . . 157
mycophenolate mofetil hcl . . . 157
mycophenolate sodium . . . 157
mycophenolic acid . . . 157
MYRBETRIQ . . . 137

N

na sulfate-k sulfate-mg sulf . . . 133
nabumetone . . . 35
nadolol . . . 112
nafcillin sodium . . . 44
NAGLAZYME . . . 136
naloxone hcl . . . 39
naltrexone hcl . . . 39

naproxen . . . 35
naproxen dr . . . 35
naproxen sodium . . . 35
naratriptan hcl . . . 63
NATACYN . . . 173
nateglinide . . . 102
NAYZILAM . . . 38
nebivolol hcl . . . 112
necon 0.5/35 (28) . . . 146
NEFAZODONE HCL . . . 57
neo-polycin . . . 171
neo-polycin hc . . . 171
neomycin sulfate . . . 40
neomycin-bacitracin zn-polymyx . . . 171
neomycin-polymyxin-dexameth . . . 172
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN . . . 172
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC . . . 172
neomycin-polymyxin-hc . . . 175
NERLYNX . . . 77
nevirapine . . . 95
NEVIRAPINE . . . 95
nevirapine er . . . 95
NEXPLANON . . . 149
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) . . . 119
niacin er (antihyperlipidemic) . . . 119
NIACOR . . . 119
nicardipine hcl . . . 113
NICOTROL NS . . . 39
nifedipine er . . . 113
nifedipine er osmotic release . . . 113
nikki . . . 146
nilotinib hcl . . . 77
nilutamide . . . 65
nimodipine . . . 113
NINLARO . . . 77
nintedanib esylate . . . 180
nitazoxanide . . . 84
nitisinone . . . 136
nitro-bid . . . 120
nitrofurantoin macrocrystal . . . 41
nitrofurantoin monohyd macro . . . 41
nitroglycerin . . . 120
NIVESTYM . . . 108
NIZATIDINE . . . 134
nora-be . . . 149
norelgestromin-eth estradiol . . . 146
norethin ace-eth estrad-fe . . . 146
norethin-eth estradiol-fe . . . 146
norethindrone . . . 149
norethindrone acet-ethinyl est . . . 146
norethindrone acetate . . . 149
norethindrone-eth estradiol . . . 146
norgestim-eth estrad triphasic . . . 146
norgestimate-eth estradiol . . . 146
norlyroc . . . 149
nortrel 0.5/35 (28) . . . 146
nortrel 1/35 (21) . . . 146
nortrel 1/35 (28) . . . 146
nortrel 7/7/7 . . . 146
nortriptyline hcl . . . 58
NORVIR . . . 98
NovoFine 32G X 6 MM MISC . . . 167
NOVOLIN R FLEXPEN . . . 105
NOVOLIN R FLEXPEN RELION . . . 105
NUBEQA . . . 65
NUCALA . . . 181
NUPLAZID . . . 90
NURTEC . . . 62
NUTRILIPID . . . 167
nyamyc . . . 61
nylia 1/35 . . . 146
nylia 7/7/7 . . . 146
nystatin . . . 61
nystatin-triamcinolone . . . 128
nystop . . . 61

O

ocella . . . 146
octreotide acetate . . . 151
OCTREOTIDE ACETATE . . . 151

ODEFSEY 95
ODOMZO 77
OFEV 180
ofloxacin 173,175
OGSIVEO 77
OJEMDA 77,78
OJJAARA 68
olanzapine 90
olmesartan medoxomil 110
olmesartan medoxomil-hctz 116
olmesartan-amlodipine-hctz 116
omega-3-acid ethyl esters 119
omeprazole 135
OMNITROPE 134,140
ondansetron 59
ONDANSETRON HCL 59
ondansetron hcl 60
ONUREG 67
OPIPZA 90,91
OPVEE 167
oralone 124
ORGOVYX 151
orquidea 149
ORSERDU 65
oseltamivir phosphate 98
OSPHENA 149
OTEZLA 128,153
OTEZLA XR 128
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK 153
oxaprozin 35
oxcarbazepine 52
oxybutynin chloride 137
oxybutynin chloride er 137
oxycodone hcl 37
oxycodone-acetaminophen 37
OZEMPIC 102
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 102
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 102
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 103

