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

Список покрываемых лекарственных препаратов (*Список препаратов* или Справочник) на 2027 год

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

ID справочника 27198, версия 12

Этот *Список препаратов* был обновлён 10/23/2026 .

Для получения более свежей информации или по другим вопросам свяжитесь с нами по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю или посетите blueshieldca.com/medformulary2027.

H2819_26_149A_C Approved 08182026

A55568EAE-RU (11/26)

Введение

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

Содержание

A. Отказ от ответственности iv

B. Часто задаваемые вопросы (FAQ) xiv

B1. Какие препараты рецептурного отпуска включены в *Список покрываемых лекарственных препаратов*? (Для краткости мы называем *Список покрываемых лекарственных препаратов* «*Списком препаратов*».) xiv

B2. Изменяется ли *Список препаратов*? xv

B3. Что происходит при изменении *Списка препаратов*? xvi

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

B5. Как узнать, есть ли у нужного вам лекарственного препарата нормы или требуется ли выполнение особых условий для его получения? xix

B6. Что произойдет, если Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan изменит свои правила относительно покрытия определенных препаратов (например, требование предварительного разрешения, количественные ограничения и/или ограничения поэтапной терапии)? xix

B7. Как найти препарат в *Списке препаратов*? xix

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

B9. Что делать, если я новый участник Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan и не могу найти свой препарат в *Списке препаратов* или возникла проблема с получением препарата? xx

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

B11. Как подать запрос об исключении? xxii

B12. Сколько времени нужно, чтобы получить исключение? xxii

B13. Что такое непатентованные лекарственные препараты? xxiii

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

B15. Покрывает ли Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan долгосрочные запасы рецептурных препаратов? xxiii

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

B17. Какова моя сумма доплаты? xxiv

C. Обзор *Списка покрываемых лекарственных препаратов* xxx

C1. Список препаратов по медицинским показаниям xxxi

D. Указатель покрываемых лекарственных препаратов 141

A.Отказ от ответственности

Это список препаратов, которые участники могут получить в Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

- Вы всегда можете проверить актуальный *Список покрываемых препаратов* Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan онлайн по адресу blueshieldca.com/medformulary2027 или позвонив по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711). Звонок бесплатный.
- Blue Shield of California является независимым членом Blue Shield Association.
- Вы можете получить этот документ бесплатно в других форматах, например, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в форме аудиозаписи. Позвоните по номерам, указанным в нижнем колонтитуле этого документа. Звонок бесплатный.
- Blue Shield of California — это план HMO D-SNP с контрактом Medicare и контрактом с California State Medicaid Program (Программа Medicaid штата Калифорния). Регистрация в Blue Shield of California зависит от продления контракта.
- The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯 邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年 齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人 。 Компания соблюдает применимые законы штата и федеральные законы о гражданских правах и не допускает дискриминации, исключения людей или иного неравного обращения по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, этнической принадлежности, состояния здоровья, генетической информации, родословной, религии, пола, семейного положения, гендера, гендерной идентичности, сексуальной ориентации, возраста, психических или физических особенностей.
- *Этот документ предоставляется бесплатно на английском, испанском, арабском, армянском, упрощённом китайском, традиционном китайском, фарси, кхмерском (камбоджийском), корейском, русском, тагальском и вьетнамском языках.*

Этот раздел продолжается на следующей странице

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:

Этот раздел продолжается на следующей странице

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|

Этот раздел продолжается на следующей странице

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

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

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

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

Этот раздел продолжается на следующей странице

日本語表記 (Japanese)

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

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

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

한국어 태그라인 (Korean)

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

Этот раздел продолжается на следующей странице

ແຫກໄລພາສາລາວ (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.

Этот раздел продолжается на следующей странице

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

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

مطلب به زبان فارسی (Persian (Farsi))

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

Этот раздел продолжается на следующей странице

Русский слоган (Russian)

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

Mensaje en español (Spanish)

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

Этот раздел продолжается на следующей странице

Tagalog Tagline (Tagalog)

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

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

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

Этот раздел продолжается на следующей странице

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.

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

B. Часто задаваемые вопросы (FAQ)

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

B1. Какие препараты рецептурного отпуска включены в *Список покрываемых лекарственных препаратов*? (Для краткости мы называем *Список покрываемых лекарственных препаратов* «*Списком препаратов*».)

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

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

- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan покроет все медицински необходимые препараты из *Списка препаратов*, если:
    - ваш или другой врач, назначающий препараты, скажет, что они нужны вам для лечения или поддержания здоровья, и
    - Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan посчитает, что препарат медицински необходим для вас, **и**
    - вы получаете препарат по рецепту в сетевой аптеке Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
- В некоторых случаях вам нужно выполнить определённые действия, прежде чем вы сможете получить препарат. Обратитесь к вопросу B4 для получения дополнительной информации.

Вы также можете найти актуальный список покрываемых препаратов на нашем сайте по адресу blueshieldca.com/medformulary2027 или позвонить в Центр поддержки участников по номерам, указанным в нижнем колонтитуле этого документа.

B2. Изменяется ли *Список препаратов*?

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

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

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

Для получения дополнительной информации о правилах, касающихся этих препаратов, см. вопрос B4.

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

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

Вопросы B3 и B6 ниже содержат дополнительную информацию о том, что происходит при изменении *Списка препаратов*.

Этот раздел продолжается на следующей странице

- Вы всегда можете проверить актуальный *Список препаратов* Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan онлайн на сайте blueshieldca.com/medformulary2027. Обновления *Списка препаратов* публикуются на сайте ежемесячно.
- Вы также можете позвонить в Центр поддержки участников по номерам, указанным в нижнем колонтитуле этого документа, чтобы узнать текущий *Список препаратов*.

B3. Что происходит при изменении *Списка препаратов*?

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

- **Замены некоторых новых версий препаратов.** Мы можем немедленно удалить старые препараты из *Списка препаратов*, если заменяем их новыми версиями этого препарата, при этом ваша стоимость нового препарата останется $0. Когда мы добавляем новый непатентованный лекарственный препарат, мы также можем принять решение о сохранении патентованного лекарственного средства в списке, но изменить правила его покрытия или нормы.
    - Мы можем не уведомить вас о предстоящем изменении, но вышлем вам информацию о конкретных изменениях, которые мы внесли, как только они произойдут.
    - Мы можем вносить такие изменения только в том случае, если добавляемый препарат:
        - является новой дженерик-версией фирменного препарата, или
        - является определённой новой биосимилярной версией оригинальных биологических продуктов из *Списка препаратов* (например, добавление взаимозаменяемого биосимиляра, который может быть заменён на оригинальный биологический продукт без нового рецепта).
        - Некоторые из этих типов препаратов могут быть для вас новыми. Для получения дополнительной информации обратитесь к **Разделу B14**.
    - Вы или ваш лечащий врач можете попросить об исключении из этих изменений. Мы отправим вам уведомление с инструкциями о том, как подать запрос на исключение. Смотрите вопросы B10-B12 для получения дополнительной информации об исключениях.

Этот раздел продолжается на следующей странице

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

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

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

Когда происходят такие изменения, мы:

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

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

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

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

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

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

Вы можете узнать, есть ли у вашего препарата дополнительные требования или ограничения, посмотрев в таблицах в **Разделе C.** Вы также можете получить дополнительную информацию, посетив наш сайт по адресу blueshieldca.com/medformulary2027. Мы опубликовали в Интернете документы, в которых разъясняются ограничения на предварительное утверждение и поэтапную терапию. Вы также можете попросить нас выслать вам копию.

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

B5. Как узнать, есть ли у нужного вам лекарственного препарата нормы или требуется ли выполнение особых условий для его получения?

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

B6. Что произойдет, если Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan изменит свои правила относительно покрытия определенных препаратов (например, требование предварительного разрешения, количественные ограничения и/или ограничения поэтапной терапии)?

В некоторых случаях мы заранее сообщим вам о добавлении или изменении предварительного одобрения, норм по количеству и/или ограничений по поэтапной терапии для препарата. См. вопрос B3 для получения дополнительной информации о таком предварительном уведомлении и ситуациях, когда мы не сможем сообщить вам заранее об изменении *Списка препаратов*.

B7. Как найти препарат в *Списке препаратов*?

Есть два способа найти препарат:

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

Для поиска **в алфавитном порядке** перейдите в раздел «Указатель покрываемых лекарственных препаратов». Вы можете найти его в указателе, который начинается на странице 141 . Указатель содержит алфавитный список всех препаратов, включенных в этот документ. Указатель включает как патентованные, так и непатентованные лекарственные препараты. Найдите ваш лекарственный препарат в Указателе. Рядом с препаратом вы увидите номер страницы, на которой приводится информацию о его покрытии.

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

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

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

- Обратитесь в Центр поддержки участников программы, чтобы получить список препаратов, аналогичных тому, которое вы хотите принимать. Затем покажите этот список своему врачу или другому специалисту, выписывающему рецепты. Он или она сможет подобрать препарат из *Списка препаратов*, аналогичный тому, который вы хотите принимать. **Или**

- Попросите Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan сделать исключение и покрыть стоимость вашего препарата. Смотрите вопросы B10-B12 для получения дополнительной информации об исключениях.

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

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

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

Мы покроем 30-дневный запас вашего препарата, если:

- вы принимаете препарат, который отсутствует в нашем *Списке препаратов*, **или**

- правила плана медицинского страхования не позволяют вам получить количество, назначенное вашим врачом, **или**

- препарат требует предварительного разрешения от Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, **или**

Этот раздел продолжается на следующей странице

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

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

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

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

Политика перехода

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

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

Да. Вы можете попросить Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan сделать исключение для покрытия стоимости препарата, которого нет в *Списке препаратов*.

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

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

B11. Как подать запрос об исключении?

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

B12. Сколько времени нужно, чтобы получить исключение?

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

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

B13. Что такое непатентованные лекарственные препараты?

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

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan покрывает как патентованные, так и непатентованные препараты.

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

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

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

B15. Покрывает ли Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan долгосрочные запасы рецептурных препаратов?

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

Этот раздел продолжается на следующей странице

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

- **Программы розничных аптек.** Некоторые розничные аптеки также могут предлагать **100-дневный запас для препаратов Уровня 1: Предпочтительные непатентованные препараты, Уровня 2: Непатентованные препараты, Уровня 3: Предпочтительные патентованные препараты и Уровня 4: Непредпочтительные препараты**. 100-дневный запас для Уровня 1: Предпочтительные непатентованные препараты и Уровня 2: Непатентованные препараты характеризуется такой же доплатой, как и месячный запас препаратов этих уровней. 100-дневный запас для Уровня 3: Предпочтительные патентованные препараты и Уровня 4: Непредпочтительные препараты характеризуется такой же доплатой, как и месячный запас препаратов этих уровней.

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

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

B17. Какова моя сумма доплаты?

У участников Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan есть доплаты за рецептурные препараты, если участник соблюдает правила плана.

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

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

Этот раздел продолжается на следующей странице

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

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

Уровень	**Название**	**Доплата**	
		30-дневный запас	**100-дневный запас**
Уровень 1	Предпочтительные непатентованные лекарственные препараты	$0	$0
Уровень 2	Непатентованные лекарственные препараты	$0	$0
Уровень 3	Предпочтительные патентованные препараты	Если вы получаете Extra Help (дополнительная помощь), вы платите: за включенные в покрытие дженерики (включая брендовые препараты, приравниваемые к дженерикам) — либо: $0,00; $1,65; $5,80 За все остальные препараты, включенные в покрытие, — либо: $0; $5,00; $14,40 Если вы получаете Extra Help, вы платите от $0,00 до $14,40 за	Если вы получаете Extra Help (дополнительная помощь), вы платите: за включенные в покрытие дженерики (включая брендовые препараты, приравниваемые к дженерикам) — либо: $0,00; $1,65; $5,80 За все остальные препараты, включенные в покрытие, — либо: $0; $5,00; $14,40 Если вы получаете Extra Help, вы платите от $0,00 до $14,40 за

		месячный запас каждого включенного в покрытие препарата инсулина, относящегося к данной категории. Если вы не соответствуете критериям для получения Extra Help, вы платите не более меньшей из следующих сумм: $35,00 за месячный запас, $70 за запас на 2 месяца или $105 за запас на 3 месяца для каждого включенного в покрытие препарата инсулина данной категории; либо вы оплачиваете 17% стоимости (соплатеж) каждого включенного в покрытие препарата, не являющегося инсулином и относящегося к данной категории. Размер соплатежей за лекарства может варьироваться в зависимости от уровня предоставляемой вам Extra Help. Для получения подробной информации, пожалуйста, свяжитесь	месячный запас каждого включенного в покрытие препарата инсулина, относящегося к данной категории. Если вы не соответствуете критериям для получения Extra Help, вы платите не более меньшей из следующих сумм: $35,00 за месячный запас, $70 за запас на 2 месяца или $105 за запас на 3 месяца для каждого включенного в покрытие препарата инсулина данной категории; либо вы оплачиваете 17% стоимости (соплатеж) каждого включенного в покрытие препарата, не являющегося инсулином и относящегося к данной категории. Размер соплатежей за лекарства может варьироваться в зависимости от уровня предоставляемой вам Extra Help. Для получения подробной информации, пожалуйста, свяжитесь

		с представителями вашего плана.	с представителями вашего плана.
Уровень 4	Непредпочтительные препараты	Если вы получаете Extra Help (дополнительная помощь), вы платите: за включенные в покрытие дженерики (включая брендовые препараты, приравниваемые к дженерикам) — либо: $0,00; $1,65; $5,80 За все остальные препараты, включенные в покрытие, — либо: $0; $5,00; $14,40 Если вы получаете Extra Help, вы платите от $0,00 до $14,40 за месячный запас каждого включенного в покрытие препарата инсулина, относящегося к данной категории. Если вы не соответствуете критериям для получения Extra Help, вы платите не более меньшей из следующих сумм: $35,00 за месячный запас, $70 за запас на	Если вы получаете Extra Help (дополнительная помощь), вы платите: за включенные в покрытие дженерики (включая брендовые препараты, приравниваемые к дженерикам) — либо: $0,00; $1,65; $5,80 За все остальные препараты, включенные в покрытие, — либо: $0; $5,00; $14,40 Если вы получаете Extra Help, вы платите от $0,00 до $14,40 за месячный запас каждого включенного в покрытие препарата инсулина, относящегося к данной категории. Если вы не соответствуете критериям для получения Extra Help, вы платите не более меньшей из следующих сумм: $35,00 за месячный запас, $70 за запас на

		2 месяца или $105 за запас на 3 месяца для каждого включенного в покрытие препарата инсулина данной категории; либо вы оплачиваете 17% стоимости (соплатеж) каждого включенного в покрытие препарата, не являющегося инсулином и относящегося к данной категории. Размер соплатежей за лекарства может варьироваться в зависимости от уровня предоставляемой вам Extra Help. Для получения подробной информации, пожалуйста, свяжитесь с представителями вашего плана.	2 месяца или $105 за запас на 3 месяца для каждого включенного в покрытие препарата инсулина данной категории; либо вы оплачиваете 17% стоимости (соплатеж) каждого включенного в покрытие препарата, не являющегося инсулином и относящегося к данной категории. Размер соплатежей за лекарства может варьироваться в зависимости от уровня предоставляемой вам Extra Help. Для получения подробной информации, пожалуйста, свяжитесь с представителями вашего плана.
Уровень 5	Специализированные препараты	Если вы получаете Extra Help, вы платите: за включенные в покрытие дженерики (включая брендовые препараты, приравниваемые к дженерикам) — либо: $0,00; $1,65; $5,80 За все остальные препараты,	Недоступно

		включенные в покрытие, — либо: $0; $5,00; $14,40 Если вы не соответствуете критериям для получения Extra Help, размер вашего соплатежа (доли стоимости) за каждый товар, покрываемый страховкой в этой категории, не превысит 25%. Размер соплатежей за лекарства может варьироваться в зависимости от уровня предоставляемой вам Extra Help. Для получения подробной информации, пожалуйста, свяжитесь с представителями вашего плана.	

C. Обзор *Списка покрываемых лекарственных препаратов*

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

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

Апелляции по Части D

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

C1. Список препаратов по медицинским показаниям

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

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

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

Этот раздел продолжается на следующей странице

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

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

D. Указатель покрываемых лекарственных препаратов

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

ANALGESICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS		
butalbital-aspirin-caffeine 50-325-40 mg cap	Tier 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
celecoxib (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
celecoxib 400 mg cap	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
diclofenac potassium 50 mg tab	Tier 2	
diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr)	Tier 2	
diclofenac sodium 1.5 % solution	Tier 3	
diclofenac sodium 3 % gel	Tier 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
diclofenac sodium 75 mg tab dr	Tier 1	
diclofenac sodium er 100 mg tab er 24h	Tier 2	
diflunisal 500 mg tab	Tier 3	
ec-naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)	Tier 2	
etodolac (200 mg cap, 300 mg cap)	Tier 3	
etodolac (400 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	
etodolac er (400 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h, 600 mg tab er 24h)	Tier 3	
FLURBIPROFEN (100 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 2	
ibu (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)	Tier 1	
ibuprofen (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension)	Tier 2	
ibuprofen (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)	Tier 1	
indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANALGESICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
meloxicam (15 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 1	
nabumetone (500 mg tab, 750 mg tab)	Tier 2	
naproxen (250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab)	Tier 1	
naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)	Tier 2	
naproxen dr 500 mg tab dr	Tier 2	
naproxen sodium (275 mg tab, 550 mg tab)	Tier 3	
oxaprozin 600 mg tab	Tier 4	
piroxicam (10 mg cap, 20 mg cap)	Tier 3	
sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)	Tier 2	
OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING		
buprenorphine (10 mcg/hr patch wk, 15 mcg/hr patch wk, 20 mcg/hr patch wk, 5 mcg/hr patch wk, 7.5 mcg/hr patch wk)	Tier 4	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME), NDS
fentanyl (100 mcg/hr patch 72hr, 12 mcg/hr patch 72hr, 25 mcg/hr patch 72hr, 50 mcg/hr patch 72hr, 75 mcg/hr patch 72hr)	Tier 3	PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 10 mg tab	Tier 4	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 10 mg/5ml solution	Tier 4	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 10 mg/ml solution	Tier 4	PA, NDS
methadone hcl 5 mg tab	Tier 4	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 5 mg/5ml solution	Tier 4	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate er (100 mg tab er, 200 mg tab er, 60 mg tab er)	Tier 4	QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate er 15 mg tab er	Tier 4	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANALGESICS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений
в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANALGESICS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений
в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANESTHETICS

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

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
ALCOHOL DETERRENTS/ANTI-CRAVING		
acamprosate calcium 333 mg tab dr	Tier 4	
disulfiram (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	
OPIOID DEPENDENCE		
buprenorphine hcl (2 mg sl tab, 8 mg sl tab)	Tier 2	
buprenorphine hcl-naloxone hcl (12-3 mg film, 2-0.5 mg film, 2-0.5 mg sl tab, 4-1 mg film, 8-2 mg film, 8-2 mg sl tab)	Tier 2	
OPIOID REVERSAL AGENTS		
KLOXXADO 8 MG/0.1ML LIQUID	Tier 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

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

ANTIBACTERIALS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTIBACTERIALS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTIBACTERIALS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTIBACTERIALS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTIBACTERIALS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTIBACTERIALS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTIBACTERIALS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений
в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTIBACTERIALS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
SULFONAMIDES		
sulfadiazine 500 mg tab	Tier 3	
sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 400-80 mg tab, 800-160 mg tab, 800-160 mg/20ml suspension)	Tier 2	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution	Tier 4	
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

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTICONVULSANTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
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)
roweepra 500 mg tab	Tier 2	

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTICONVULSANTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
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
CALCIUM CHANNEL MODIFYING AGENTS		
ethosuximide (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)	Tier 2	
methsuximide 300 mg cap	Tier 4	

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTICONVULSANTS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTICONVULSANTS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTICONVULSANTS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTICONVULSANTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	
zonisamide (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	

ANTIDEMENTIA AGENTS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTIDEMENTIA AGENTS

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

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
ANTIDEPRESSANTS, OTHER		
AUVELITY 45-105 MG TAB ER	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUVELITY TITRATION PACK 30-105 MG & 45-105 MG TBER THPK	Tier 4	QL (102 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTIDEPRESSANTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
EXXUA TITRATION PACK 18.2 MG TAB ER 24H	Tier 5	QL (64 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYBALVI (10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB, 5-10 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
mirtazapine (15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab, 45 mg tab disp, 7.5 mg tab)	Tier 2	
mirtazapine (15 mg tab, 30 mg tab)	Tier 1	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE (2-10 MG TAB, 2-25 MG TAB, 4-10 MG TAB, 4-25 MG TAB, 4-50 MG TAB)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP)	Tier 5	QL (28 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE 30 MG CAP	Tier 5	QL (14 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS		
EMSAM (12 MG/24HR PATCH 24HR, 6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR)	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
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)

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTIDEPRESSANTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
desvenlafaxine succinate er 100 mg tab er 24h	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
escitalopram oxalate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
escitalopram oxalate (10 mg/10ml solution, 5 mg/5ml solution)	Tier 2	
FETZIMA (120 MG CAP ER 24H, 20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK	Tier 4	QL (28 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
fluoxetine hcl (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	Tier 1	
fluoxetine hcl 20 mg/5ml solution	Tier 2	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	Tier 4	QL (4 PER 28 DAYS)
fluvoxamine maleate 100 mg tab	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
fluvoxamine maleate 25 mg tab	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
fluvoxamine maleate 50 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
NEFAZODONE HCL (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 3	
paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)	Tier 1	
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	

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTIDEPRESSANTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
trazodone hcl (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
trazodone hcl 300 mg tab	Tier 3	
TRINTELLIX (10 MG TAB, 20 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
venlafaxine hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 2	
venlafaxine hcl er (150 mg cap er 24h, 37.5 mg cap er 24h)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
venlafaxine hcl er 75 mg cap er 24h	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
TRICYCLICS		
amitriptyline hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
amoxapine (100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 3	
clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
desipramine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 4	
doxepin hcl (10 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	Tier 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
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	

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTIDEPRESSANTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
trimipramine maleate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIEMETICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
ANTIEMETICS, OTHER		
compro 25 mg suppos	Tier 4	
meclizine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab)	Tier 2	
metoclopramide hcl (10 mg tab, 10 mg/10ml solution, 5 mg tab, 5 mg/5ml solution)	Tier 2	
metoclopramide hcl 5 mg/ml solution	Tier 4	
perphenazine (16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	Tier 2	
prochlorperazine 25 mg suppos	Tier 4	
prochlorperazine maleate (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
promethazine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	PA
scopolamine 1 mg/3days patch 72hr	Tier 4	
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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTIEMETICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
ondansetron 4 mg tab disp	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron 8 mg tab disp	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ONDANSETRON HCL 24 MG TAB	Tier 2	QL (15 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 4 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 4 mg/5ml solution	Tier 4	QL (900 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 8 mg tab	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIFUNGALS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTIFUNGALS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
fluconazole (10 mg/ml recon susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)	Tier 2	
fluconazole in sodium chloride (200-0.9 mg/100ml-% solution, 400-0.9 mg/200ml-% solution)	Tier 4	
flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)	Tier 5	
griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)	Tier 4	
griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)	Tier 4	
itraconazole 100 mg cap	Tier 4	
ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)	Tier 2	
klayesta 100000 unit/gm powder	Tier 4	
micafungin sodium (100 mg recon soln, 50 mg recon soln)	Tier 4	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	Tier 3	
nyamyc 100000 unit/gm powder	Tier 4	
nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)	Tier 2	
nystatin 100000 unit/gm powder	Tier 4	
nystop 100000 unit/gm powder	Tier 4	
posaconazole 100 mg tab dr	Tier 4	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTIGOUT AGENTS

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

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTIMIGRAINE AGENTS

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

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

ANTIMYCOBACTERIALS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTIMYCOBACTERIALS

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

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
ALKYLATING AGENTS		
CYCLOPHOSPHAMIDE (25 MG CAP, 25 MG TAB, 50 MG CAP, 50 MG TAB)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
LEUKERAN 2 MG TAB	Tier 4	
lomustine (10 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
lomustine 100 mg cap	Tier 5	
MATULANE 50 MG CAP	Tier 5	LA
ANTIANDROGENS		
abiraterone acetate 250 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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	

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTINEOPLASTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
ERLEADA 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERLEADA 60 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EULEXIN 125 MG CAP	Tier 3	
nilutamide 150 mg tab	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
NUBEQA 300 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 345 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 86 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 80 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIANGIOGENIC AGENTS		
lenalidomide (10 mg cap, 15 mg cap, 2.5 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
pomalidomide (1 mg cap, 2 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTINEOPLASTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
THALOMID 50 MG CAP	Tier 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIESTROGENS/MODIFIERS		
fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr	Tier 5	
INLURIYO 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
toremifene citrate 60 mg tab	Tier 4	
VEPPANU (100 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIMETABOLITES		
mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
mercaptopurine 50 mg tab	Tier 2	
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	QL (14 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABLOID 40 MG TAB	Tier 3	
ANTINEOPLASTICS, OTHER		
AKEEGA (100-500 MG TAB, 50-500 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 160 MG CAP	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTINEOPLASTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
FRUZAQLA 1 MG CAP	Tier 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 5 MG CAP	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
hydroxyurea 500 mg cap	Tier 2	
INQOVI 35-100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (5 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IWILFIN 192 MG TAB	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LEDERLE LEUCOVORIN 5 MG TAB	Tier 2	
leucovorin calcium (10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
leucovorin calcium (100 mg recon soln, 350 mg recon soln)	Tier 4	
LONSURF 15-6.14 MG TAB	Tier 5	LA, QL (100 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LONSURF 20-8.19 MG TAB	Tier 5	LA, QL (80 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYSODREN 500 MG TAB	Tier 5	
MODEYSO 125 MG CAP	Tier 5	LA, QL (20 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
QINLOCK 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
WELIREG 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTINEOPLASTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
ZENBEXUS (0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	Tier 5	QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZOLINZA 100 MG CAP	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AROMATASE INHIBITORS, 3RD GENERATION		
anastrozole 1 mg tab	Tier 1	
exemestane 25 mg tab	Tier 4	
letrozole 2.5 mg tab	Tier 2	
ENZYME INHIBITORS		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 0.8 & 200 MG THER PACK	Tier 5	LA, QL (66 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 80 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MOLECULAR TARGET INHIBITORS		
ALECENSA 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG (180 MG TAB, 90 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 30 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTINEOPLASTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AYVAKIT (100 MG TAB, 200 MG TAB, 25 MG TAB, 300 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 3 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 4 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG CAP	Tier 5	QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 50 MG CAP	Tier 5	QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 500 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bosutinib (400 mg tab, 500 mg tab)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bosutinib 100 mg tab	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRAFTOVI 75 MG CAP	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 160 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений
в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTINEOPLASTICS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTINEOPLASTICS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений
в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTINEOPLASTICS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTINEOPLASTICS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTINEOPLASTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
KISQALI (200 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (400 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (42 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (600 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTINEOPLASTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTINEOPLASTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (140 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	Tier 5	LA, QL (1200 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTINEOPLASTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
OJEMDA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP	Tier 5	LA, QL (96 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
pazopanib hcl 200 mg tab	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PAZOPANIB HCL 400 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEMAZYRE (13.5 MG TAB, 4.5 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTINEOPLASTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
REZLIDHIA 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROMVIMZA (14 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 100 MG CAP	Tier 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 200 MG CAP	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 50 MG PACKET	Tier 5	QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений
в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTINEOPLASTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
sunitinib malate 12.5 mg cap	Tier 5	QL (210 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate 25 mg cap	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	Tier 5	LA, QL (900 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAGRISSO (40 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений
в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTINEOPLASTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
TURALIO 125 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 17.7 MG TAB	Tier 5	LA, QL (28 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 26.5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 10 MG TAB	Tier 3	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 50 MG TAB	Tier 4	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (84 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTINEOPLASTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
VORANIGO 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI (200 MG CAP, 250 MG CAP, 50 MG CAP SPRINK)	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 20 MG CAP SPRINK	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XOSPATA 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 10 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (16 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTINEOPLASTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (32 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZEJULA (100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZELBORAF 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYDELIG (100 MG TAB, 150 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYKADIA 150 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETINOIDS		
bexarotene 1 % gel	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bexarotene 75 mg cap	Tier 3	QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PANRETIN 0.1 % GEL	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
tretinoin 10 mg cap	Tier 5	
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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTIPARASITICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
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	
primaquine phosphate 26.3 (15 base) mg tab	Tier 2	