P

pacerone 111
paliperidone er 91
PANRETIN 83
pantoprazole sodium 135
paricalcitol 162
paroxetine hcl 57
PAROXETINE HCL 57
paroxetine hcl er 57
PAXLOVID (150/100) 99
PAXLOVID (300/100 & 150/100) 99
PAXLOVID (300/100) 99
pazopanib hcl 78
PAZOPANIB HCL 78
PEDIARIX 159
PEDVAXHIB 159
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 133
peg-3350/electrolytes 134
PEGASYS 155
PEMAZYRE 78
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP 167
PEN NEEDLES 167
PENBRAYA 167
penicillamine 138
penicillin g potassium 44
PENICILLIN G SODIUM 44
penicillin v potassium 44
PENMENVY 159
PENTACEL 159
pentamidine isethionate 84
pentoxifylline er 116
perampanel 48
PERINDOPRIL ERBUMINE 111
periogard 124
permethrin 128
perphenazine 59
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 55
PERSERIS 91
pfizerpen 44

PHENELZINE SULFATE . . . 56
phenobarbital . . . 50
phenytek . . . 52
phenytoin . . . 52
phenytoin infatabs . . . 52
phenytoin sodium extended . . . 52
philith . . . 146
PIFELTRO . . . 95
pilocarpine hcl . . . 124,174
pimozide . . . 87
pimtrea . . . 147
pindolol . . . 112
pioglitazone hcl . . . 103
pioglitazone hcl-glimepiride . . . 103
pioglitazone hcl-metformin hcl . . . 103
piperacillin sod-tazobactam so . . . 45
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) . . . 78
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) . . . 78
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) . . . 78
pirfenidone . . . 180
PIRFENIDONE . . . 180
piroxicam . . . 35
PNV 27-CA/FE/FA . . . 130
podofilox . . . 128
polycin . . . 172
polymyxin b-trimethoprim . . . 173
pomalidomide . . . 66
POMALYST . . . 66
portia-28 . . . 147
posaconazole . . . 61
potassium chloride . . . 130
potassium chloride crys er . . . 130
potassium chloride er . . . 131
potassium chloride in dextrose . . . 131
potassium chloride in nacl . . . 131
potassium citrate er . . . 131
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% . . . 131
pramipexole dihydrochloride . . . 86
prasugrel hcl . . . 109
pravastatin sodium . . . 118
praziquantel . . . 84
prazosin hcl . . . 110
prednisolone . . . 139
prednisolone acetate . . . 173
prednisolone sodium phosphate . . . 139
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE . . . 173
prednisone . . . 139
PREDNISONE . . . 139
PREDNISONE INTENSOL . . . 139
pregabalin . . . 123
PREMARIN . . . 147
PREMASOL . . . 131
PREMIUM LIDOCAINE . . . 38
prenatal vitamins . . . 131
PRETOMANID . . . 64
prevalite . . . 119
PREVYMIS . . . 93
PREZCOBIX . . . 98
PREZCOBIX PED . . . 98
PREZISTA . . . 98
primaquine phosphate . . . 85
primidone . . . 50
PRIORIX . . . 159
PRO COMFORT ALCOHOL . . . 167
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE . . . 168
probenecid . . . 62
prochlorperazine . . . 59
prochlorperazine maleate . . . 59
procto-med hc . . . 127
proctosol hc . . . 127
proctozone-hc . . . 127
progesterone . . . 149
PROGRAF . . . 157
promethazine hcl . . . 59,176
propafenone hcl . . . 111
propranolol hcl . . . 112
PROPRANOLOL HCL . . . 112
propranolol hcl er . . . 112
propylthiouracil . . . 152
PROQUAD . . . 159

protriptyline hcl . . . 58
PULMOZYME . . . 178
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE . 168
pyrazinamide . . . 64
pyridostigmine bromide . . . 63
pyridostigmine bromide er . . . 63
pyrimethamine . . . 85

Q

qc alcohol . . . 128
QINLOCK . . . 68
QUADRACEL . . . 159
quetiapine fumarate . . . 91
quetiapine fumarate er . . . 91
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE . . 168
quinapril hcl . . . 111
quinapril-hydrochlorothiazide . . . 116
QUINIDINE SULFATE . . . 111
quinine sulfate . . . 85
QVAR REDIHALER . . . 176