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTIPARASITICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
pyrimethamine 25 mg tab	Tier 5	PA
quinine sulfate 324 mg cap	Tier 3	PA, QL (180 PER 30 DAYS)

ANTIPARKINSON AGENTS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTIPARKINSON AGENTS

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

ANTIPSYCHOTICS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений
в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTIPSYCHOTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
haloperidol decanoate (100 mg/ml solution, 50 mg/ml solution)	Tier 3	
haloperidol lactate 2 mg/ml conc	Tier 3	
haloperidol lactate 5 mg/ml solution	Tier 2	
loxapine succinate (10 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	
MOLINDONE HCL 10 MG TAB	Tier 4	QL (240 PER 30 DAYS)
MOLINDONE HCL 25 MG TAB	Tier 4	QL (270 PER 30 DAYS)
MOLINDONE HCL 5 MG TAB	Tier 4	QL (360 PER 30 DAYS)
pimozide (1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 3	
thioridazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
thiothixene (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	Tier 3	
trifluoperazine hcl (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
2ND GENERATION/ATYPICAL		
ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTIPSYCHOTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
BYSANTI TITRATION PACK A 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB THPK	Tier 5	QL (16 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TAB THPK	Tier 5	QL (24 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK C 1 & 2 & 6 MG TAB THPK	Tier 5	QL (16 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERZOFRI 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 156 MG/ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 351 MG/2.25ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (4.5 ML PER 365 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений
в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTIPSYCHOTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
FANAPT TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TAB	Tier 4	QL (12 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK C 1 & 2 & 6 MG TAB	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (3.5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.88 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений
в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTIPSYCHOTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
lurasidone hcl (120 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
lurasidone hcl 80 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
olanzapine (10 mg recon soln, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 20 mg tab disp, 5 mg tab disp)	Tier 4	
olanzapine (10 mg tab, 15 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 2	
OPIPZA (10 MG FILM, 5 MG FILM)	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OPIPZA 2 MG FILM	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
paliperidone er (1.5 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 9 mg tab er 24h)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
paliperidone er 6 mg tab er 24h	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PERSERIS (120 MG PRSYR, 90 MG PRSYR)	Tier 5	QL (1 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
quetiapine fumarate (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений
в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTIPSYCHOTICS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
risperidone (0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp, 3 mg tab disp, 4 mg tab disp)	Tier 4	
risperidone (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab)	Tier 2	
risperidone 1 mg/ml solution	Tier 3	
risperidone microspheres er (12.5 mg srer, 25 mg srer)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
risperidone microspheres er (37.5 mg srer, 50 mg srer)	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
SECUADO (3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR (0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
WELTRUZA (318 MG SRER, 425 MG SRER, 531 MG SRER)	Tier 5	QL (1 VIAL PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)	Tier 3	
ziprasidone mesylate 20 mg recon soln	Tier 4	
ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ANTIPSYCHOTICS, OTHER		
COBENFY (100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP, 50-20 MG CAP)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COBENFY STARTER PACK 50-20 & 100-20 MG CAP THPK	Tier 5	QL (112 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTIPSYCHOTICS

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

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
ANTISPASTICITY AGENTS		
baclofen (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
baclofen 15 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
baclofen 5 mg tab	Tier 2	QL (480 PER 30 DAYS)
dantrolene sodium (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 4	
tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)	Tier 2	

ANTIVIRALS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений
в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTIVIRALS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
valganciclovir hcl 450 mg tab	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln	Tier 4	QL (540 PER 30 DAYS)
ANTI-HEPATITIS B (HBV) AGENTS		
adefovir dipivoxil 10 mg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (630 PER 30 DAYS)
entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
lamivudine 100 mg tab	Tier 3	
ANTI-HEPATITIS C (HCV) AGENTS		
MAVYRET 100-40 MG TAB	Tier 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
MAVYRET 50-20 MG PACKET	Tier 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
RIBAVIRIN (200 MG CAP, 200 MG TAB)	Tier 2	
ribavirin 6 gm recon soln	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, INTEGRASE INHIBITORS (INSTI)		
BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
BIXLENVO 75-50 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	Tier 5	QL (180 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	Tier 3	QL (180 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
ISENTRESS HD 600 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTIVIRALS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений
в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTIVIRALS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTIVIRALS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	Tier 5	QL (6 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
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)

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTIVIRALS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANTIVIRALS

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

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
ANXIOLYTICS, OTHER		
buspirone hcl (10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 2	
BENZODIAZEPINES		
alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
alprazolam 2 mg tab	Tier 2	QL (150 PER 30 DAYS)

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ANXIOLYTICS

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

BIPOLAR AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
MOOD STABILIZERS		
lithium 8 meq/5ml solution	Tier 2	

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

BIPOLAR AGENTS

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

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
ANTIDIABETIC AGENTS		
acarbose (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
dapagliflozin base-metformin er (10-1000 mg tab er 24h, 10-500 mg tab er 24h, 5-500 mg tab er 24h)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
dapagliflozin base-metformin er 5-1000 mg tab er 24h	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	Tier 1	
glipizide (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
glipizide er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	Tier 1	
glipizide xl (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	Tier 1	
glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)	Tier 1	
glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)	Tier 1	
glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)	Tier 1	

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений
в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений
в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений
в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

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

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений
в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
RETACRIT (10000 UNIT/ML SOLUTION, 2000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION)	Tier 4	PA
UDENYCA (6 MG/0.6ML SOLN A-INJ, 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
HEMOSTASIS AGENTS		
tranexamic acid 650 mg tab	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
PLATELET MODIFYING AGENTS		
aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap er 12h	Tier 4	
cilostazol (100 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
clopidogrel bisulfate 75 mg tab	Tier 1	QL (30 PER 30 DAYS)
dipyridamole (25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 3	
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

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

CARDIOVASCULAR AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
droxidopa 100 mg cap	Tier 4	PA, QL (540 PER 30 DAYS)
droxidopa 200 mg cap	Tier 4	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
droxidopa 300 mg cap	Tier 4	PA, QL (84 PER 90 OVER TIME)
guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 2	
METHYLDOPA (250 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 2	
midodrine hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 3	
ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	Tier 2	
prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	Tier 2	
terazosin hcl (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	Tier 1	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
candesartan cilexetil (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	Tier 1	
irbesartan (150 mg tab, 300 mg tab, 75 mg tab)	Tier 1	
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	

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

CARDIOVASCULAR AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
captopril (100 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
enalapril maleate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	Tier 1	
lisinopril (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
moexipril hcl (15 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 1	
PERINDOPRIL ERBUMINE (2 MG TAB, 4 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 1	
quinapril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
ramipril (1.25 mg cap, 10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)	Tier 1	
trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	Tier 1	
ANTIARRHYTHMICS		
amiodarone hcl (100 mg tab, 400 mg tab)	Tier 4	
amiodarone hcl 200 mg tab	Tier 2	
digox 125 mcg tab	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
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	

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений
в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

CARDIOVASCULAR AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
pacerone 200 mg tab	Tier 2	
propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)	Tier 2	
QUINIDINE SULFATE (200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 2	
sotalol hcl (120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab)	Tier 2	
sotalol hcl (af) (120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab)	Tier 2	
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)	Tier 2	
atenolol (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
bisoprolol fumarate (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
carvedilol (12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab)	Tier 1	
labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)	Tier 2	
metoprolol succinate er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)	Tier 1	
metoprolol tartrate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
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	

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

CARDIOVASCULAR AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
PROPRANOLOL HCL (20 MG/5ML SOLUTION, 40 MG/5ML SOLUTION)	Tier 3	
propranolol hcl er (120 mg cap er 24h, 160 mg cap er 24h, 60 mg cap er 24h, 80 mg cap er 24h)	Tier 2	
timolol maleate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, DIHYDROPYRIDINES		
amlodipine besylate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
felodipine er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	Tier 2	
isradipine (2.5 mg cap, 5 mg cap)	Tier 3	
nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)	Tier 2	
nifedipine er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)	Tier 2	
nifedipine er osmotic release (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)	Tier 2	
nimodipine 30 mg cap	Tier 4	
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, NONDIHYDROPYRIDINES		
cartia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h)	Tier 2	
dilt-xr (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h)	Tier 2	
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	

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

CARDIOVASCULAR AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	
diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	
diltiazem hcl er (120 mg cap er 12h, 120 mg cap er 24h, 120 mg tab er 24h, 180 mg cap er 24h, 180 mg tab er 24h, 240 mg cap er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h, 60 mg cap er 12h, 90 mg cap er 12h)	Tier 2	
diltiazem hcl er beads 420 mg cap er 24h	Tier 2	
matzim la (180 mg tab er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h)	Tier 2	
tiadylt er (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h, 420 mg cap er 24h)	Tier 2	
verapamil hcl (120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 1	
VERAPAMIL HCL ER (100 MG CAP ER 24H, 200 MG CAP ER 24H, 300 MG CAP ER 24H, 360 MG CAP ER 24H)	Tier 4	
verapamil hcl er (120 mg cap er 24h, 120 mg tab er, 180 mg cap er 24h, 180 mg tab er, 240 mg cap er 24h, 240 mg tab er)	Tier 2	
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	

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

CARDIOVASCULAR AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
amlodipine besy-benazepril hcl (10-20 mg cap, 10-40 mg cap, 2.5-10 mg cap, 5-10 mg cap, 5-20 mg cap, 5-40 mg cap)	Tier 1	
amlodipine besylate-valsartan (10-160 mg tab, 10-320 mg tab, 5-160 mg tab, 5-320 mg tab)	Tier 1	
amlodipine-atorvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab, 2.5-10 mg tab, 2.5-20 mg tab, 2.5-40 mg tab, 5-10 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 5-80 mg tab)	Tier 3	
amlodipine-olmesartan (10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab)	Tier 1	
amlodipine-valsartan-hctz (10-160-12.5 mg tab, 10-160-25 mg tab, 10-320-25 mg tab, 5-160-12.5 mg tab, 5-160-25 mg tab)	Tier 1	
atenolol-chlorthalidone (100-25 mg tab, 50-25 mg tab)	Tier 1	
benazepril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab, 5-6.25 mg tab)	Tier 1	
bisoprolol-hydrochlorothiazide (10-6.25 mg tab, 2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab)	Tier 2	
candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)	Tier 1	
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE (25-15 MG TAB, 25-25 MG TAB, 50-15 MG TAB, 50-25 MG TAB)	Tier 1	
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	

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

CARDIOVASCULAR AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)	Tier 1	
irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)	Tier 1	
ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	Tier 1	
losartan potassium-hctz (100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab)	Tier 1	
metoprolol-hydrochlorothiazide (100-25 mg tab, 100-50 mg tab, 50-25 mg tab)	Tier 2	
metyrosine 250 mg cap	Tier 5	
olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)	Tier 1	
olmesartan-amlodipine-hctz (20-5-12.5 mg tab, 40-10-12.5 mg tab, 40-10-25 mg tab, 40-5-12.5 mg tab, 40-5-25 mg tab)	Tier 1	
pentoxifylline er 400 mg tab er	Tier 2	
quinapril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	Tier 1	
ranolazine er (1000 mg tab er 12h, 500 mg tab er 12h)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
sacubitril-valsartan (49-51 mg tab, 97-103 mg tab)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
sacubitril-valsartan 24-26 mg tab	Tier 3	QL (180 PER 30 DAYS)
spironolactone-hctz 25-25 mg tab	Tier 2	
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	

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

CARDIOVASCULAR AGENTS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

CARDIOVASCULAR AGENTS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

CARDIOVASCULAR AGENTS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

CARDIOVASCULAR AGENTS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
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)
methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab)	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

DENTAL AND ORAL AGENTS

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

DERMATOLOGICAL AGENTS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений
в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

DERMATOLOGICAL AGENTS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

DERMATOLOGICAL AGENTS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений
в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

DERMATOLOGICAL AGENTS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

DERMATOLOGICAL AGENTS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
ELECTROLYTE/MINERAL REPLACEMENT		
dextrose 10 % solution	Tier 4	
dextrose 5 % solution	Tier 3	
dextrose in lactated ringers 5 % solution	Tier 4	
DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION	Tier 3	
dextrose-sodium chloride (10-0.2 % solution, 10-0.45 % solution, 2.5-0.45 % solution, 5-0.2 % solution, 5-0.225 % solution, 5-0.3 % solution, 5-0.33 % solution)	Tier 4	
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	

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
potassium chloride crys er (10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er)	Tier 2	
potassium chloride er (10 meq cap er, 10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er, 8 meq cap er, 8 meq tab er)	Tier 2	
potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution	Tier 4	
potassium chloride in nacl (20-0.9 meq/l-% solution, 40-0.9 meq/l-% solution)	Tier 4	
potassium citrate er (10 meq (1080 mg) tab er, 15 meq (1620 mg) tab er, 5 meq (540 mg) tab er)	Tier 3	
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	