R

ra isopropyl alcohol wipes . . . 128
RABAVERT . . . 159
rabeprazole sodium . . . 135
RALDESY . . . 57
raloxifene hcl . . . 149
raltegravir potassium . . . 94
ramelteon . . . 182
ramipril . . . 111
ranolazine er . . . 116
rasagiline mesylate . . . 86
reclipsen . . . 147
RECOMBIVAX HB . . . 159
RELENZA DISKHALER . . . 98
repaglinide . . . 103
REPATHA . . . 119
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM . . . 119
REPATHA SURECLICK . . . 119
RESTASIS . . . 172
RETACRIT . . . 108
RETEVMO . . . 78
REVCOVI . . . 136
REVUFORJ . . . 78
REXULTI . . . 91
REYATAZ . . . 98
REZDIFFRA . . . 150
REZLIDHIA . . . 78
RHOPRESSA . . . 174
RIBAVIRIN . . . 94
ribavirin . . . 94
RIDAURA . . . 153
rifabutin . . . 64
rifampin . . . 64
rifapentine . . . 64
rilpivirine hcl . . . 95
riluzole . . . 122
RIMANTADINE HCL . . . 98
ringers . . . 131
ringers irrigation . . . 168
RINVOQ . . . 153
RINVOQ LQ . . . 154
riociguat . . . 179
risedronate sodium . . . 162
risperidone . . . 91
risperidone microspheres er . . . 91
ritonavir . . . 98
rivaroxaban . . . 107
rivastigmine . . . 54
rivastigmine tartrate . . . 54
rizatriptan benzoate . . . 63
ROCKLATAN . . . 172
roflumilast . . . 178
ROMVIMZA . . . 79
ropinirole hcl . . . 86
ropinirole hcl er . . . 86
rosuvastatin calcium . . . 118
ROTARIX . . . 159
ROTATEQ . . . 159
roweepra . . . 49

ROZLYTREK 79
RUBRACA 79
rufinamide 52
RUKOBIA 97
RYBELSUS 103
RYDAPT 79

S

sacubitril-valsartan 116
sajazir 152
SANTYL 128
sapropterin dihydrochloride 136
SCEMBLIX 79
scopolamine 59
SECUADO 91
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 168
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 168
selegiline hcl 86
selenium sulfide 127
SELZENTRY 97
SEREVENT DISKUS 178
sertraline hcl 57
setlakin 147
sevelamer carbonate 132
sharobel 149
SHINGRIX 159,160
SIGNIFOR 151
sildenafil citrate 179
SILIGENTLE FOAM DRESSING 168
silodosin 137
silver sulfadiazine 128
SIMBRINZA 174
SIMLANDI (1 PEN) 157
SIMLANDI (1 SYRINGE) 157
SIMLANDI (2 PEN) 157
SIMLANDI (2 SYRINGE) 157
simliya 147
simpesse 147
simvastatin 118
sirolimus 157
SIRTURO 64
sitaglip phos-metformin hcl er 103
sitagliptin phos-metformin hcl 103
sitagliptin phosphate 103
SKYRIZI 154
SKYRIZI PEN 154
SMOFLIPID 168
sodium chloride 131
sodium chloride (pf) 131
SODIUM FLUORIDE 131
sodium oxybate 183
sodium phenylbutyrate 136
sodium polystyrene sulfonate 132
solifenacin succinate 137
SOLTAMOX 66
SOMAVERT 151
sorafenib tosylate 79
sotalol hcl 111
sotalol hcl (af) 111
SPIRIVA RESPIMAT 177
spironolactone 117
spironolactone-hctz 116
sprintec 28 147
SPRITAM 49
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 132
sronyx 147
ssd 128
sterile water for irrigation 168
STIOLTO RESPIMAT 181
STIVARGA 79
STREPTOMYCIN SULFATE 40
STRIBILD 94
subvenite 49
SUBVENITE 49
sucralfate 135
SULFACETAMIDE SODIUM 173
sulfacetamide sodium 173
sulfacetamide sodium (acne) 125
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 172
sulfadiazine 46

sulfamethoxazole-trimethoprim 46,47
sulfasalazine 161
sulfatrim pediatric 47
sulindac 35
sumatriptan 63
sumatriptan succinate 63
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL 63
sunitinib malate 79,80
SUNLENCA 97
SUPER TOUCH INSULIN SYRINGE 169
SUPER TOUCH PEN NEEDLES 169
SURE COMFORT PEN NEEDLES 169
syeda 147
SYMPAZAN 50,51
SYMTUZA 98
SYNAREL 151
SYNJARDY 103
SYNJARDY XR 103
SYNTHROID 150

T

TABLOID 67
TABRECTA 80
tacrolimus 127,157
tadalafil 137
tadalafil (pah) 179
TAFINLAR 80
TAGRISSO 80
TALZENNA 80
tamoxifen citrate 66
tamsulosin hcl 137
tarina fe 1/20 147
tarina fe 1/20 eq 147
TARPEYO 139
tasimelteon 182
tazarotene 125
TAZICEF 43
TAZVERIK 80
TDVAX 160
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 169
telmisartan 110
telmisartan-amlodipine 116
telmisartan-hctz 116
temazepam 182
TENIVAC 160
tenofovir disoproxil fumarate 96
TEPMETKO 80
terazosin hcl 110
terbinafine hcl 61
terconazole 61
teriflunomide 124
teriparatide 162
testosterone 140
testosterone cypionate 140
TESTOSTERONE ENANTHATE 140
tetrabenazine 122
tetracycline hcl 47
THALOMID 66
theophylline er 179
thioridazine hcl 87
thiothixene 87
tiadylt er 114
tiagabine hcl 51
TIBSOVO 80
ticagrelor 109
TICOVAC 160
tigecycline 41
timolol maleate 112,174
tinidazole 41
tiotropium bromide 177
TIVICAY 94
TIVICAY PD 94
tizanidine hcl 93
TOBI PODHALER 178
tobramycin 173,178
tobramycin sulfate 40
tobramycin-dexamethasone 172
TOLAK 128
tolterodine tartrate 137
tolterodine tartrate er 137

tolvaptan 132
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE 169
topiramate 49
toremifene citrate 66
torsemide 117
TOUJEO MAX SOLOSTAR 105
TOUJEO SOLOSTAR 105
TPN ELECTROLYTES 131
TRADJENTA 103
tramadol hcl 38
tramadol hcl er 36
tramadol-acetaminophen 38
trandolapril 111
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER 117
tranexamic acid 108
tranylcypromine sulfate 56
travoprost (bak free) 174
trazodone hcl 57
TRECATOR 64
TRELEGY ELLIPTA 181
TREMFYA 154
TREMFYA ONE-PRESS 154
TREMFYA PEN 154
TREMFYA-CD/UC INDUCTION 154
TRESIBA 105
TRESIBA FLEXTOUCH 105
tretinoin 83,125
tri-estarylla 147
tri-linyah 147
tri-mili 147
tri-sprintec 147
tri-vylibra 147
triamcinolone acetonide 124,127
triamterene-hctz 117
triazolam 182
triderm 127
trientine hcl 132
TRIENTINE HCL 132
trifluoperazine hcl 87
TRIFLURIDINE 173
trihexyphenidyl hcl 85
TRIKAFTA 178
trimethoprim 41
trimipramine maleate 58
TRINTELLIX 57
TRIUMEQ 96
TRIUMEQ PD 96
trivora (28) 147
trospium chloride 137
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 169
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 169
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES . . . 169
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE . 169
TRULICITY 103
TRUMENBA 160
TRUQAP 80
TUKYSA 80
TURALIO 80
turqoz 147
TWINRIX 160
TYBOST 97
TYENNE 154
TYMLOS 162
TYPHIM VI 160

U

UDENYCA 108
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE . . . 170
ULTRA COMFORT PEN NEEDLES 170
UNIFINE OTC PEN NEEDLES 170
UNIFINE PENTIPS 170
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 170
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE . . 170
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 170
unithroid 150
UPTRAVI 179
ursodiol 134

V

valacyclovir hcl 99

VALCHLOR . . . 128
valganciclovir hcl . . . 93
valproate sodium . . . 49
valproic acid . . . 49
valsartan . . . 110
valsartan-hydrochlorothiazide . . . 117
VALTOCO 10 MG DOSE . . . 51
VALTOCO 15 MG DOSE . . . 51
VALTOCO 20 MG DOSE . . . 51
VALTOCO 5 MG DOSE . . . 51
valtya 1/35 . . . 147
VALTYA 1/50 . . . 147
vancomycin hcl . . . 42
VANFLYTA . . . 81
VAQTA . . . 160
varenicline tartrate . . . 39
varenicline tartrate (starter) . . . 39
varenicline tartrate(continue) . . . 39
VARIVAX . . . 160
VAXCHORA . . . 160
VELIVET . . . 147
VELSIPITY . . . 154
VENCLEXTA . . . 81
VENCLEXTA STARTING PACK . . . 81
venlafaxine hcl . . . 57
venlafaxine hcl er . . . 57
VEOZAH . . . 123
VEPPANU . . . 66
verapamil hcl . . . 114
VERAPAMIL HCL ER . . . 114
verapamil hcl er . . . 114
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE . . . 170
VERIFINE INSULIN SYRINGE . . . 170
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE . . . 170
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR . . . 170
VERQUVO . . . 117
VERSACLOZ . . . 92
VERZENIO . . . 81
vestura . . . 148
vienva . . . 148
vigabatrin . . . 51
vigadrone . . . 51
VIGAFYDE . . . 51
vigpoder . . . 51
vilazodone hcl . . . 57
VIMKUNYA . . . 160
viorele . . . 148
VIRACEPT . . . 98
VIREAD . . . 96
VITRAKVI . . . 81
VIVOTIF . . . 160
VIZIMPRO . . . 81
volnea . . . 148
VONJO . . . 83
VOQUEZNA DUAL PAK . . . 134
VOQUEZNA TRIPLE PAK . . . 134
VORANIGO . . . 81
voriconazole . . . 61
VOSEVI . . . 94
VOWST . . . 171
VRAYLAR . . . 92
vyfemla . . . 148
vylibra . . . 148
VYZULTA . . . 174