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

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

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
ANTI-CONSTIPATION AGENTS		
constulose 10 gm/15ml solution	Tier 2	
enulose 10 gm/15ml solution	Tier 2	

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

GASTROINTESTINAL AGENTS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

GASTROINTESTINAL AGENTS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

GASTROINTESTINAL AGENTS

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

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

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

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

GENITOURINARY AGENTS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

GENITOURINARY AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
solifenacin succinate (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 4	ST
tolterodine tartrate er (2 mg cap er 24h, 4 mg cap er 24h)	Tier 4	ST
trospium chloride 20 mg tab	Tier 2	
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS		
alfuzosin hcl er 10 mg tab er 24h	Tier 2	
dutasteride 0.5 mg cap	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
finasteride 5 mg tab	Tier 1	
silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
tadalafil 2.5 mg tab	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
tadalafil 5 mg tab	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
tamsulosin hcl 0.4 mg cap	Tier 1	
GENITOURINARY AGENTS, OTHER		
bethanechol chloride (10 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
FILSPARI 200 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)
FILSPARI 400 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
penicillamine 250 mg tab	Tier 5	PA

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)		
CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	Tier 4	

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
dexamethasone (0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml elixir, 0.5 mg/5ml solution, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)	Tier 2	
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 4 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	
dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 4 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	
fludrocortisone acetate 0.1 mg tab	Tier 2	
methylprednisolone (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab)	Tier 2	
methylprednisolone acetate (40 mg/ml suspension, 80 mg/ml suspension)	Tier 4	
methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln	Tier 4	
prednisolone 15 mg/5ml solution	Tier 2	
prednisolone sodium phosphate (15 mg/5ml solution, 25 mg/5ml solution, 5 mg/5ml solution, 6.7 (5 base) mg/5ml solution)	Tier 2	
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)

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

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

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

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

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

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)
ESTROGENS		
afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
altavera 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
apri 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
ARANELLE 0.5/1/0.5-35 MG-MCG TAB	Tier 3	
ashlyna 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
aubra 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
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	

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

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

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

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

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
estradiol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 1	
estradiol 0.01 % cream	Tier 2	
estradiol 10 mcg tab	Tier 3	
estradiol valerate (10 mg/ml oil, 20 mg/ml oil, 40 mg/ml oil)	Tier 4	
ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)	Tier 3	QL (1 PER 84 OVER TIME)
estrogens conjugated (0.3 mg tab, 0.45 mg tab, 0.625 mg tab, 0.9 mg tab, 1.25 mg tab)	Tier 4	
ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 mg-mcg tab, 1-50 mg-mcg tab)	Tier 3	
etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring	Tier 3	
falmina 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
feirza 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
fyavolv (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)	Tier 4	
hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
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	

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

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

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

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

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
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	
minzoya 0.1-20 mg-mcg(21) tab	Tier 3	
mono-linyah 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

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

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

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

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

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

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

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

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

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

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

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

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

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
ANGIOEDEMA AGENTS		
HAEGARDA (2000 UNIT RECON SOLN, 3000 UNIT RECON SOLN)	Tier 5	PA, LA
icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsyr	Tier 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
sajazir 30 mg/3ml soln prsyr	Tier 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
IMMUNOGLOBULINS		
GAMUNEX-C (1 GM/10ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	Tier 5	PA
HIZENTRA (1 GM/5ML SOLN PRSYR, 1 GM/5ML SOLUTION, 10 GM/50ML SOLN PRSYR, 10 GM/50ML SOLUTION, 2 GM/10ML SOLN PRSYR, 2 GM/10ML SOLUTION, 4 GM/20ML SOLN PRSYR, 4 GM/20ML SOLUTION)	Tier 5	PA, LA
IMMUNOLOGICAL AGENTS, OTHER		
ARCALYST 220 MG RECON SOLN	Tier 5	PA, LA
AURANOFIN 3 MG CAP	Tier 3	
BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 28 DAYS)
COSENTYX (150 MG/ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA
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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
DUPIXENT (200 MG/1.14ML SOLN A-INJ, 200 MG/1.14ML SOLN PRSYR, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
ENTYVIO PEN 108 MG/0.68ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (1.36 ML PER 28 DAYS)
KINERET 100 MG/0.67ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (18.76 ML PER 28 DAYS)
OTEZLA (10 & 20 & 30 MG TAB THPK, 4 X 10 & 51 X20 MG TAB THPK)	Tier 5	PA, QL (55 PER 28 OVER TIME)
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK 10&20&30&(ER)75 MG TAB THPK	Tier 5	PA, QL (41 PER 28 DAYS)
RIDAURA 3 MG CAP	Tier 3	
RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
RINVOQ 45 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA, QL (168 PER 365 OVER TIME)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
SKYRIZI 150 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 180 MG/1.2ML SOLN CART	Tier 5	PA, QL (1.2 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 360 MG/2.4ML SOLN CART	Tier 5	PA, QL (2.4 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 55 MG/0.37ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2.22 ML PER 365 OVER TIME)
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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
TREMFYA 200 MG/2ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2 ML PER 28 DAYS)
TREMFYA ONE-PRESS 100 MG/ML SOLN PEN	Tier 5	PA, QL (1 PEN PER 56 DAYS)
TREMFYA PEN 100 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (1 PEN PER 56 DAYS)
TREMFYA PEN 200 MG/2ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (2 ML PER 28 DAYS)
TREMFYA-CD/UC INDUCTION 200 MG/2ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (24 ML PER 365 OVER TIME)
TYENNE (162 MG/0.9ML SOLN A-INJ, 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, QL (3.6 PER 28 DAYS)
VELSIPITY 2 MG TAB	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
XOLAIR (150 MG/ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
XOLAIR (150 MG/ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (8 PER 28 DAYS)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ	Tier 4	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
YESINTEK 130 MG/26ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (104 ML PER 365 OVER TIME)
YESINTEK 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
YESINTEK 45 MG/0.5ML SOLUTION	Tier 4	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
YESINTEK 90 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (1 ML PER 28 DAYS)
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)

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (4 PER 30 DAYS)
IMMUNOSUPPRESSANTS		
azathioprine 50 mg tab	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine (100 mg cap, 25 mg cap)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine modified (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (4.08 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
ENBREL 50 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL MINI 50 MG/ML SOLN CART	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENVARSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENVARSUS XR 4 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
everolimus 1 mg tab	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
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)

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений
в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ	Tier 4	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
METHOTREXATE SODIUM (250 MG/10ML SOLUTION, 50 MG/2ML SOLUTION)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium (pf) (1 gm/40ml solution, 1000 mg/40ml solution, 250 mg/10ml solution)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium 2.5 mg tab	Tier 2	
mycophenolate mofetil (200 mg/ml recon susp, 500 mg recon soln)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate mofetil (250 mg cap, 500 mg tab)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate mofetil hcl 500 mg recon soln	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SIMLANDI (1 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	Tier 4	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 PEN) 80 MG/0.8ML AUT-IJ KIT	Tier 4	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
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)

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYMFENTRA (1 PEN) 120 MG/ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
ZYMFENTRA (2 PEN) 120 MG/ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) 120 MG/ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
VACCINES		
ABRYSVO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN	Tier 3	VAC
ACTHIB RECON SOLN	Tier 3	
ADACEL (5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	Tier 3	VAC
AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN	Tier 3	VAC
BEXSERO SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
BOOSTRIX 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
DAPTACEL 23-15-5 SUSPENSION	Tier 3	
DENGVAXIA RECON SUSP	Tier 4	
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	

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
HAVRIX 1440 EL U/ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	Tier 3	
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
INFANRIX 25-58-10 SUSPENSION	Tier 3	
IPOL SUSPENSION	Tier 3	VAC
IXIARO SUSPENSION	Tier 4	VAC
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
KINRIX 0.5 ML SUSP PRSYR	Tier 3	
M-M-R II RECON SOLN	Tier 3	VAC
MENQUADFI (0.5 ML SOLUTION, SOLUTION)	Tier 3	VAC
MENVEO (RECON SOLN, SOLUTION)	Tier 3	VAC
MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
PEDIARIX SUSP PRSYR	Tier 3	
PEDVAXHIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	
PENMENVY RECON SUSP	Tier 3	
PENTACEL RECON SUSP	Tier 3	
PRIORIX RECON SUSP	Tier 3	VAC
PROQUAD RECON SUSP	Tier 3	
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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
ROTARIX SUSPENSION	Tier 3	
ROTATEQ SOLUTION	Tier 3	
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	QL (2 PER 365 OVER TIME), VAC
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	QL (1 ML PER 365 DAYS), VAC
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
TENIVAC 5-2 LF/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
TICOVAC 1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 3	
TICOVAC 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
TRUMENBA SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION)	Tier 4	VAC
VAQTA (25 UNIT/0.5ML SUSP PRSYR, 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	
VAQTA (50 UNIT/ML SUSP PRSYR, 50 UNIT/ML SUSPENSION)	Tier 3	VAC
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
VAXCHORA RECON SUSP	Tier 4	VAC
VIMKUNYA 40 MCG/0.8ML SUSP PRSYR	Tier 4	
VIVOTIF CAP DR	Tier 4	
YF-VAX RECON SUSP	Tier 4	VAC

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений
в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

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

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

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

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM MISC	Tier 3	

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
ALCOHOL 70% PADS	Tier 2	
ALCOHOL PADS 70 % PAD	Tier 2	
ALCOHOL PREP PAD	Tier 2	
ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
ALCOHOL SWABS 70 % PAD	Tier 2	
ALCOHOL SWABSTICK PAD	Tier 2	
AQ INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
AQINJECT PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
ARGYLE STERILE WATER SOLUTION	Tier 2	
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC	Tier 3	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30G X 5 MM MISC	Tier 3	
AUM ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE (31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	Tier 3	
AUM PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC)	Tier 3	
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE (30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC)	Tier 3	
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC	Tier 3	

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC	Tier 3	
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	Tier 2	
CLEVER CHOICE COMFORT EZ PLUS 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (27G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC)	Tier 3	
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (30G X 8 MM MISC, 31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	Tier 3	
CVS ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE 2"X2" PAD	Tier 2	
DROPLET INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 0.3 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.3 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM MISC	Tier 3	
DROPLET PEN NEEDLES (29G X 10MM MISC, 29G X 12.7MM MISC, 29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC)	Tier 3	

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO (X 4 MM MISC, X 5 MM MISC, X 8 MM MISC)	Tier 3	
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (29G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE (29G X 5/16" 0.5 ML MISC, 29G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 1/2" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 32G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
EASY COMFORT PEN NEEDLES (29G X 4MM MISC, 29G X 5MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
EASY TOUCH INSULIN BARRELS U-100 1 ML MISC	Tier 3	
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM MISC	Tier 3	
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT (31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE (29G X 1/2" 0.3 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.5 ML MISC, X 1/2" 1 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 27G X 5/8" 1 ML MISC	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML MISC	Tier 3	

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений
в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (27G X 1/2" 0.5 ML MISC, 27G X 1/2" 1 ML MISC, 28G X 1/2" 0.5 ML MISC, 28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
INSUPEN PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
INSUPEN32G EXTR3ME 32G X 6 MM MISC	Tier 3	
INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
lactated ringers solution	Tier 2	
methergine 0.2 mg tab	Tier 4	
methylergonovine maleate 0.2 mg tab	Tier 4	
novofine 32g x 6 mm misc	Tier 3	
NUTRILIPID 20 % EMULSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
OPVEE 2.7 MG/0.1ML SOLUTION	Tier 4	QL (2 PER 30 DAYS)
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP (31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
PEN NEEDLES (30G X 5 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
PENBRAYA RECON SUSP	Tier 3	VAC
PRO COMFORT ALCOHOL 70 % PAD	Tier 2	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE (29G X 12.7MM MISC, 31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC, 33G X 8 MM MISC)	Tier 3	
ringers irrigation solution	Tier 2	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.5 ML MISC, X 1/2" 1 ML MISC)	Tier 3	
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC	Tier 3	
SILIGENTLE FOAM DRESSING 2"X2" PAD	Tier 2	
SMOFLIPID 20 % EMULSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
sterile water for irrigation solution	Tier 2	
SUPER TOUCH INSULIN SYRINGE (27G X 1/2" 0.5 ML MISC, 27G X 5/8" 1 ML MISC, 28G X 1/2" 0.5 ML MISC, 28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.3 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
SUPER TOUCH PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
SURE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	Tier 3	

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
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	
VOWST CAP	Tier 5	PA, LA, QL (12 PER 30 OVER TIME)
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE 70 % PAD	Tier 2	

OPHTHALMIC AGENTS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

OPHTHALMIC AGENTS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

OPHTHALMIC AGENTS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

OPHTHALMIC AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
prednisolone acetate 1 % suspension	Tier 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	Tier 3	
OPHTHALMIC BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
betaxolol hcl 0.5 % solution	Tier 2	
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	Tier 2	
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	

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

OPHTHALMIC AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
travoprost (bak free) 0.004 % solution	Tier 2	QL (5 PER 30 DAYS)
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	Tier 4	

OTIC AGENTS

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

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
ASMANEX (14 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (30 METERED DOSES) (110 MCG/ACT AER POW BA, 220 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (60 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX HFA (100 MCG/ACT AEROSOL, 200 MCG/ACT AEROSOL, 50 MCG/ACT AEROSOL)	Tier 3	QL (13 PER 30 DAYS)
budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
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)

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений
в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

Название препарата	Сколько будет стоить вам препарат (уровень)	Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию
BRONCHODILATORS, ANTICHOLINERGIC		
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide 0.02 % solution	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
ipratropium bromide 0.03 % solution	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide 0.06 % solution	Tier 2	QL (45 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide hfa 17 mcg/act aero soln	Tier 4	QL (25.8 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN)	Tier 3	QL (4 PER 30 DAYS)
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)

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений
в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

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

SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

SLEEP DISORDER AGENTS

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

Вы можете найти информацию о значении символов и сокращений в этой таблице, перейдя к легенде, приведённой в Разделе C1.

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

A

abacavir sulfate . . . 91
abacavir sulfate-lamivudine . . . 92
ABELCET . . . 58
ABILIFY MAINTENA . . . 84
abiraterone acetate . . . 62
abirtega . . . 62
ABRYSVO . . . 150
acamprosate calcium . . . 38
acarbose . . . 97
accutane . . . 119
acebutolol hcl . . . 107
acetaminophen-codeine . . . 36
acetazolamide . . . 109
acetazolamide er . . . 165
acetic acid . . . 166
acetylcysteine . . . 171
acitretin . . . 119
ACTHIB . . . 150
ACTIMMUNE . . . 147
acyclovir . . . 95,123
acyclovir sodium . . . 95
ADACEL . . . 150
adefovir dipivoxil . . . 90
ADEMPAS . . . 170
ADVAIR HFA . . . 171
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE . . . 154
afirmelle . . . 134
AIMOVIG . . . 60
AKEEGA . . . 64
ala-cort . . . 120
albendazole . . . 81
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair) . . . 168
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair) . . . 168
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil) . . . 168
albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin) . . . 168
albuterol sulfate . . . 168
albuterol sulfate hfa . . . 168
alclometasone dipropionate . . . 120
ALCOHOL 70% PADS . . . 155
ALCOHOL PADS . . . 155
ALCOHOL PREP . . . 155
ALCOHOL PREP PADS . . . 155
ALCOHOL SWABS . . . 155
ALCOHOL SWABSTICK . . . 155
alcohol wipes . . . 122
ALDURAZYME . . . 129
ALECENSA . . . 66
alendronate sodium . . . 153
alfuzosin hcl er . . . 131
aliskiren fumarate . . . 109
allopurinol . . . 60
alosetron hcl . . . 127
alprazolam . . . 95
altavera . . . 134
ALUNBRIG . . . 66,67
alyacen 1/35 . . . 134
alyacen 7/7/7 . . . 134
alyq . . . 170
amantadine hcl . . . 82
ambrisentan . . . 170
amikacin sulfate . . . 39
amiloride hcl . . . 112
amiloride-hydrochlorothiazide . . . 109
amiodarone hcl . . . 106
amitriptyline hcl . . . 56
amlodipine besy-benazepril hcl . . . 110
amlodipine besylate . . . 108
amlodipine besylate-valsartan . . . 110
amlodipine-atorvastatin . . . 110
amlodipine-olmesartan . . . 110
amlodipine-valsartan-hctz . . . 110
ammonium lactate . . . 120
amnesteem . . . 119

amoxapine . . . 56
amoxicillin . . . 43
amoxicillin trihydrate . . . 43
amoxicillin-pot clavulanate . . . 43
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE . . . 43
amoxicillin-pot clavulanate er . . . 43
amphetamine-dextroamphet er . . . 116
amphetamine-dextroamphetamine . . . 116
AMPHOTERICIN B . . . 58
amphotericin b liposome . . . 58
ampicillin . . . 43
ampicillin sodium . . . 43
ampicillin-sulbactam sodium . . . 43
anagrelide hcl . . . 103
anastrozole . . . 66
ANORO ELLIPTA . . . 171
apraclonidine hcl . . . 165
aprepitant . . . 57
apri . . . 134
APTIVUS . . . 93
AQ INSULIN SYRINGE . . . 155
AQINJECT PEN NEEDLE . . . 155
ARALAST NP . . . 129
ARANELLE . . . 134
ARANESP (ALBUMIN FREE) . . . 103
ARCALYST . . . 145
AREXVY . . . 150
ARGYLE STERILE WATER . . . 155
ARIKAYCE . . . 39
aripiprazole . . . 84
armodafinil . . . 173
ARNUITY ELLIPTA . . . 166
asenapine maleate . . . 84
ashlyna . . . 134
ASMANEX (120 METERED DOSES) . . . 166
ASMANEX (14 METERED DOSES) . . . 167
ASMANEX (30 METERED DOSES) . . . 167
ASMANEX (60 METERED DOSES) . . . 167
ASMANEX HFA . . . 167
aspirin-dipyridamole er . . . 104
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES . . . 155
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES . . . 155
atazanavir sulfate . . . 93
atenolol . . . 107
atenolol-chlorthalidone . . . 110
atomoxetine hcl . . . 116
atorvastatin calcium . . . 113
atovaquone . . . 81
atovaquone-proguanil hcl . . . 81
atropine sulfate . . . 162
aubra . . . 134
aubra eq . . . 134
AUGTYRO . . . 64
AUM ALCOHOL PREP PADS . . . 155
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE . . . 155
AUM PEN NEEDLE . . . 155
AURANOFIN . . . 145
aurovela 1.5/30 . . . 134
aurovela 1/20 . . . 134
aurovela fe 1.5/30 . . . 134
aurovela fe 1/20 . . . 134
AUSTEDO . . . 117
AUSTEDO XR . . . 117
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION . . . 117
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE . . . 155
AUVELITY . . . 53
AUVELITY TITRATION PACK . . . 53
aviane . . . 134
avidoxy . . . 46
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK . . . 66
ayuna . . . 134
AYVAKIT . . . 67
azathioprine . . . 148
AZATHIOPRINE SODIUM . . . 148
azelastine hcl . . . 163,167
azithromycin . . . 44
aztreonam . . . 40
azurette . . . 134

B

bac (butalbital-acetamin-caff) 117
bacitra-neomycin-polymyxin-hc 162
BACITRACIN 164
BACITRACIN-POLYMYXIN B 162
baclofen 89
balsalazide disodium 153
BALVERSA 67
balziva 134
BAQSIMI ONE PACK 99
BAQSIMI TWO PACK 99
BARACLUDE 90
BCG VACCINE 150
BD INSULIN SYRINGE 155
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC 155
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC 155
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC 156
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC 156
benazepril hcl 105
benazepril-hydrochlorothiazide 110
BENLYSTA 145
BENZNIDAZOLE 81
benzoyl peroxide-erythromycin 119
benztropine mesylate 82
BESIVANCE 45
BESREMI 147
BESREMI PEN 64
betaine 129
betamethasone dipropionate 120
betamethasone dipropionate aug 120
betamethasone valerate 120
BETASERON 118
betaxolol hcl 107,165
bethanechol chloride 131
bexarotene 80
BEXSERO 150
bicalutamide 62
BICILLIN L-A 43
BIKTARVY 90
BILDYOS 153
BILPREVDA 153
bimatoprost 165
bis subcit-metronid-tetracyc 128
bismuth/metronidaz/tetracyclin 128
bisoprolol fumarate 107
bisoprolol-hydrochlorothiazide 110
BIXLENVO 90
BIXLENVO SUNLENCA STARTER PACK . . . 92
blisovi fe 1.5/30 134
blisovi fe 1/20 134
BOOSTRIX 150
bosentan 170
BOSULIF 67
bosutinib 67
BRAFTOVI 67
BREO ELLIPTA 171
breyna 171
BREZTRI AEROSPHERE 171
briellyn 134
brimonidine tartrate 165
brimonidine tartrate-timolol 162
brinzolamide 165
brivaracetam 46,47
bromocriptine mesylate 82
BRUKINSA 67,68
budesonide 153,167
budesonide er 153
budesonide-formoterol fumarate 171
bumetanide 112
buprenorphine 35
buprenorphine hcl 38
buprenorphine hcl-naloxone hcl 38
bupropion hcl 53
bupropion hcl er (smoking det) 39
bupropion hcl er (sr) 53

bupropion hcl er (xl) . . . 53
buspirone hcl . . . 95
butalbital-apap-caffeine . . . 117
butalbital-aspirin-caffeine . . . 34
butorphanol tartrate . . . 36
BYSANTI . . . 84
BYSANTI TITRATION PACK A . . . 85
BYSANTI TITRATION PACK B . . . 85
BYSANTI TITRATION PACK C . . . 85

C

CABENUVA . . . 92,93
cabergoline . . . 143
CABOMETYX . . . 68
calcipotriene . . . 122
calcitonin (salmon) . . . 153
calcitrene . . . 122
calcitriol . . . 154
CALCITRIOL . . . 154
calcium acetate (phos binder) . . . 126
CALQUENCE . . . 68
camila . . . 141
camrese . . . 134
camrese lo . . . 134
candesartan cilexetil . . . 105
candesartan cilexetil-hctz . . . 110
CAPLYTA . . . 85
CAPRELSA . . . 68
captopril . . . 106
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE . . . 110
carbamazepine . . . 50
carbamazepine er . . . 50
carbidopa . . . 83
carbidopa-levodopa . . . 83
carbidopa-levodopa er . . . 83
carbidopa-levodopa-entacapone . . . 82
CARETOUCH ALCOHOL PREP . . . 156
carglumic acid . . . 129
carisoprodol . . . 172
CARTEOLOL HCL . . . 165
cartia xt . . . 108
carvedilol . . . 107
CAVHANZA . . . 68
CAYSTON . . . 40
CEFACLOR . . . 41
cefadroxil . . . 41,42
cefazolin sodium . . . 42
cefdinir . . . 42
cefepime hcl . . . 42
cefixime . . . 42
cefoxitin sodium . . . 42
CEFPODOXIME PROXETIL . . . 42
cefprozil . . . 42
ceftaroline fosamil . . . 42
CEFTAZIDIME . . . 42
ceftriaxone sodium . . . 42
cefuroxime axetil . . . 42
cefuroxime sodium . . . 42
celecoxib . . . 34
cephalexin . . . 42
cetirizine hcl . . . 167
cevimeline hcl . . . 119
chateal eq . . . 135
chlorhexidine gluconate . . . 119
chloroquine phosphate . . . 81
chlorpromazine hcl . . . 83
chlorthalidone . . . 113
cholestyramine . . . 114
cholestyramine light . . . 114
ciclodan . . . 123
ciclopirox . . . 123
ciclopirox olamine . . . 123
cilostazol . . . 104
CILOXAN . . . 45
CIMDUO . . . 92
cimetidine . . . 128
cinacalcet hcl . . . 154
ciprofloxacin hcl . . . 45
ciprofloxacin in d5w . . . 45
ciprofloxacin-dexamethasone . . . 166

citalopram hydrobromide . . . 54
claravis . . . 119
CLARITHROMYCIN . . . 44
clarithromycin . . . 44
clarithromycin er . . . 45
CLEVER CHOICE COMFORT EZ PLUS . . . 156
clindamycin hcl . . . 40
clindamycin palmitate hcl . . . 40
clindamycin phos (once-daily) . . . 123
clindamycin phos (twice-daily) . . . 123
clindamycin phos-benzoyl perox . . . 119
clindamycin phosphate . . . 40,123
clindamycin phosphate in d5w . . . 40
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL . . . 40
clobazam . . . 49
clobetasol prop emollient base . . . 120
clobetasol propionate . . . 120
clomipramine hcl . . . 56
clonazepam . . . 96
clonidine . . . 104
clonidine hcl . . . 104
clopidogrel bisulfate . . . 104
clorazepate dipotassium . . . 96
clotrimazole . . . 58
clotrimazole-betamethasone . . . 122
clozapine . . . 89
COARTEM . . . 81
COBENFY . . . 88
COBENFY STARTER PACK . . . 88
CODEINE SULFATE . . . 36
codeine sulfate . . . 36
colchicine . . . 60
colchicine-probenecid . . . 60
colesevelam hcl . . . 114
colestipol hcl . . . 114
colistimethate sodium (cba) . . . 40
COMBIVENT RESPIMAT . . . 171
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) . . . 68
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) . . . 68
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) . . . 68
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE . . . 156
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES . . . 156
compro . . . 57
constulose . . . 126
COPIKTRA . . . 68
CORLANOR . . . 110
CORTIFOAM . . . 153
CORTISONE ACETATE . . . 131
CORTISPORIN-TC . . . 166
COSENTYX . . . 145
COSENTYX (300 MG DOSE) . . . 145
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) . . . 145
COSENTYX SENSOREADY PEN . . . 145
COSENTYX UNOREADY . . . 145
COTELLIC . . . 68
CREON . . . 129
CRESEMBA . . . 58
cromolyn sodium . . . 128,163,169
cryselle . . . 135
cryselle-28 . . . 135
CVS ALCOHOL PREP PADS . . . 156
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE . . . 156
cvs isopropyl alcohol wipes . . . 122
cyclobenzaprine hcl . . . 172
CYCLOPHOSPHAMIDE . . . 62
cyclosporine . . . 148
cyclosporine modified . . . 148
cyproheptadine hcl . . . 167
cyred . . . 135
cyred eq . . . 135

D

dabigatran etexilate mesylate . . . 101
dalfampridine er . . . 118
danazol . . . 133
dantrolene sodium . . . 89
dapaglifloz base-metformin er . . . 97
dapagliflozin . . . 115
dapsone . . . 61
DAPTACEL . . . 150

daptomycin . . . 40
darunavir . . . 93
dasatinib . . . 68,69
dasetta 1/35 . . . 135
dasetta 7/7/7 . . . 135
DAURISMO . . . 69
daysee . . . 135
deblitane . . . 141
deferasirox . . . 125
DELSTRIGO . . . 91
delyla . . . 135
DENGVAXIA . . . 150
DEPO-SUBQ PROVERA 104 . . . 141
depo-testosterone . . . 133
DERMOTIC . . . 166
DESCOVY . . . 92
desipramine hcl . . . 56
desmopressin ace spray refrig . . . 133
desmopressin acetate . . . 133
desmopressin acetate pf . . . 133
desmopressin acetate spray . . . 133
desogestrel-ethinyl estradiol . . . 135
desonide . . . 120
desoximetasone . . . 120
desvenlafaxine succinate er . . . 54,55
dexamethasone . . . 132
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID . . . 132
dexamethasone sod phosphate pf . . . 132
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE . . . 132,164
dexmethylphenidate hcl . . . 116
dextroamphetamine sulfate . . . 116
dextrose . . . 124
dextrose in lactated ringers . . . 124
DEXTROSE-NACL . . . 124
dextrose-sodium chloride . . . 124
DIACOMIT . . . 47
diazepam . . . 49,96
diazepam intensol . . . 96
diazoxide . . . 99
diclofenac potassium . . . 34
diclofenac sodium . . . 34,164
diclofenac sodium er . . . 34
dicloxacillin sodium . . . 43
dicyclomine hcl . . . 127
DIFICID . . . 45
diflunisal . . . 34
difluprednate . . . 164
digox . . . 106
digoxin . . . 106
dihydroergotamine mesylate . . . 60
DILANTIN . . . 50
dilt-xr . . . 108
diltiazem hcl . . . 108
diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule . . . 108
diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule . . . 108
diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule . . . 108
diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule . . . 109
diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule . . . 109
diltiazem hcl er . . . 109
diltiazem hcl er beads . . . 109
dimethyl fumarate . . . 118
dimethyl fumarate starter pack . . . 118
diphenoxylate-atropine . . . 127
DIPHENOXYLATE-ATROPINE . . . 127
dipyridamole . . . 104
disulfiram . . . 38
divalproex sodium . . . 47
divalproex sodium er . . . 47
dofetilide . . . 106
donepezil hcl . . . 52
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg . . . 52
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg . . . 52

dorzolamide hcl . . . 165
dorzolamide hcl-timolol mal . . . 162
dorzolamide hcl-timolol mal pf . . . 163
dotti . . . 135
DOVATO . . . 90
doxazosin mesylate . . . 105
doxepin hcl . . . 56
doxercalciferol . . . 154
doxy 100 . . . 46
doxycycline hyclate . . . 46
doxycycline monohydrate . . . 46
DRIZALMA SPRINKLE . . . 117,118
dronabinol . . . 57
DROPLET INSULIN SYRINGE . . . 156
DROPLET MICRON . . . 156
DROPLET PEN NEEDLES . . . 156
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO . . . 157
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE . . . 157
drospirenone-ethinyl estradiol . . . 135
DROXIA . . . 129
droxidopa . . . 105
duloxetine hcl . . . 118
DUPIXENT . . . 146
dutasteride . . . 131
dutasteride-tamsulosin hcl . . . 131

E

e.e.s. 400 . . . 45
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE . . . 157
EASY COMFORT PEN NEEDLES . . . 157
EASY TOUCH INSULIN BARRELS . . . 157
ec-naproxen . . . 34
econazole nitrate . . . 58
EDURANT PED . . . 91
efavirenz . . . 91
efavirenz-emtricitab-tenofo df . . . 91
efavirenz-lamivudine-tenofovir . . . 91
ELAPRASE . . . 129
elinest . . . 135
ELIQUIS . . . 101
ELIQUIS (1.5 MG PACK) . . . 101
ELIQUIS (2 MG PACK) . . . 101
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK . . . 101
eltrombopag olamine . . . 103
eluryng . . . 135
EMBECTA AUTOSHIELD DUO . . . 157
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT . . . 157
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE . . . 157
EMBECTA INSULIN SYRINGE . . . 157
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 . . . 157
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 . . . 157
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F . . . 158
EMBECTA PEN NEEDLE NANO . . . 158
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN . . . 158
EMBECTA PEN NEEDLE U/F . . . 158
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE . . . 158
EMBRACE PEN NEEDLES . . . 158
EMGALITY . . . 60
EMGALITY (300 MG DOSE) . . . 60
EMSAM . . . 54
emtricitab-rilpivir-tenofov df . . . 91
emtricitabine . . . 92
emtricitabine-tenofovir df . . . 92
EMTRIVA . . . 92
emzahh . . . 141
enalapril maleate . . . 106
enalapril-hydrochlorothiazide . . . 110
ENBREL . . . 148
ENBREL MINI . . . 148
ENBREL SURECLICK . . . 148
endocet . . . 36
ENGERIX-B . . . 150
enilloring . . . 135
ENOBY . . . 154
enoxaparin sodium . . . 102
enpresse-28 . . . 135
ENSACOVE . . . 66
enskyce . . . 135
entacapone . . . 82
entecavir . . . 90

ENTYVIO PEN 146
enulose 126
ENVARSUS XR 148
EPIDIOLEX 47
epinephrine 168
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK) 169
epitol 50
eplerenone 112
ERGOLOID MESYLATES 52
ERGOTAMINE-CAFFEINE 60
ERIVEDGE 69
ERLEADA 63
erlotinib hcl 69
errin 141
ertapenem sodium 44
ERY 123
erythrocin lactobionate 45
erythromycin 123,164
erythromycin base 45
erythromycin ethylsuccinate 45
erythromycin lactobionate 45
ERZOFRI 85
escitalopram oxalate 55
eslicarbazepine acetate 50,51
esomeprazole magnesium 128,129
estarylla 135
estradiol 135,136
estradiol valerate 136
ESTRING 136
estrogens conjugated 136
eszopiclone 173
ethambutol hcl 61
ethosuximide 48
ethynodiol diac-eth estradiol 136
etodolac 34
etodolac er 34
etonogestrel-ethinyl estradiol 136
etravirine 91
EUCRISA 120
EULEXIN 63
euthyrox 142
everolimus 69,148
EVOTAZ 93
exemestane 66
EXXUA 53
EXXUA TITRATION PACK 54
ezetimibe 114
ezetimibe-simvastatin 114

F

falmina 136
famciclovir 95
famotidine 128
FANAPT 85
FANAPT TITRATION PACK A 85
FANAPT TITRATION PACK B 86
FANAPT TITRATION PACK C 86
FARXIGA 115
febuxostat 60
feirza 1.5/30 136
feirza 1/20 136
felbamate 47
felodipine er 108
fenofibrate 113
fenofibrate micronized 113
fenofibric acid 113
fentanyl 35
FETZIMA 55
FETZIMA TITRATION 55
fidaxomicin 45
FILSPARI 131
finasteride 131
fingolimod hcl 118
FINTEPLA 47
flecainide acetate 106
fluconazole 59
fluconazole in sodium chloride 59
flucytosine 59
fludrocortisone acetate 132

flunisolide . . . 171
fluocinolone acetonide . . . 121
fluocinolone acetonide body . . . 121
fluocinolone acetonide scalp . . . 121
fluocinonide . . . 121
fluocinonide emulsified base . . . 121
fluorometholone . . . 164
fluorouracil . . . 122
fluoxetine hcl . . . 55
FLUOXETINE HCL . . . 55
fluphenazine decanoate . . . 83
fluphenazine hcl . . . 83
FLURBIPROFEN . . . 34
FLURBIPROFEN SODIUM . . . 164
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL . . . 171
fluticasone propionate . . . 121,171
fluticasone-salmeterol . . . 171
FLUTICASONE-SALMETEROL . . . 172
fluvastatin sodium . . . 113
fluvastatin sodium er . . . 113
fluvoxamine maleate . . . 55
FML FORTE . . . 164
fondaparinux sodium . . . 102
fosamprenavir calcium . . . 93
fosfomycin tromethamine . . . 40
fosinopril sodium . . . 106
fosinopril sodium-hctz . . . 111
FOTIVDA . . . 69
FRUZAQLA . . . 65
FULPHILA . . . 103
fulvestrant . . . 64
FUROSEMIDE . . . 112
furosemide . . . 112
fyavolv . . . 136

G

gabapentin . . . 49
galantamine hydrobromide . . . 52
galantamine hydrobromide er . . . 52
gallifrey . . . 141
GAMUNEX-C . . . 145
GARDASIL 9 . . . 150
gauze pads 2 . . . 158
GAVILYTE-C . . . 128
gavilyte-g . . . 128
gavilyte-n with flavor pack . . . 127
GAVRETO . . . 69
gefitinib . . . 69
gemfibrozil . . . 113
GEMTESA . . . 130
generlac . . . 127
gengraf . . . 148
gentamicin sulfate . . . 39,164
GENVOYA . . . 90
GILOTRIF . . . 69
glatiramer acetate . . . 118
glatopa . . . 118
glimepiride . . . 97
glipizide . . . 97
glipizide er . . . 97
glipizide xl . . . 97
glipizide-metformin hcl . . . 97
glucagon emergency . . . 99
glyburide . . . 97
GLYBURIDE MICRONIZED . . . 97
glyburide-metformin . . . 97
glycopyrrolate . . . 127
GLYXAMBI . . . 98
GNP PEN NEEDLES . . . 158
GOMEKLI . . . 69,70
GOODSENSE ALCOHOL SWABS . . . 158
granisetron hcl . . . 57
griseofulvin microsize . . . 59
griseofulvin ultramicrosize . . . 59
guanfacine hcl . . . 105
guanfacine hcl er . . . 116

H

HADLIMA . . . 148
HADLIMA PUSHTOUCH . . . 148,149

HAEGARDA 145
hailey 1.5/30 136
hailey fe 1.5/30 136
hailey fe 1/20 136
halobetasol propionate 121
haloette 136
haloperidol 83
haloperidol decanoate 84
haloperidol lactate 84
HAVRIX 150,151
heather 141
heparin sodium (porcine) 102
heparin sodium (porcine) pf 102
HEPLISAV-B 151
HERNEXEOS 70
HIBERIX 151
HIZENTRA 145
HUMALOG 100
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 100
HUMALOG KWIKPEN 100
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN 100
HUMALOG MIX 75/25 100
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN 100
HUMULIN 70/30 100
HUMULIN 70/30 KWIKPEN 100
HUMULIN N 100
HUMULIN N KWIKPEN 100
HUMULIN R 100
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) . . 100
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 100
hydralazine hcl 115
hydrochlorothiazide 113
hydrocodone-acetaminophen 36
hydrocortisone 121,153
hydrocortisone (perianal) 121
hydrocortisone butyrate 121
hydrocortisone-acetic acid 166
hydromorphone hcl 36,37
hydroxychloroquine sulfate 81
hydroxyurea 65
hydroxyzine hcl 167
hydroxyzine pamoate 167
HYRNUO 70

I

ibandronate sodium 154
IBRANCE 70
IBTROZI 70
ibu 34
ibuprofen 34
icatibant acetate 145
iclevia 136
ICLUSIG 70
icosapent ethyl 114
IDHIFA 70
IDVYNSO 93
ILEVRO 164
imatinib mesylate 70
IMBRUVICA 70,71
imipenem-cilastatin 44
imipramine hcl 56
imiquimod 122
IMKELDI 71
IMOVAX RABIES 151
IMPAVIDO 81
incassia 141
INCRELEX 133
INCRUSE ELLIPTA 168
indapamide 113
indomethacin 34
INFANRIX 151
INLURIYO 64
INLYTA 71
INQOVI 65
INREBIC 71
INSULIN LISPRO 100
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 100
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO 101
INSULIN PEN NEEDLES 158

INSULIN PEN NEEDLES 158
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 158
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 158
INSULIN SYRINGE 1 ML 158
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 159
INSUPEN PEN NEEDLES 159
INSUPEN32G EXTR3ME 159
INTELENCE 91
INTRALIPID 159
introvale 136
INVEGA HAFYERA 86
INVEGA SUSTENNA 86
INVEGA TRINZA 86
IPOL 151
ipratropium bromide 168
ipratropium bromide hfa 168
ipratropium-albuterol 172
irbesartan 105
irbesartan-hydrochlorothiazide 111
ISENTRESS 90
ISENTRESS HD 90
isibloom 136
isoniazid 61
isopropyl alcohol 122
isopropyl alcohol wipes 122
isosorbide dinitrate 115
isosorbide mononitrate 115
isosorbide mononitrate er 115
isotretinoin 119
isradipine 108
ITOVEBI 71
itraconazole 59
ivabradine hcl 111
ivermectin 81
IWILFIN 65
IXIARO 151

J

jaimiess 136
JAKAFI 71
JAKAFI XR 71
jantoven 102
JARDIANCE 115
jasmiel 136
JAYPIRCA 71
jencycla 141
JENTADUETO 98
JENTADUETO XR 98
JIDEYTRO 71
jinteli 136
jolessa 136
joyeaux 137
JUBBONTI 154
juleber 137
JULUCA 90
junel 1.5/30 137
junel 1/20 137
junel fe 1.5/30 137
junel fe 1/20 137
JYNNEOS 151

K

KALETRA 93
kalliga 137
KALYDECO 169
kariva 137
kcl in dextrose-nacl 124
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 124
kelnor 1/35 137
kelnor 1/50 137
KERENDIA 98
ketoconazole 59
ketorolac tromethamine 164
KINERET 146
KINRIX 151
kionex 126
KISQALI (200 MG DOSE) 72
KISQALI (400 MG DOSE) 72
KISQALI (600 MG DOSE) 72
klayesta 59

klor-con 124
klor-con 10 124
klor-con m10 124
klor-con m15 124
klor-con m20 124
KLOXXADO 38
KOMZIFTI 72
KOSELUGO 72
kourzeq 119
KRAZATI 72
kurvelo 137

L

l-glutamine 130
labetalol hcl 107
lacosamide 51
lactated ringers 124,159
lactulose 127
lactulose encephalopathy 127
LAGEVRIO 95
lamivudine 90,92
lamivudine-zidovudine 92
lamotrigine 47
lansoprazole 129
LANTUS 101
LANTUS SOLOSTAR 101
lapatinib ditosylate 72
larin 1.5/30 137
larin 1/20 137
larin fe 1.5/30 137
larin fe 1/20 137
latanoprost 165
LAZCLUZE 66
LEDERLE LEUCOVORIN 65
leena 137
leflunomide 149
lenalidomide 63
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 72
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 72
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 72
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 73
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 73
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 73
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 73
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 73
LEQEMBI IQLIK 52
LEQEMBI IQLIK (500 MG DOSE) 52
lessina 137
letrozole 66
leucovorin calcium 65
LEUKERAN 62
LEUKINE 103
leuprolide acetate 143
levalbuterol hcl 169
LEVALBUTEROL TARTRATE 169
levetiracetam 47
levetiracetam er 47
levo-t 142
LEVOBUNOLOL HCL 165
levocarnitine 130
levocetirizine dihydrochloride 167
levofloxacin 45
LEVOFLOXACIN 164
levofloxacin in d5w 45
levonest 137
levonorg-eth estrad triphasic 137
levonorgest-eth estrad 91-day 137
levonorgest-eth estradiol-iron 137
levonorgestrel-ethinyl estrad 137
levora 0.15/30 (28) 138
levothyroxine sodium 143
levoxyl 143
lidocaine 38
lidocaine hcl 38
lidocaine viscous hcl 38
lidocaine-prilocaine 38
lidocan 38
LIFYORLI (125 MG DOSE) 73
LIFYORLI (150 MG DOSE) 73
LILETTA (52 MG) 141

lincomycin hcl 40
linezolid 40
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 41
LINZESS 127
liothyronine sodium 143
lisinopril 106
lisinopril-hydrochlorothiazide 111
lithium 96
lithium carbonate 97
lithium carbonate er 97
LIVTENCITY 89
lo-zumandimine 138
loestrin 1.5/30 (21) 138
loestrin 1/20 (21) 138
loestrin fe 1.5/30 138
loestrin fe 1/20 138
lojaimiess 138
LOKELMA 126
lomustine 62
LONSURF 65
loperamide hcl 127
lopinavir-ritonavir 93
lorazepam 96
lorazepam intensol 96
LORBRENA 73
loryna 138
losartan potassium 105
losartan potassium-hctz 111
loteprednol-tobramycin 163
lovastatin 113
low-ogestrel 138
loxapine succinate 84
lubiprostone 127
luizza 1.5/30 138
luizza 1/20 138
LUMAKRAS 73
LUPRON DEPOT (1-MONTH) 143
LUPRON DEPOT (3-MONTH) 143
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 144
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 144
lurasidone hcl 87
lutera 138
LYBALVI 54
lyleq 141
lyllana 138
LYNPARZA 73
LYSODREN 65
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 74
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 74
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 74
lyza 141

M

M-M-R II 151
macitentan 170
magnesium sulfate 124
malathion 123
maraviroc 93
marlissa 138
MARPLAN 54
MATULANE 62
matzim la 109
MAVYRET 90
meclizine hcl 57
medpura alcohol pads 122
medroxyprogesterone acetate 141
mefloquine hcl 81
megestrol acetate 142
MEKINIST 74
MEKTOVI 74
meleya 142
meloxicam 35
memantine hcl 53
memantine hcl er 53
MENEST 138
MENQUADFI 151
MENVEO 151
mercaptopurine 64
meropenem 44
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE 44

mesalamine . . . 153
mesalamine er . . . 153
mesna . . . 80
metformin hcl . . . 98
metformin hcl er . . . 98
methadone hcl . . . 35
methazolamide . . . 165
methenamine hippurate . . . 41
methergine . . . 159
methimazole . . . 144
methocarbamol . . . 172
METHOTREXATE SODIUM . . . 149
methotrexate sodium . . . 149
methotrexate sodium (pf) . . . 149
METHOXSALEN RAPID . . . 122
methscopolamine bromide . . . 127
methsuximide . . . 48
METHYLDOPA . . . 105
methylergonovine maleate . . . 159
methylphenidate hcl . . . 116,117
methylphenidate hcl er . . . 117
methylprednisolone . . . 132
methylprednisolone acetate . . . 132
methylprednisolone sodium succ . . . 132
metoclopramide hcl . . . 57
metolazone . . . 113
metoprolol succinate er . . . 107
metoprolol tartrate . . . 107
metoprolol-hydrochlorothiazide . . . 111
metronidazole . . . 41
metyrosine . . . 111
mexiletine hcl . . . 106
micafungin sodium . . . 59
MICONAZOLE 3 . . . 59
microgestin 1.5/30 . . . 138
microgestin 1/20 . . . 138
microgestin fe 1.5/30 . . . 138
microgestin fe 1/20 . . . 138
midodrine hcl . . . 105
mifepristone . . . 144
mili . . . 138
minocycline hcl . . . 46
minoxidil . . . 115
minzoya . . . 138
mirtazapine . . . 54
misoprostol . . . 128
modafinil . . . 173
MODEYSO . . . 65
moexipril hcl . . . 106
MOLINDONE HCL . . . 84
mometasone furoate . . . 121
mondoxyne nl . . . 46
mono-linyah . . . 138
montelukast sodium . . . 167
morphine sulfate . . . 37
morphine sulfate (concentrate) . . . 37
morphine sulfate er . . . 35,36
MOUNJARO . . . 98
MOVANTIK . . . 127
moxifloxacin hcl . . . 45,164
MOXIFLOXACIN HCL . . . 45
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) . . . 164
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL . . . 45
MRESVIA . . . 151
MULTAQ . . . 106
mupirocin . . . 123
mycophenolate mofetil . . . 149
mycophenolate mofetil hcl . . . 149
mycophenolate sodium . . . 149
mycophenolic acid . . . 149
MYRBETRIQ . . . 130

N

na sulfate-k sulfate-mg sulf . . . 127
nabumetone . . . 35
nadolol . . . 107
nafcillin sodium . . . 43
NAGLAZYME . . . 130
naloxone hcl . . . 39
naltrexone hcl . . . 39

naproxen . . . 35
naproxen dr . . . 35
naproxen sodium . . . 35
naratriptan hcl . . . 60
NATACYN . . . 164
nateglinide . . . 98
NAYZILAM . . . 38
nebivolol hcl . . . 107
necon 0.5/35 (28) . . . 139
NEFAZODONE HCL . . . 55
neo-polycin . . . 163
neo-polycin hc . . . 163
neomycin sulfate . . . 39
neomycin-bacitracin zn-polymyx . . . 163
neomycin-polymyxin-dexameth . . . 163
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN . . . 163
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC . . . 163
neomycin-polymyxin-hc . . . 166
NERLYNX . . . 74
nevirapine . . . 91
NEVIRAPINE . . . 91
nevirapine er . . . 91
NEXPLANON . . . 142
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) . . . 114
niacin er (antihyperlipidemic) . . . 114
NIACOR . . . 114
nicardipine hcl . . . 108
NICOTROL NS . . . 39
nifedipine er . . . 108
nifedipine er osmotic release . . . 108
nikki . . . 139
nilotinib hcl . . . 74
nilutamide . . . 63
nimodipine . . . 108
NINLARO . . . 74
nintedanib esylate . . . 170
nitazoxanide . . . 81
nitisinone . . . 130
nitro-bid . . . 115
nitrofurantoin macrocrystal . . . 41
nitrofurantoin monohyd macro . . . 41
nitroglycerin . . . 115
NIVESTYM . . . 103
NIZATIDINE . . . 128
nora-be . . . 142
norelgestromin-eth estradiol . . . 139
norethin ace-eth estrad-fe . . . 139
norethin-eth estradiol-fe . . . 139
norethindrone . . . 142
norethindrone acet-ethinyl est . . . 139
norethindrone acetate . . . 142
norethindrone-eth estradiol . . . 139
norgestim-eth estrad triphasic . . . 139
norgestimate-eth estradiol . . . 139
norlyroc . . . 142
nortrel 0.5/35 (28) . . . 139
nortrel 1/35 (21) . . . 139
nortrel 1/35 (28) . . . 139
nortrel 7/7/7 . . . 139
nortriptyline hcl . . . 56
NORVIR . . . 94
NovoFine 32G X 6 MM MISC . . . 159
NOVOLIN R FLEXPEN . . . 101
NOVOLIN R FLEXPEN RELION . . . 101
NUBEQA . . . 63
NUCALA . . . 172
NUPLAZID . . . 87
NURTEC . . . 60
NUTRILIPID . . . 159
nyamyc . . . 59
nylia 1/35 . . . 139
nylia 7/7/7 . . . 139
nystatin . . . 59
nystatin-triamcinolone . . . 122
nystop . . . 59

O

ocella . . . 139
octreotide acetate . . . 144
OCTREOTIDE ACETATE . . . 144

ODEFSEY . . . 91
ODOMZO . . . 74
OFEV . . . 170
ofloxacin . . . 164,166
OGSIVEO . . . 74
OJEMDA . . . 75
OJJAARA . . . 65
olanzapine . . . 87
olmesartan medoxomil . . . 105
olmesartan medoxomil-hctz . . . 111
olmesartan-amlodipine-hctz . . . 111
omega-3-acid ethyl esters . . . 114
omeprazole . . . 129
OMNITROPE . . . 128,133
ondansetron . . . 58
ONDANSETRON HCL . . . 58
ondansetron hcl . . . 58
ONUREG . . . 64
OPIPZA . . . 87
OPVEE . . . 159
oralone . . . 119
ORGOVYX . . . 144
orquidea . . . 142
ORSERDU . . . 63
oseltamivir phosphate . . . 94
OSPHENA . . . 142
OTEZLA . . . 122,146
OTEZLA XR . . . 122
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK . . . 146
oxaprozin . . . 35
oxcarbazepine . . . 51
oxybutynin chloride . . . 130
oxybutynin chloride er . . . 130
oxycodone hcl . . . 37
oxycodone-acetaminophen . . . 37
OZEMPIC . . . 98
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) . . . 98
OZEMPIC (1 MG/DOSE) . . . 98
OZEMPIC (2 MG/DOSE) . . . 98

P

pacerone . . . 106,107
paliperidone er . . . 87
PANRETIN . . . 80
pantoprazole sodium . . . 129
paricalcitol . . . 154
paroxetine hcl . . . 55
PAROXETINE HCL . . . 55
paroxetine hcl er . . . 55
PAXLOVID (150/100) . . . 95
PAXLOVID (300/100 & 150/100) . . . 95
PAXLOVID (300/100) . . . 95
pazopanib hcl . . . 75
PAZOPANIB HCL . . . 75
PEDIARIX . . . 151
PEDVAXHIB . . . 151
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl . . . 127
peg-3350/electrolytes . . . 128
PEGASYS . . . 147,148
PEMAZYRE . . . 75
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP . . . 159
PEN NEEDLES . . . 159
PENBRAYA . . . 159
penicillamine . . . 131
penicillin g potassium . . . 44
PENICILLIN G SODIUM . . . 44
penicillin v potassium . . . 44
PENMENVY . . . 151
PENTACEL . . . 151
pentamidine isethionate . . . 81
pentoxifylline er . . . 111
perampanel . . . 47
PERINDOPRIL ERBUMINE . . . 106
periogard . . . 119
permethrin . . . 123
perphenazine . . . 57
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE . . . 54
PERSERIS . . . 87
pfizerpen . . . 44

PHENELZINE SULFATE....54
phenobarbital....49
phenytek....51
phenytoin....51
phenytoin infatabs....51
phenytoin sodium extended....51
philith....139
PIFELTRO....91
pilocarpine hcl....119,165
pimozide....84
pimtrea....139
pindolol....107
pioglitazone hcl....98
pioglitazone hcl-glimepiride....98
pioglitazone hcl-metformin hcl....98
piperacillin sod-tazobactam so....44
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)....75
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)....75
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)....75
pirfenidone....170,171
PIRFENIDONE....171
piroxicam....35
PNV 27-CA/FE/FA....124
podofilox....122
polycin....163
polymyxin b-trimethoprim....164
pomalidomide....63
POMALYST....63
portia-28....139
posaconazole....59
potassium chloride....124
potassium chloride crys er....125
potassium chloride er....125
potassium chloride in dextrose....125
potassium chloride in nacl....125
potassium citrate er....125
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5%....125
pramipexole dihydrochloride....82
prasugrel hcl....104
pravastatin sodium....113
praziquantel....81
prazosin hcl....105
prednisolone....132
prednisolone acetate....165
prednisolone sodium phosphate....132
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE....165
prednisone....132
PREDNISONE....132
PREDNISONE INTENSOL....132
pregabalin....118
PREMARIN....139
PREMASOL....125
PREMIUM LIDOCAINE....38
prenatal vitamins....125
PRETOMANID....62
prevalite....114
PREVYMIS....89
PREZCOBIX....94
PREZCOBIX PED....94
PREZISTA....94
primaquine phosphate....81
primidone....49
PRIORIX....151
PRO COMFORT ALCOHOL....159
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE....159
probenecid....60
prochlorperazine....57
prochlorperazine maleate....57
procto-med hc....121
proctosol hc....121
proctozone-hc....121
progesterone....142
PROGRAF....149
promethazine hcl....57,167
propafenone hcl....107
propranolol hcl....107
PROPRANOLOL HCL....108
propranolol hcl er....108
propylthiouracil....144
PROQUAD....151

protriptyline hcl . . . 56
PULMOZYME . . . 169
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE . 159
pyrazinamide . . . 62
pyridostigmine bromide . . . 61
pyridostigmine bromide er . . . 61
pyrimethamine . . . 82

Q

qc alcohol . . . 122
QINLOCK . . . 65
QUADRACEL . . . 151
quetiapine fumarate . . . 87
quetiapine fumarate er . . . 87
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE . . 160
quinapril hcl . . . 106
quinapril-hydrochlorothiazide . . . 111
QUINIDINE SULFATE . . . 107
quinine sulfate . . . 82
QVAR REDIHALER . . . 167

R

ra isopropyl alcohol wipes . . . 123
RABAVERT . . . 151
rabeprazole sodium . . . 129
RALDESY . . . 55
raloxifene hcl . . . 142
raltegravir potassium . . . 91
ramelteon . . . 173
ramipril . . . 106
ranolazine er . . . 111
rasagiline mesylate . . . 83
reclipsen . . . 140
RECOMBIVAX HB . . . 151
RELENZA DISKHALER . . . 94
repaglinide . . . 98
REPATHA . . . 114
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM . . . 114
REPATHA SURECLICK . . . 114
RESTASIS . . . 163
RETACRIT . . . 104
RETEVMO . . . 75
REVCOVI . . . 130
REVUFORJ . . . 75
REXULTI . . . 87
REYATAZ . . . 94
REZDIFFRA . . . 143
REZLIDHIA . . . 76
RHOPRESSA . . . 165
RIBAVIRIN . . . 90
ribavirin . . . 90
RIDAURA . . . 146
rifabutin . . . 61
rifampin . . . 62
rifapentine . . . 62
rilpivirine hcl . . . 91
riluzole . . . 117
RIMANTADINE HCL . . . 94
ringers . . . 125
ringers irrigation . . . 160
RINVOQ . . . 146
RINVOQ LQ . . . 146
riociguat . . . 170
risedronate sodium . . . 154
risperidone . . . 88
risperidone microspheres er . . . 88
ritonavir . . . 94
rivaroxaban . . . 102
rivastigmine . . . 52
rivastigmine tartrate . . . 52
rizatriptan benzoate . . . 60
ROCKLATAN . . . 163
roflumilast . . . 169
ROMVIMZA . . . 76
ropinirole hcl . . . 82
ropinirole hcl er . . . 82,83
rosuvastatin calcium . . . 113
ROTARIX . . . 152
ROTATEQ . . . 152
roweepra . . . 47

ROZLYTREK 76
RUBRACA 76
rufinamide 51
RUKOBIA 93
RYBELSUS 99
RYDAPT 76

S

sacubitril-valsartan 111
sajazir 145
SANTYL 123
sapropterin dihydrochloride 130
SCEMBLIX 76
scopolamine 57
SECUADO 88
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 160
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES . . . 160
selegiline hcl 83
selenium sulfide 121
SELZENTRY 93
SEREVENT DISKUS 169
sertraline hcl 55
setlakin 140
sevelamer carbonate 126
sharobel 142
SHINGRIX 152
SIGNIFOR 144
sildenafil citrate 170
SILIGENTLE FOAM DRESSING 160
silodosin 131
silver sulfadiazine 123
SIMBRINZA 165
SIMLANDI (1 PEN) 149
SIMLANDI (1 SYRINGE) 149
SIMLANDI (2 PEN) 149
SIMLANDI (2 SYRINGE) 149
simliya 140
simpesse 140
simvastatin 113
sirolimus 150
SIRTURO 62
sitaglip phos-metformin hcl er 99
sitagliptin phos-metformin hcl 99
sitagliptin phosphate 99
SKYRIZI 146
SKYRIZI PEN 146
SMOFLIPID 160
sodium chloride 125
sodium chloride (pf) 125
SODIUM FLUORIDE 125
sodium oxybate 173
sodium phenylbutyrate 130
sodium polystyrene sulfonate 126
solifenacin succinate 131
SOLTAMOX 64
SOMAVERT 144
sorafenib tosylate 76
sotalol hcl 107
sotalol hcl (af) 107
SPIRIVA RESPIMAT 168
spironolactone 112
spironolactone-hctz 111
sprintec 28 140
SPRITAM 48
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 126
sronyx 140
ssd 123
sterile water for irrigation 160
STIOLTO RESPIMAT 172
STIVARGA 76
STREPTOMYCIN SULFATE 39
STRIBILD 91
subvenite 48
SUBVENITE 48
sucralfate 128
SULFACETAMIDE SODIUM 164
sulfacetamide sodium 164
sulfacetamide sodium (acne) 119
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 163
sulfadiazine 46

sulfamethoxazole-trimethoprim 46
sulfasalazine 153
sulfatrim pediatric 46
sulindac 35
sumatriptan 61
sumatriptan succinate 61
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL 61
sunitinib malate 76,77
SUNLENCA 93
SUPER TOUCH INSULIN SYRINGE 160
SUPER TOUCH PEN NEEDLES 160
SURE COMFORT PEN NEEDLES 160
syeda 140
SYMPAZAN 49
SYMTUZA 94
SYNAREL 144
SYNJARDY 99
SYNJARDY XR 99
SYNTHROID 143

T

TABLOID 64
TABRECTA 77
tacrolimus 121,150
tadalafil 131
tadalafil (pah) 170
TAFINLAR 77
TAGRISSO 77
TALZENNA 77
tamoxifen citrate 64
tamsulosin hcl 131
tarina fe 1/20 140
tarina fe 1/20 eq 140
TARPEYO 132
tasimelteon 173
tazarotene 120
TAZICEF 43
TAZVERIK 77
TDVAX 152
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 160
telmisartan 105
telmisartan-amlodipine 111
telmisartan-hctz 111
temazepam 173
TENIVAC 152
tenofovir disoproxil fumarate 92
TEPMETKO 77
terazosin hcl 105
terbinafine hcl 59
terconazole 59
teriflunomide 118
teriparatide 154
testosterone 133
testosterone cypionate 133
TESTOSTERONE ENANTHATE 134
tetrabenazine 117
tetracycline hcl 46
THALOMID 63,64
theophylline er 169
thioridazine hcl 84
thiothixene 84
tiadylt er 109
tiagabine hcl 49
TIBSOVO 77
ticagrelor 104
TICOVAC 152
tigecycline 41
timolol maleate 108,165
tinidazole 41
tiotropium bromide 168
TIVICAY 91
TIVICAY PD 91
tizanidine hcl 89
TOBI PODHALER 169
tobramycin 164,169
tobramycin sulfate 40
tobramycin-dexamethasone 163
TOLAK 123
tolterodine tartrate 131
tolterodine tartrate er 131

tolvaptan....126
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE....161
topiramate....48
toremifene citrate....64
torsemide....112
TOUJEO MAX SOLOSTAR....101
TOUJEO SOLOSTAR....101
TPN ELECTROLYTES....125
TRADJENTA....99
tramadol hcl....37
tramadol hcl er....36
tramadol-acetaminophen....37
trandolapril....106
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER....112
tranexamic acid....104
tranylcypromine sulfate....54
travoprost (bak free)....166
trazodone hcl....56
TRECATOR....62
TRELEGY ELLIPTA....172
TREMFYA....146,147
TREMFYA ONE-PRESS....147
TREMFYA PEN....147
TREMFYA-CD/UC INDUCTION....147
TRESIBA....101
TRESIBA FLEXTOUCH....101
tretinoin....80,120
tri-estarylla....140
tri-linyah....140
tri-mili....140
tri-sprintec....140
tri-vylibra....140
triamcinolone acetonide....119,122
triamterene-hctz....112
triazolam....173
triderm....122
trientine hcl....126
TRIENTINE HCL....126
trifluoperazine hcl....84
TRIFLURIDINE....164
trihexyphenidyl hcl....82
TRIKAFTA....169
trimethoprim....41
trimipramine maleate....57
TRINTELLIX....56
TRIUMEQ....92
TRIUMEQ PD....92
trivora (28)....140
trospium chloride....131
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE....161
TRUE COMFORT PEN NEEDLES....161
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES....161
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE....161
TRULICITY....99
TRUMENBA....152
TRUQAP....77
TUKYSA....77
TURALIO....78
turqoz....140
TWINRIX....152
TYBOST....93
TYENNE....147
TYMLOS....154
TYPHIM VI....152

U

UDENYCA....104
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE....161
ULTRA COMFORT PEN NEEDLES....161
UNIFINE OTC PEN NEEDLES....161
UNIFINE PENTIPS....161
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE....161
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE....161
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE....161
unithroid....143
UPTRAVI....170
ursodiol....128

V

valacyclovir hcl....95

VALCHLOR . . . 123
valganciclovir hcl . . . 90
valproate sodium . . . 48
valproic acid . . . 48
valsartan . . . 105
valsartan-hydrochlorothiazide . . . 112
VALTOCO 10 MG DOSE . . . 49
VALTOCO 15 MG DOSE . . . 50
VALTOCO 20 MG DOSE . . . 50
VALTOCO 5 MG DOSE . . . 50
valtya 1/35 . . . 140
VALTYA 1/50 . . . 140
vancomycin hcl . . . 41
VANFLYTA . . . 78
VAQTA . . . 152
varenicline tartrate . . . 39
varenicline tartrate (starter) . . . 39
varenicline tartrate(continue) . . . 39
VARIVAX . . . 152
VAXCHORA . . . 152
VELIVET . . . 140
VELSIPITY . . . 147
VENCLEXTA . . . 78
VENCLEXTA STARTING PACK . . . 78
venlafaxine hcl . . . 56
venlafaxine hcl er . . . 56
VEOZAH . . . 117
VEPPANU . . . 64
verapamil hcl . . . 109
VERAPAMIL HCL ER . . . 109
verapamil hcl er . . . 109
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE . . . 162
VERIFINE INSULIN SYRINGE . . . 162
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE . . . 162
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR . . . 162
VERQUVO . . . 112
VERSACLOZ . . . 89
VERZENIO . . . 78
vestura . . . 140
vienva . . . 140
vigabatrin . . . 50
vigadrone . . . 50
VIGAFYDE . . . 50
vigpoder . . . 50
vilazodone hcl . . . 56
VIMKUNYA . . . 152
viorele . . . 140
VIRACEPT . . . 94
VIREAD . . . 92
VITRAKVI . . . 78
VIVOTIF . . . 152
VIZIMPRO . . . 78
volnea . . . 140
VONJO . . . 80
VOQUEZNA DUAL PAK . . . 128
VOQUEZNA TRIPLE PAK . . . 128
VORANIGO . . . 78,79
voriconazole . . . 59
VOSEVI . . . 90
VOWST . . . 162
VRAYLAR . . . 88
vyfemla . . . 141
vylibra . . . 141
VYZULTA . . . 166

W

warfarin sodium . . . 102
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE . . . 162
WEGOVY . . . 112
WELIREG . . . 65
WELTRUZA . . . 88
wera . . . 141
WINREVAIR . . . 170
wixela inhub . . . 172
wymzya fe . . . 141
WYOST . . . 154

X

XALKORI . . . 79
XARELTO . . . 102

XARELTO STARTER PACK . . . 103
XATMEP . . . 150
XCOPRI . . . 48,51
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) . . . 51
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) . . . 51
XDEMVY . . . 163
xelria fe . . . 141
XERMELO . . . 127
XIFAXAN . . . 41
XIGDUO XR . . . 99
XIIDRA . . . 163
XOFLUZA (40 MG DOSE) . . . 94
XOFLUZA (80 MG DOSE) . . . 94
XOLAIR . . . 147
XOSPATA . . . 79
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) . . . 79
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) . . . 79
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) . . . 79
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) . . . 79
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) . . . 79
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) . . . 79
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) . . . 80
XTANDI . . . 63
XTRENBO . . . 154
xulane . . . 141

Y

YESINTEK . . . 147
YF-VAX . . . 152
yuvafem . . . 141

Z

zafemy . . . 141
zafirlukast . . . 167
zaleplon . . . 173
ZARXIO . . . 104
ZEJULA . . . 80
ZELBORAF . . . 80
zenatane . . . 120
ZENBEXUS . . . 66
ZENPEP . . . 130
zidovudine . . . 92
ziprasidone hcl . . . 88
ziprasidone mesylate . . . 88
ZIRGAN . . . 164
zoledronic acid . . . 154
ZOLINZA . . . 66
zolpidem tartrate . . . 173
ZONISADE . . . 52
zonisamide . . . 52
zovia 1/35 (28) . . . 141
ZTALMY . . . 50
zumandimine . . . 141
ZURZUVAE . . . 54
ZYDELIG . . . 80
ZYKADIA . . . 80
ZYMFENTRA (1 PEN) . . . 150
ZYMFENTRA (2 PEN) . . . 150
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) . . . 150
ZYPREXA RELPREVV . . . 88

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

ANALGESICS 34
ANESTHETICS 38
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS 38
ANTIBACTERIALS 39
ANTICONVULSANTS 46
ANTIDEMENTIA AGENTS 52
ANTIDEPRESSANTS 53
ANTIEMETICS 57
ANTIFUNGALS 58
ANTIGOUT AGENTS 60
ANTIMIGRAINE AGENTS 60
ANTIMYASTHENIC AGENTS 61
ANTIMYCOBACTERIALS 61
ANTINEOPLASTICS 62
ANTIPARASITICS 81
ANTIPARKINSON AGENTS 82
ANTIPSYCHOTICS 83
ANTISPASTICITY AGENTS 89
ANTIVIRALS 89
ANXIOLYTICS 95
BIPOLAR AGENTS 96
BLOOD GLUCOSE REGULATORS 97
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS 101
CARDIOVASCULAR AGENTS 104
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS 116
DENTAL AND ORAL AGENTS 119
DERMATOLOGICAL AGENTS 119
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS 124
GASTROINTESTINAL AGENTS 126
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT . 129
GENITOURINARY AGENTS 130
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL) 131
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY) 133
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS) 133
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID) 142

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY) 143
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID) 144
IMMUNOLOGICAL AGENTS 145
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS 153
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS 153
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS 154
OPHTHALMIC AGENTS 162
OTIC AGENTS 166
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS 166
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS 172
SLEEP DISORDER AGENTS 173

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.

УВЕДОМЛЕНИЕ О НЕДОПУЩЕНИИ ДИСКРИМИНАЦИИ

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

План Blue Shield of California предлагает:

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

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

Blue Shield of California

601 12th Street

Oakland, CA 94607-3613

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

КАК ПОДАТЬ ПРЕТЕНЗИЮ

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

- По телефону: позвоните координатору плана Blue Shield of California по гражданским правам с понедельника по пятницу 8 до 20 часов по номеру 1-800-776-4466. Или, если вы испытываете проблемы с речью или слухом, позвоните по номеру линии TTY/TDD 711.
- В письменном виде: заполните бланк жалобы или напишите письмо и отправьте по адресу:

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

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

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

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

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

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

- Бланки жалоб можно найти на сайте http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
  - В электронном формате: отправьте сообщение по адресу CivilRights@dhcs.ca.gov.

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

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

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

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

Бланки жалоб можно найти на веб-сайте http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

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

Этот *Список препаратов* был обновлён 10/23/2026 .

Для получения более свежей информации или по другим вопросам свяжитесь с нами по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю или посетите blueshieldca.com/medformulary2027.