W

warfarin sodium . . . 107
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE . . . 171
WEGOVY . . . 117
WELIREG . . . 68
WELTRUZA . . . 92
wera . . . 148
WINREVAIR . . . 179
wixela inhub . . . 181
wymzya fe . . . 148
WYOST . . . 162

X

XALKORI . . . 82
XARELTO . . . 107

XARELTO STARTER PACK . . . 107
XATMEP . . . 157
XCOPRI . . . 49,53
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) . . . 53
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) . . . 53
XDEMVY . . . 172
xelria fe . . . 148
XERMELO . . . 133
XIFAXAN . . . 42
XIGDUO XR . . . 103
XIIDRA . . . 172
XOFLUZA (40 MG DOSE) . . . 98
XOFLUZA (80 MG DOSE) . . . 98
XOLAIR . . . 154,155
XOSPATA . . . 82
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) . . . 82
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) . . . 82
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) . . . 82
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) . . . 82
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) . . . 82
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) . . . 82
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) . . . 82
XTANDI . . . 65,66
XTRENBO . . . 162
xulane . . . 148

Y

YESINTEK . . . 155
YF-VAX . . . 160
yuvafem . . . 148

Z

zafemy . . . 148
zafirlukast . . . 176
zaleplon . . . 182
ZARXIO . . . 108
ZEJULA . . . 83
ZELBORAF . . . 83
zenatane . . . 125
ZENBEXUS . . . 68
ZENPEP . . . 136
zidovudine . . . 96
ziprasidone hcl . . . 92
ziprasidone mesylate . . . 92
ZIRGAN . . . 173
zoledronic acid . . . 162
ZOLINZA . . . 68
zolpidem tartrate . . . 182
ZONISADE . . . 53
zonisamide . . . 53
zovia 1/35 (28) . . . 148
ZTALMY . . . 51
zumandimine . . . 148
ZURZUVAE . . . 55,56
ZYDELIG . . . 83
ZYKADIA . . . 83
ZYMFENTRA (1 PEN) . . . 157
ZYMFENTRA (2 PEN) . . . 157
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) . . . 158
ZYPREXA RELPREVV . . . 92

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

ANALGESICS . . . 34
ANESTHETICS . . . 38
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS . . . 38
ANTIBACTERIALS . . . 40
ANTICONVULSANTS . . . 47
ANTIDEMENTIA AGENTS . . . 53
ANTIDEPRESSANTS . . . 54
ANTIEMETICS . . . 58
ANTIFUNGALS . . . 60
ANTIGOUT AGENTS . . . 62
ANTIMIGRAINE AGENTS . . . 62
ANTIMYASTHENIC AGENTS . . . 63
ANTIMYCOBACTERIALS . . . 64
ANTINEOPLASTICS . . . 64
ANTIPARASITICS . . . 84
ANTIPARKINSON AGENTS . . . 85
ANTIPSYCHOTICS . . . 87
ANTISPASTICITY AGENTS . . . 92
ANTIVIRALS . . . 93
ANXIOLYTICS . . . 99
BIPOLAR AGENTS . . . 101
BLOOD GLUCOSE REGULATORS . . . 101
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS . . . 106
CARDIOVASCULAR AGENTS . . . 109
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS . . . 121
DENTAL AND ORAL AGENTS . . . 124
DERMATOLOGICAL AGENTS . . . 125
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS . . . 129
GASTROINTESTINAL AGENTS . . . 132
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT . . . 135
GENITOURINARY AGENTS . . . 137
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL) . . . 138
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY) . . . 139
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS) . . . 140
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID) . . . 150

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY) 151
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID) 152
IMMUNOLOGICAL AGENTS 152
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS 161
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS 161
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS 163
OPHTHALMIC AGENTS 171
OTIC AGENTS 175
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS 175
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS 182
SLEEP DISORDER AGENTS 182

Notice of Availability of
Language Services and Auxiliary Aids and Services

English Tagline

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

الشعار بالعربية (Arabic)

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

Հայերեն պիտակ (Armenian)

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

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

简体中文标语 (Chinese)

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

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

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

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

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

日本語表記 (Japanese)

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

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

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

한국어 태그라인 (Korean)

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

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ

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

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການ
ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ

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

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

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

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

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

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

مطلب به زبان فارسی ((Persian (Farsi)

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

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

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

Русский слоган (Russian)

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

предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

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

Tagalog Tagline (Tagalog)

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

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

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

Примітка українською (Ukrainian)

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

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

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

ՈՉ ԽՏՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ԾԱՆՈՒՑԱԳԻՐ

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

Blue Shield of California -ը մատուցում է՝

- Ժամանակին անվճար օգնություններ և ծառայություններ հաշմանդամներին, որպեսզի ավելի լավ հաղորդակցեն մեզ հետ, ինչպես՝
  - Խուլուհամրերի որակյալ թարգմանիչներ
  - Տարբեր ձևաչափերով գրավոր տեղեկություն (խոշոր տառատեսակ, ձայնագրություն, մատչելի էլեկտրոնային ձևաչափեր, ուրիշ ձևաչափեր)

- Ժամանակին անվճար լեզվական ծառայություններ անձանց, որոնց առաջնային լեզուն անգլերենը չէ, ինչպես՝
  - Որակյալ բանավոր թարգմանիչներ
  - Ուրիշ լեզուներով գրված տեղեկություն

- Եթե Ձեզ անհրաժեշտ են այս ծառայությունները, կապվեք Blue Shield of California -ի հետ 8:00-ից 20:00, երկուշաբթիից ուրբաթ: Զանգահարեք Հաճախորդների խնամք Ձեր տարածաշրջանում.

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

Blue Shield of California Հաճախորդների խնամք

601 12th Street

Oakland, CA 94607-3613

1-800-452-4413 TTY՝711

ԻՆՉՊԵՍ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵԼ ԲՈՂՈՔԸ

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

- Հեռախոսով՝ Կապվեք Blue Shield of California -ի քաղաքացիական իրավունքների համակարգողի հետ 8:00-ից 20:00, երկուշաբթիից ուրբաթ՝ զանգահարելով 1-800-776-4466. : Կամ, եթե չեք կարող լավ լսել ու խոսել, խնդրվում է զանգահարել TTY/TDD 711 համարով:
- Գրավոր՝ Լրացրեք գանգատի ձևաթուղթը կամ նամակ գրեք և ուղարկեք այս հասցեով՝

Blue Shield of California's Civil Rights Coordinator -ի քաղաքացիական իրավունքների համակարգող:
Medicare Appeals & Grievance, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91367 or email Appeal&GrievanceResol@blueshieldca.com.

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

ՔԱՂԱՔԱՑԻԱԿԱՆ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ԳՐԱՍԵՆՅԱԿ (OFFICE OF CIVIL RIGHTS) – ԿԱԼԻՖՈՐՆԻԱՅԻ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ԽՆԱՄՔԻ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ԲԱԺԻՆ (CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)

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

- Հեռախոսով՝ Զանգահարեք 916-440-7370: Եթե չեք կարող լավ խոսել կամ լսել, խնդրում ենք զանգահարել 711 (Հեռահաղորդակցման փոխանցման ծառայություն):
- Գրավոր՝ Լրացրեք գանգատի ձևաթուղթ կամ նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեին՝

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

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

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

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

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

» Հեռախոսով՝ Զանգահարեք 1-800-368-1019: Եթե չեք կարող լավ խոսել կամ լսել, խնդրվում է զանգահարել TTY/TDD 1-800-537-7697 համարով:

» Գրավոր՝ Լրացրեք գանգատի ձևաթուղթ կամ նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեին՝

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

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

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

Այս *Դեղացանկի* թարմացման ամսաթիվը՝ 10/23/2026

Ավելի թարմ տեղեկությունների կամ այլ հարցերի համար դիմեք մեզ (800) 452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը: PT (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր կամ այցելեք՝ blueshieldca.com/medformulary2027: