



## **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 10

Этот *Список препаратов* был обновлён 09/01/2026 .

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](https://blueshieldca.com/medformulary2027).

H2819\_26\_149A\_C Approved 08182026

A55568EAE-RU ( 09/26 )

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 08:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027).



09/01/2026

## 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 <i>Список покрываемых лекарственных препаратов</i> ? (Для краткости мы называем <i>Список покрываемых лекарственных препаратов</i> « <i>Списком препаратов</i> ».) .....                               | xiv   |
| B2. Изменяется ли <i>Список препаратов</i> ? .....                                                                                                                                                                                                         | xv    |
| B3. Что происходит при изменении <i>Списка препаратов</i> ? .....                                                                                                                                                                                          | xvi   |
| B4. Существуют ли какие-либо нормы или ограничения на покрытие лекарственных препаратов или какие-либо условия, выполнение которых требуется для получения определенных препаратов? .....                                                                  | xviii |
| B5. Как узнать, есть ли у нужного вам лекарственного препарата нормы или требуется ли выполнение особых условий для его получения? .....                                                                                                                   | xix   |
| B6. Что произойдет, если Blue Shield 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 <i>Списке препаратов</i> ? .....                                                                                                                                                                                                  | xix   |
| B8. Что делать, если препарат, который я хочу принимать, отсутствует в <i>Списке препаратов</i> ? .....                                                                                                                                                    | xx    |

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027).



|                                                                                                                                                                                         |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| B9. Что делать, если я новый участник Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan и не могу найти свой препарат в <i>Списке препаратов</i> или возникла проблема с получением препарата? ..... | xx    |
| B10. Могу ли я попросить об исключении для покрытия моего препарата?.....                                                                                                               | xxii  |
| B11. Как подать запрос об исключении? .....                                                                                                                                             | xxii  |
| B12. Сколько времени нужно, чтобы получить исключение? .....                                                                                                                            | xxii  |
| B13. Что такое непатентованные лекарственные препараты? .....                                                                                                                           | xxiii |
| B14. Что такое оригинальные биологические продукты и как они связаны с 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 <i>Списка покрываемых лекарственных препаратов</i> .....                                                                                                                       | xxx   |
| C1. Список препаратов по медицинским показаниям .....                                                                                                                                   | xxxi  |
| D. Указатель покрываемых лекарственных препаратов .....                                                                                                                                 | 140   |

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в 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. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027).



---

## А.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](https://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**

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в 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. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027).



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

### **الشعار بالعربية (Arabic)**

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

### **Հայերեն պիտակ (Armenian)**

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

Этот раздел продолжается на следующей странице

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027).



## 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

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в 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. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027).



## **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 निः शुल्क हैं।

## **Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)**

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

Этот раздел продолжается на следующей странице

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027).



## **日本語表記 (Japanese)**

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

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

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

## **한국어 태그라인 (Korean)**

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

**Этот раздел продолжается на следующей странице**

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027).



## 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.

Этот раздел продолжается на следующей странице

---

**Если у вас есть вопросы,** пожалуйста, позвоните в 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. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027).



## 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

Если у вас есть вопросы, пожалуйста, позвоните в 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. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027).



## **Русский слоган (Russian)**

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

## **Mensaje en español (Spanish)**

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

Этот раздел продолжается на следующей странице

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в 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. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027).



## **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.

## **แจ้งใ้ภาษาไทย (Thai)**

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

Этот раздел продолжается на следующей странице

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027).



## **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.

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в 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. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027).



---

## В. Часто задаваемые вопросы (FAQ)

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

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

Лекарственные препараты, указанные в *Списке препаратов*, начиная с **Раздела С**, покрываются планом Blue Shield 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](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) для получения дополнительной информации. Вы также можете позвонить в Центр поддержки участников Medi-Cal Rx по телефону 800-977-2273. При получении рецептов через Medi-Cal Rx обязательно имейте при себе вашу идентификационную карту бенефициара (BIC) Medi-Cal.

- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan покрывает 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 В4 для получения дополнительной информации.

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

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в 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. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](http://blueshieldca.com/medformulary2027).



## **В2. 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 В4.

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

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

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

**Этот раздел продолжается на следующей странице**

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в 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. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027).



- Вы всегда можете проверить актуальный *Список препаратов* Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan онлайн на сайте [blueshieldca.com/medformulary2027](https://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*.

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

Некоторые изменения в Списке покрываемых препаратов вступают в силу **немедлительно**. 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 В14**.
  - Вы или ваш лечащий врач можете попросить об исключении из этих изменений. Мы отправим вам уведомление с инструкциями о том, как подать запрос на исключение. Смотрите вопросы В10-В12 для получения дополнительной информации об исключениях.

**Этот раздел продолжается на следующей странице**

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027).



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

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

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

Когда происходят такие изменения, мы:

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

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

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

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027).



#### **В4. 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 С**. Вы также можете получить дополнительную информацию, посетив наш сайт по адресу [blueshieldca.com/medformulary2027](https://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 В10-В12 для получения дополнительной информации об исключениях.

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в 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. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027).



**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 140. Указатель содержит алфавитный список всех препаратов, включенных в этот документ. Указатель включает как патентованные, так и непатентованные лекарственные препараты. Найдите ваш лекарственный препарат в Указателе. Рядом с препаратом вы увидите номер страницы, на которой приводится информацию о его покрытии.

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

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027).



## **В8. 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 В10-В12 для получения дополнительной информации об исключениях.

## **В9. 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**

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в 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. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027).



- 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](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) для получения дополнительной информации. Вы также можете позвонить в Центр поддержки участников Medi-Cal Rx по телефону 800-977-2273. При получении рецептов через Medi-Cal Rx обязательно имейте при себе вашу идентификационную карту бенефициара (BIC) Medi-Cal.

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

- Мы один раз покроем стоимость 31-дневного запаса необходимого вам препарата (если только ваш рецепт не рассчитан на меньший срок), независимо от того, являетесь ли вы новым участником Blue Shield 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. Эта 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.

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в 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. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](http://blueshieldca.com/medformulary2027).



## **В10. 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.

## **В11. 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.

## **В12. Сколько времени нужно, чтобы получить исключение?**

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

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

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027).



### **В13. 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.

### **В14. 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**.

### **В15. 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**

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в 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. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027).



- **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.

#### **В16. 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.

#### **В17. 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**

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в 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. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027).



- Лекарственные препараты уровня 3 являются предпочтительными патентованными препаратами
- Лекарственные препараты уровня 4 являются неpreferential 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                 | <p>Если вы получаете Extra Help (дополнительная помощь), вы платите: за включенные в покрытие дженерики (включая брендовые препараты, приравняемые к дженерикам) — либо: \$0,00; \$1,65; \$5,80</p> <p>За все остальные препараты, включенные в покрытие, — либо: \$0; \$5,00; \$14,40</p> <p>Если вы получаете Extra Help, вы платите от \$0,00 до \$14,40 за</p> | <p>Если вы получаете Extra Help (дополнительная помощь), вы платите: за включенные в покрытие дженерики (включая брендовые препараты, приравняемые к дженерикам) — либо: \$0,00; \$1,65; \$5,80</p> <p>За все остальные препараты, включенные в покрытие, — либо: \$0; \$5,00; \$14,40</p> <p>Если вы получаете Extra Help, вы платите от \$0,00 до \$14,40 за</p> |

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в 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. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027).



|  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | <p>месячный запас каждого включенного в покрытие препарата инсулина, относящегося к данной категории.</p> <p>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.</p> <p>Размер соплатежей за лекарства может варьироваться в зависимости от уровня предоставляемой вам Extra Help. Для получения подробной информации, пожалуйста, свяжитесь</p> | <p>месячный запас каждого включенного в покрытие препарата инсулина, относящегося к данной категории.</p> <p>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.</p> <p>Размер соплатежей за лекарства может варьироваться в зависимости от уровня предоставляемой вам Extra Help. Для получения подробной информации, пожалуйста, свяжитесь</p> |
|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в 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. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027).



|           |                                 | с представителями<br>вашего плана.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | с представителями<br>вашего плана.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Уровень 4 | Непредпочтительные<br>препараты | <p>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</p> <p>За все остальные препараты, включенные в покрытие, — либо: \$0; \$5,00; \$14,40</p> <p>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.</p> <p>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</p> | <p>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</p> <p>За все остальные препараты, включенные в покрытие, — либо: \$0; \$5,00; \$14,40</p> <p>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.</p> <p>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</p> |

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в 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. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027).



|           |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           |                              | <p>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.</p> <p>Размер соплатежей за лекарства может варьироваться в зависимости от уровня предоставляемой вам Extra Help. Для получения подробной информации, пожалуйста, свяжитесь с представителями вашего плана.</p> | <p>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.</p> <p>Размер соплатежей за лекарства может варьироваться в зависимости от уровня предоставляемой вам Extra Help. Для получения подробной информации, пожалуйста, свяжитесь с представителями вашего плана.</p> |
| Уровень 5 | Специализированные препараты | <p>Если вы получаете Extra Help, вы платите: за включенные в покрытие дженерики (включая брендовые препараты, приравненные к дженерикам) — либо: \$0,00; \$1,65; \$5,80</p> <p>За все остальные препараты,</p>                                                                                                                                                                                                                                                                        | Недоступно                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в 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. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027).



|  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  |  | <p>включенные в покрытие, — либо: \$0; \$5,00; \$14,40</p> <p>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%.</p> <p>Размер соплатежей за лекарства может варьироваться в зависимости от уровня предоставляемой вам Extra Help. Для получения подробной информации, пожалуйста, свяжитесь с представителями вашего плана.</p> |  |
|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в 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. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027).



---

## С. 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](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) для получения дополнительной информации. Вы также можете позвонить в Центр поддержки участников Medi-Cal Rx по телефону 800-977-2273. При получении рецептов через Medi-Cal Rx обязательно имейте при себе вашу идентификационную карту бенефициара (BIC) Medi-Cal.

### Апелляции по Части D

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

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](http://blueshieldca.com/medformulary2027).



## С1. 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<br>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 В или части D, в зависимости от правил покрытия Medicare. |

Этот раздел продолжается на следующей странице

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027).



|     |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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.

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в 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. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027).



---

## D. Указатель покрываемых лекарственных препаратов

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

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по телефону (800) 452-4413 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени, семь дней в неделю. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027).



## ANALGESICS

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

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

## ANALGESICS

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

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

## ANALGESICS

| Название препарата                                                                                           | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>morphine sulfate er 30 mg tab er</i>                                                                      | Tier 4                                      | QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS                                |
| <i>tramadol hcl er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h)</i>                             | Tier 4                                      | PA, QL (30 PER 30 DAYS), NDS                                 |
| OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING                                                                              |                                             |                                                              |
| <i>acetaminophen-codeine (120-12 mg/5ml solution, 300-30 mg/12.5ml solution)</i>                             | Tier 2                                      | QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS                              |
| <i>acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)</i>                                                  | Tier 2                                      | QL (360 PER 30 DAYS), NDS                                    |
| <i>acetaminophen-codeine 300-60 mg tab</i>                                                                   | Tier 2                                      | QL (180 PER 30 DAYS), NDS                                    |
| <i>butorphanol tartrate 10 mg/ml solution</i>                                                                | Tier 3                                      | QL (15 PER 28 OVER TIME), NDS                                |
| CODEINE SULFATE 15 MG TAB                                                                                    | Tier 4                                      | QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS                               |
| <i>codeine sulfate 30 mg tab</i>                                                                             | Tier 4                                      | QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS                               |
| CODEINE SULFATE 60 MG TAB                                                                                    | Tier 4                                      | QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS                                |
| <i>endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>                                                                | Tier 3                                      | QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS                               |
| <i>endocet 10-325 mg tab</i>                                                                                 | Tier 3                                      | QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS                                |
| <i>endocet 7.5-325 mg tab</i>                                                                                | Tier 3                                      | QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS                               |
| <i>hydrocodone-acetaminophen (10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab)</i>                                             | Tier 2                                      | QL (180 PER 30 DAYS), NDS                                    |
| <i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml solution, 5-217 mg/10ml solution, 7.5-325 mg/15ml solution)</i> | Tier 4                                      | QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS                              |
| <i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>                                              | Tier 2                                      | QL (240 PER 30 DAYS), NDS                                    |
| <i>hydromorphone hcl 2 mg tab</i>                                                                            | Tier 3                                      | QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS                               |

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

## ANALGESICS

| Название препарата                                                             | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>hydromorphone hcl 4 mg tab</i>                                              | Tier 3                                      | QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS                                |
| <i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i>                                              | Tier 3                                      | QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS                                |
| <i>morphine sulfate (15 mg tab, 30 mg tab)</i>                                 | Tier 3                                      | QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS                               |
| <i>morphine sulfate (concentrate) (100 mg/5ml solution, 20 mg/ml solution)</i> | Tier 3                                      | QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS                                |
| <i>morphine sulfate 10 mg/5ml solution</i>                                     | Tier 3                                      | QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS                               |
| <i>morphine sulfate 20 mg/5ml solution</i>                                     | Tier 3                                      | QL (315 PER 30 OVER TIME), NDS                               |
| <i>oxycodone hcl (15 mg tab, 30 mg tab)</i>                                    | Tier 3                                      | QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS                                |
| <i>oxycodone hcl 10 mg tab</i>                                                 | Tier 3                                      | QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS                                |
| <i>oxycodone hcl 100 mg/5ml conc</i>                                           | Tier 4                                      | QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS                               |
| <i>oxycodone hcl 20 mg tab</i>                                                 | Tier 3                                      | QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS                               |
| <i>oxycodone hcl 5 mg tab</i>                                                  | Tier 3                                      | QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS                               |
| <i>oxycodone hcl 5 mg/5ml solution</i>                                         | Tier 3                                      | QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS                               |
| <i>oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>                  | Tier 3                                      | QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS                               |
| <i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab</i>                                   | Tier 3                                      | QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS                                |
| <i>oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab</i>                                  | Tier 3                                      | QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS                               |
| <i>tramadol hcl 50 mg tab</i>                                                  | Tier 2                                      | QL (240 PER 30 DAYS), NDS                                    |
| <i>tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab</i>                                  | Tier 2                                      | QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS                               |

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

## ANESTHETICS

| Название препарата                          | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| LOCAL ANESTHETICS                           |                                             |                                                              |
| <i>lidocaine 5 % ointment</i>               | Tier 4                                      | QL (50 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>lidocaine 5 % patch</i>                  | Tier 3                                      | PA, QL (90 PER 30 DAYS)                                      |
| <i>lidocaine hcl 4 % solution</i>           | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>lidocaine viscous hcl 2 % solution</i>   | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream</i> | Tier 3                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>lidocan 5 % patch</i>                    | Tier 3                                      | PA, QL (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                                                                                               |                                             |                                                              |
| <i>acamprosate calcium 333 mg tab dr</i>                                                                                      | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>disulfiram (250 mg tab, 500 mg tab)</i>                                                                                    | Tier 2                                      |                                                              |
| OPIOID DEPENDENCE                                                                                                             |                                             |                                                              |
| <i>buprenorphine hcl (2 mg sl tab, 8 mg sl tab)</i>                                                                           | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (12-3 mg film, 2-0.5 mg film, 2-0.5 mg sl tab, 4-1 mg film, 8-2 mg film, 8-2 mg sl tab)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| OPIOID REVERSAL AGENTS                                                                                                        |                                             |                                                              |
| KLOXXADO 8 MG/0.1ML LIQUID                                                                                                    | Tier 4                                      | QL (2 PER 30 OVER TIME)                                      |

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

## ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

| Название препарата                                                                                                           | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>naloxone hcl (0.4 mg/ml soln cart, 0.4 mg/ml soln prsyr, 0.4 mg/ml solution, 2 mg/2ml soln prsyr, 4 mg/10ml solution)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>                                                                                              | Tier 2                                      |                                                              |
| SMOKING CESSATION AGENTS                                                                                                     |                                             |                                                              |
| <i>bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab er 12h</i>                                                                      | Tier 2                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION                                                                                                | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>varenicline tartrate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>                                                                           | Tier 4                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 &amp; 1 mg x 42 tab thpk</i>                                                   | Tier 4                                      | QL (53 PER 30 OVER TIME)                                     |
| <i>varenicline tartrate(continue) 1 mg tab</i>                                                                               | Tier 4                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |

## ANTIBACTERIALS

| Название препарата                                      | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| AMINOGLYCOSIDES                                         |                                             |                                                              |
| <i>amikacin sulfate 500 mg/2ml solution</i>             | Tier 4                                      |                                                              |
| ARIKAYCE 590 MG/8.4ML SUSPENSION                        | Tier 5                                      | PA, LA, QL (235.2 PER 28 DAYS)                               |
| <i>gentamicin sulfate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>gentamicin sulfate 40 mg/ml solution</i>             | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>neomycin sulfate 500 mg tab</i>                      | Tier 2                                      |                                                              |
| STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN                    | Tier 4                                      |                                                              |

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

## ANTIBACTERIALS

| Название препарата                                                                                                             | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>tobramycin sulfate (1.2 gm recon soln, 1.2 gm/30ml solution, 10 mg/ml solution, 2 gm/50ml solution, 80 mg/2ml solution)</i> | Tier 4                                      |                                                              |
| ANTIBACTERIALS, OTHER                                                                                                          |                                             |                                                              |
| <i>aztreonam (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>                                                                            | Tier 4                                      |                                                              |
| CAYSTON 75 MG RECON SOLN                                                                                                       | Tier 5                                      | PA, LA, QL (84 PER 28 DAYS)                                  |
| <i>clindamycin hcl (150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap)</i>                                                                     | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln</i>                                                                          | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>clindamycin phosphate (300 mg/2ml solution, 600 mg/4ml solution, 900 mg/6ml solution)</i>                                   | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>clindamycin phosphate 2 % cream</i>                                                                                         | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml solution, 600 mg/50ml solution, 900 mg/50ml solution)</i>                         | Tier 4                                      |                                                              |
| CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL (300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)            | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln</i>                                                                           | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>daptomycin (350 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>                                                                       | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>fosfomycin tromethamine 3 gm packet</i>                                                                                     | Tier 4                                      | QL (4 PACKETS PER 28 OVER TIME)                              |
| <i>lincomycin hcl 300 mg/ml solution</i>                                                                                       | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>linezolid 100 mg/5ml recon susp</i>                                                                                         | Tier 5                                      | PA                                                           |
| <i>linezolid 600 mg tab</i>                                                                                                    | Tier 4                                      | PA                                                           |
| <i>linezolid 600 mg/300ml solution</i>                                                                                         | Tier 4                                      |                                                              |

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

## ANTIBACTERIALS

| Название препарата                                                                                                                                                                                                     | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION                                                                                                                                                               | Tier 5                                      |                                                              |
| <i>methenamine hippurate 1 gm tab</i>                                                                                                                                                                                  | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>metronidazole (0.75 % gel, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>                                                                                                                                                              | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>metronidazole (0.75 % lotion, 1 % gel, 500 mg/100ml solution)</i>                                                                                                                                                   | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>metronidazole 0.75 % cream</i>                                                                                                                                                                                      | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>nitrofurantoin macrocrystal (100 mg cap, 50 mg cap)</i>                                                                                                                                                             | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>                                                                                                                                                                         | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>tigecycline 50 mg recon soln</i>                                                                                                                                                                                    | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)</i>                                                                                                                                                                             | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>trimethoprim 100 mg tab</i>                                                                                                                                                                                         | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>vancomycin hcl (1 gm recon soln, 1.25 gm recon soln, 1.5 gm recon soln, 1.75 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 125 mg cap, 2 gm recon soln, 250 mg cap, 500 mg recon soln, 750 mg recon soln)</i> | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>vancomycin hcl 5 gm recon soln</i>                                                                                                                                                                                  | Tier 4                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| XIFAXAN 200 MG TAB                                                                                                                                                                                                     | Tier 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                                      |                                                              |
| <i>cefadroxil (1 gm tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg/5ml recon susp)</i>                                                                                                                                             | Tier 3                                      |                                                              |

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

## ANTIBACTERIALS

| Название препарата                                                                                                                                     | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>cefadroxil 500 mg cap</i>                                                                                                                           | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>cefazolin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 2 gm recon soln, 3 gm recon soln, 300 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i> | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>cefdinir (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp)</i>                                                                                         | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>cefdinir 300 mg cap</i>                                                                                                                             | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>cefepime hcl (1 gm recon soln, 1 gm/50ml solution, 2 gm recon soln, 2 gm/100ml solution)</i>                                                        | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>cefixime (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 400 mg cap)</i>                                                                             | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>cefoxitin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>                                                                           | Tier 4                                      |                                                              |
| CEFPODOXIME PROXETIL (100 MG TAB, 100 MG/5ML RECON SUSP, 200 MG TAB, 50 MG/5ML RECON SUSP)                                                             | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)</i>                                                                | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>ceftaroline fosamil (400 mg recon soln, 600 mg recon soln)</i>                                                                                      | Tier 5                                      |                                                              |
| CEFTAZIDIME (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)                                                                                        | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>ceftriaxone sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>                                   | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)</i>                                                                                                      | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>cefuroxime sodium (1.5 gm recon soln, 750 mg recon soln)</i>                                                                                        | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>cephalexin (125 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap)</i>                                                               | Tier 2                                      |                                                              |

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

## ANTIBACTERIALS

| Название препарата                                                                                                                                                                                | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| TAZICEF (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)                                                                                                                                       | Tier 4                                      |                                                              |
| BETA-LACTAM, PENICILLINS                                                                                                                                                                          |                                             |                                                              |
| <i>amoxicillin (125 mg chew tab, 125 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg chew tab, 250 mg/5ml recon susp, 400 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>amoxicillin trihydrate 250 mg/5ml recon susp</i>                                                                                                                                               | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>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)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE 400-57 MG CHEW TAB                                                                                                                                                    | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate er 1000-62.5 mg tab er 12h</i>                                                                                                                                     | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>ampicillin 500 mg cap</i>                                                                                                                                                                      | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>ampicillin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 125 mg recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>                                                            | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm recon soln, 15 (10-5) gm recon soln, 3 (2-1) gm recon soln)</i>                                                                                    | Tier 4                                      |                                                              |
| BICILLIN L-A (1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR, 600000 UNIT/ML SUSP PRSYR)                                                                                                | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)</i>                                                                                                                                              | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>nafcillin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>                                                                                                                      | Tier 4                                      |                                                              |

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

## ANTIBACTERIALS

| Название препарата                                                                                                                                                                                                    | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>penicillin g potassium (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)</i>                                                                                                                                     | Tier 4                                      |                                                              |
| PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN                                                                                                                                                                           | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>penicillin v potassium (125 mg/5ml recon soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon soln, 500 mg tab)</i>                                                                                                                  | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>pfizerpen (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)</i>                                                                                                                                                  | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>piperacillin sod-tazobactam so (13.5 (12-1.5) gm recon ln, 2.25 (2-0.25) gm recon ln, 3-0.375 gm recon ln, 3.375 (3-0.375) gm recon ln, 4-0.5 gm recon ln, 4.5 (4-0.5) gm recon ln, 40.5 (36-4.5) gm recon ln)</i> | Tier 4                                      |                                                              |
| CARBAPENEMS                                                                                                                                                                                                           |                                             |                                                              |
| <i>ertapenem sodium 1 gm recon soln</i>                                                                                                                                                                               | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>                                                                                                                                                     | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>meropenem (1 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i>                                                                                                                                                                 | Tier 4                                      |                                                              |
| MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)                                                                                                                                              | Tier 4                                      |                                                              |
| MACROLIDES                                                                                                                                                                                                            |                                             |                                                              |
| <i>azithromycin (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 500 mg tab, 600 mg tab)</i>                                                                                                                | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>azithromycin 500 mg recon soln</i>                                                                                                                                                                                 | Tier 4                                      |                                                              |
| CLARITHROMYCIN (125 MG/5ML RECON SUSP, 250 MG/5ML RECON SUSP)                                                                                                                                                         | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>clarithromycin (250 mg tab, 500 mg tab)</i>                                                                                                                                                                        | Tier 2                                      |                                                              |

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

## ANTIBACTERIALS

| Название препарата                                                            | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>clarithromycin er 500 mg tab er 24h</i>                                    | Tier 4                                      |                                                              |
| DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP                                                   | Tier 5                                      | PA, QL (136 PER 10 OVER TIME)                                |
| <i>e.e.s. 400 400 mg tab</i>                                                  | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>erythrocin lactobionate 500 mg recon soln</i>                              | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>erythromycin base (250 mg cp dr part, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>          | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5ml recon susp</i>                      | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>erythromycin lactobionate 500 mg recon soln</i>                            | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>fidaxomicin 200 mg tab</i>                                                 | Tier 5                                      | PA, QL (20 PER 10 OVER TIME)                                 |
| QUINOLONES                                                                    |                                             |                                                              |
| BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION                                                    | Tier 3                                      |                                                              |
| CILOXAN 0.3 % OINTMENT                                                        | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution</i>                             | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>                      | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>levofloxacin 25 mg/ml solution</i>                                         | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>levofloxacin in d5w (500 mg/100ml solution, 750 mg/150ml solution)</i>     | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>moxifloxacin hcl 400 mg tab</i>                                            | Tier 3                                      |                                                              |
| MOXIFLOXACIN HCL 400 MG/250ML SOLUTION                                        | Tier 4                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL 400 MG/250ML SOLUTION                               | Tier 4                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |

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

## ANTIBACTERIALS

| Название препарата                                                                                                         | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| SULFONAMIDES                                                                                                               |                                             |                                                              |
| <i>sulfadiazine 500 mg tab</i>                                                                                             | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 400-80 mg tab, 800-160 mg tab, 800-160 mg/20ml suspension)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution</i>                                                                | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>sulfatrim pediatric 200-40 mg/5ml suspension</i>                                                                        | Tier 2                                      |                                                              |
| TETRACYCLINES                                                                                                              |                                             |                                                              |
| <i>avidoxy 100 mg tab</i>                                                                                                  | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>doxy 100 100 mg recon soln</i>                                                                                          | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>doxycycline hyclate (100 mg cap, 100 mg tab, 20 mg tab, 50 mg cap)</i>                                                  | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>doxycycline hyclate 100 mg recon soln</i>                                                                               | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>doxycycline monohydrate (100 mg cap, 50 mg cap)</i>                                                                     | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>doxycycline monohydrate (100 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>                                                          | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>minocycline hcl (100 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>                                                                  | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>mondoxylene nl 100 mg cap</i>                                                                                           | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)</i>                                                                           | Tier 4                                      |                                                              |

## ANTICONVULSANTS

| Название препарата                                                           | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| ANTICONVULSANTS, OTHER                                                       |                                             |                                                              |
| <i>brivaracetam (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i> | Tier 5                                      | ST, QL (60 PER 30 DAYS)                                      |

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

## ANTICONVULSANTS

| Название препарата                                                                                              | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>brivaracetam 10 mg/ml solution</i>                                                                           | 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           |
| <i>divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>                           | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>divalproex sodium er (250 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h)</i>                                              | Tier 2                                      |                                                              |
| EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION                                                                                    | Tier 5                                      | LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY                                 |
| <i>felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)</i>                                                | Tier 4                                      |                                                              |
| FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION                                                                                     | Tier 5                                      | LA, QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| <i>lamotrigine (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)</i>                                              | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>lamotrigine (25 mg chew tab, 5 mg chew tab)</i>                                                              | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>levetiracetam (100 mg/ml solution, 1000 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>levetiracetam er 500 mg tab er 24h</i>                                                                       | Tier 2                                      | QL (180 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>levetiracetam er 750 mg tab er 24h</i>                                                                       | Tier 2                                      | QL (120 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>perampanel (10 mg tab, 12 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab)</i>                                          | Tier 4                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>perampanel 0.5 mg/ml suspension</i>                                                                          | Tier 4                                      | QL (720 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>perampanel 2 mg tab</i>                                                                                      | Tier 4                                      | QL (90 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>roweepra 500 mg tab</i>                                                                                      | Tier 2                                      |                                                              |

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

## 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               |
| <i>subvenite (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)</i>             | Tier 2                                      |                                                              |
| SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION                                                | Tier 5                                      | QL (1500 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY              |
| <i>topiramate (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>             | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>topiramate (15 mg cap sprink, 25 mg cap sprink, 50 mg cap sprink)</i>     | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>topiramate 25 mg/ml solution</i>                                          | Tier 4                                      | QL (480 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY               |
| <i>valproate sodium (100 mg/ml solution, 500 mg/5ml solution)</i>            | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| XCOPRI (100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)                                    | Tier 5                                      | QL (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                                             |                                             |                                                              |
| <i>ethosuximide (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)</i>                        | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>methsuximide 300 mg cap</i>                                               | Tier 4                                      |                                                              |

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

## ANTICONVULSANTS

| Название препарата                                                                                                                                                              | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| GAMMA-AMINOBUTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS                                                                                                                                |                                             |                                                              |
| <i>clobazam 10 mg tab</i>                                                                                                                                                       | Tier 4                                      | QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY               |
| <i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>                                                                                                                                            | Tier 4                                      | QL (480 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY               |
| <i>clobazam 20 mg tab</i>                                                                                                                                                       | Tier 4                                      | QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |
| <i>diazepam 10 mg gel</i>                                                                                                                                                       | Tier 4                                      | QL (20 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>diazepam 2.5 mg gel</i>                                                                                                                                                      | Tier 4                                      | QL (5 PER 30 DAYS)                                           |
| <i>diazepam 20 mg gel</i>                                                                                                                                                       | Tier 4                                      | QL (40 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>gabapentin (250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution)</i>                                                                                                                    | Tier 3                                      | QL (2160 PER 30 DAYS)                                        |
| <i>gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)</i>                                                                                                                                      | Tier 2                                      | QL (120 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>gabapentin 100 mg cap</i>                                                                                                                                                    | Tier 2                                      | QL (360 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>gabapentin 300 mg cap</i>                                                                                                                                                    | Tier 2                                      | QL (240 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>gabapentin 400 mg cap</i>                                                                                                                                                    | Tier 2                                      | QL (180 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>phenobarbital (100 mg tab, 15 mg tab, 16.2 mg tab, 20 mg/5ml elixir, 30 mg tab, 30 mg/7.5ml elixir, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 60 mg/15ml elixir, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab)</i> | Tier 2                                      | PA - FOR NEW STARTS ONLY                                     |
| <i>primidone (125 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)</i>                                                                                                                            | Tier 2                                      |                                                              |
| SYMPAZAN (10 MG FILM, 20 MG FILM)                                                                                                                                               | 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                |
| <i>tiagabine hcl (12 mg tab, 16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>                                                                                                                 | Tier 4                                      |                                                              |
| VALTOCO 10 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQUID                                                                                                                                           | Tier 5                                      | QL (10 PER 30 DAYS)                                          |

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

## ANTICONVULSANTS

| Название препарата                                                                                                                         | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| VALTOCO 15 MG DOSE 2 X 7.5 MG/0.1ML LIQD THPK                                                                                              | Tier 5                                      | QL (10 PER 30 DAYS)                                          |
| VALTOCO 20 MG DOSE 2 X 10 MG/0.1ML LIQD THPK                                                                                               | Tier 5                                      | QL (10 PER 30 DAYS)                                          |
| VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1ML LIQUID                                                                                                        | Tier 5                                      | QL (10 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)</i>                                                                                              | Tier 5                                      | LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| <i>vigadrone 500 mg packet</i>                                                                                                             | Tier 5                                      | LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| <i>vigadrone 500 mg tab</i>                                                                                                                | 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        |
| <i>vigpoder 500 mg packet</i>                                                                                                              | 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                                                                                                                      |                                             |                                                              |
| <i>carbamazepine (100 mg chew tab, 100 mg/5ml suspension, 200 mg chew tab, 200 mg tab, 200 mg/10ml suspension)</i>                         | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>carbamazepine er (100 mg cap er 12h, 100 mg tab er 12h, 200 mg cap er 12h, 200 mg tab er 12h, 300 mg cap er 12h, 400 mg tab er 12h)</i> | Tier 3                                      |                                                              |
| DILANTIN (100 MG CAP, 30 MG CAP)                                                                                                           | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>epitol 200 mg tab</i>                                                                                                                   | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)</i>                                                                                    | Tier 4                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |

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

## ANTICONVULSANTS

| Название препарата                                                              | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)</i>                         | Tier 4                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>lacosamide (10 mg/ml solution, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)</i> | Tier 4                                      | QL (1200 PER 30 DAYS)                                        |
| <i>lacosamide (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab)</i>               | Tier 4                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>lacosamide 200 mg/20ml solution</i>                                          | Tier 4                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| <i>oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab)</i>                       | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension</i>                                      | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)</i>                                        | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>phenytoin (100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension, 50 mg chew tab)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>phenytoin infatabs 50 mg chew tab</i>                                        | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>           | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>rufinamide 200 mg tab</i>                                                    | Tier 4                                      | ST, QL (480 PER 30 DAYS)                                     |
| <i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i>                                           | Tier 5                                      | ST, QL (2400 PER 30 DAYS)                                    |
| <i>rufinamide 400 mg tab</i>                                                    | Tier 4                                      | ST, 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                |

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

## ANTICONVULSANTS

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

## ANTIDEMENTIA AGENTS

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

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

## ANTIDEMENTIA AGENTS

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

## ANTIDEPRESSANTS

| 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         |
| <i>bupropion hcl 100 mg tab</i>                         | Tier 2                                      | QL (120 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>bupropion hcl 75 mg tab</i>                          | Tier 2                                      | QL (180 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12h</i>          | Tier 2                                      | QL (120 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>bupropion hcl er (sr) 150 mg tab er 12h</i>          | Tier 2                                      | QL (90 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>bupropion hcl er (sr) 200 mg tab er 12h</i>          | Tier 2                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24h</i>          | Tier 2                                      | QL (90 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>bupropion hcl er (xl) 300 mg tab er 24h</i>          | Tier 2                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |

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

## ANTIDEPRESSANTS

| Название препарата                                                                                   | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| EXXUA (18.2 MG TAB ER 24H, 36.3 MG TAB ER 24H, 54.5 MG TAB ER 24H, 72.6 MG TAB ER 24H)               | Tier 5                                      | QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |
| EXXUA TITRATION PACK 18.2 MG TAB ER 24H                                                              | Tier 5                                      | QL (64 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY          |
| LYBALVI (10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB, 5-10 MG TAB)                                      | Tier 5                                      | QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |
| <i>mirtazapine (15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab, 45 mg tab disp, 7.5 mg tab)</i>           | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>mirtazapine (15 mg tab, 30 mg tab)</i>                                                            | Tier 1                                      |                                                              |
| PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE (2-10 MG TAB, 2-25 MG TAB, 4-10 MG TAB, 4-25 MG TAB, 4-50 MG TAB)         | Tier 4                                      | PA - FOR NEW STARTS ONLY                                     |
| ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP)                                                                      | Tier 5                                      | QL (28 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY          |
| ZURZUVAE 30 MG CAP                                                                                   | Tier 5                                      | QL (14 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY          |
| MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS                                                                         |                                             |                                                              |
| EMSAM (12 MG/24HR PATCH 24HR, 6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR)                            | Tier 5                                      | PA - FOR NEW STARTS ONLY                                     |
| MARPLAN 10 MG TAB                                                                                    | Tier 4                                      |                                                              |
| PHENELZINE SULFATE 15 MG TAB                                                                         | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>tranylcypromine sulfate 10 mg tab</i>                                                             | Tier 4                                      |                                                              |
| SSRIS/SNRIS (SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITOR/SEROTONIN AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR) |                                             |                                                              |
| <i>citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>                                     | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>citalopram hydrobromide (10 mg/5ml solution, 20 mg/10ml solution)</i>                             | Tier 3                                      |                                                              |

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

## ANTIDEPRESSANTS

| Название препарата                                                                  | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>desvenlafaxine succinate er (25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>             | Tier 3                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>desvenlafaxine succinate er 100 mg tab er 24h</i>                                | Tier 3                                      | QL (120 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>escitalopram oxalate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>                        | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>escitalopram oxalate (10 mg/10ml solution, 5 mg/5ml solution)</i>                | Tier 2                                      |                                                              |
| FETZIMA (120 MG CAP ER 24H, 20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H)   | Tier 4                                      | QL (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           |
| <i>fluoxetine hcl (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>                             | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>fluoxetine hcl 20 mg/5ml solution</i>                                            | Tier 2                                      |                                                              |
| FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR                                                         | Tier 4                                      | QL (4 PER 28 DAYS)                                           |
| <i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>                                               | Tier 2                                      | QL (90 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>                                                | Tier 2                                      | QL (360 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>                                                | 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                                      |                                                              |
| <i>paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>                  | Tier 1                                      |                                                              |
| PAROXETINE HCL 10 MG/5ML SUSPENSION                                                 | Tier 4                                      | QL (900 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>paroxetine hcl er (12.5 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 37.5 mg tab er 24h)</i> | Tier 4                                      |                                                              |
| RALDESY 10 MG/ML SOLUTION                                                           | Tier 5                                      | QL (1200 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY              |
| <i>sertraline hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>                            | Tier 1                                      |                                                              |

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

## ANTIDEPRESSANTS

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

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

## ANTIDEPRESSANTS

| Название препарата                                             | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>protriptyline hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>                 | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>trimipramine maleate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i> | Tier 4                                      | PA - FOR NEW STARTS ONLY                                     |

## ANTIEMETICS

| Название препарата                                                                      | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| ANTIEMETICS, OTHER                                                                      |                                             |                                                              |
| <i>compro 25 mg suppos</i>                                                              | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>meclizine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab)</i>                                           | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>metoclopramide hcl (10 mg tab, 10 mg/10ml solution, 5 mg tab, 5 mg/5ml solution)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>metoclopramide hcl 5 mg/ml solution</i>                                              | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>perphenazine (16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>                           | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>prochlorperazine 25 mg suppos</i>                                                    | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>prochlorperazine maleate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>                                   | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>promethazine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>                             | Tier 2                                      | PA                                                           |
| <i>scopolamine 1 mg/3days patch 72hr</i>                                                | Tier 4                                      |                                                              |
| EMETOGENIC THERAPY ADJUNCTS                                                             |                                             |                                                              |
| <i>aprepitant (125 mg cap, 80 &amp; 125 mg cap thpk, 80 mg cap)</i>                     | Tier 4                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| <i>aprepitant 40 mg cap</i>                                                             | Tier 4                                      | PA, QL (1 PER 30 DAYS)                                       |
| <i>dronabinol (10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>                                     | Tier 4                                      | PA, QL (180 PER 30 DAYS)                                     |

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

## ANTIEMETICS

| Название препарата                       | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>granisetron hcl 1 mg tab</i>          | Tier 4                                      | QL (60 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION          |
| <i>ondansetron 4 mg tab disp</i>         | Tier 2                                      | QL (180 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION         |
| <i>ondansetron 8 mg tab disp</i>         | 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     |
| <i>ondansetron hcl 4 mg tab</i>          | Tier 2                                      | QL (180 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION         |
| <i>ondansetron hcl 4 mg/5ml solution</i> | Tier 4                                      | QL (900 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION         |
| <i>ondansetron hcl 8 mg tab</i>          | 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                               |
| <i>amphotericin b liposome 50 mg recon susp</i>             | Tier 4                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| <i>clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| CRESEMBA 186 MG CAP                                         | Tier 5                                      | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                      |

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

## ANTIFUNGALS

| Название препарата                                                                                           | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| CRESEMBA 74.5 MG CAP                                                                                         | Tier 5                                      | PA, QL (150 PER 30 DAYS)                                     |
| <i>econazole nitrate 1 % cream</i>                                                                           | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>fluconazole (10 mg/ml recon susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>fluconazole in sodium chloride (200-0.9 mg/100ml-% solution, 400-0.9 mg/200ml-% solution)</i>             | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)</i>                                                                  | Tier 5                                      |                                                              |
| <i>griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)</i>                                            | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>                                                  | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>itraconazole 100 mg cap</i>                                                                               | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)</i>                                                     | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>klayesta 100000 unit/gm powder</i>                                                                        | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>miconazole sodium (100 mg recon soln, 50 mg recon soln)</i>                                               | Tier 4                                      |                                                              |
| MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS                                                                                   | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>nyamyc 100000 unit/gm powder</i>                                                                          | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)</i>  | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>nystatin 100000 unit/gm powder</i>                                                                        | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>nystop 100000 unit/gm powder</i>                                                                          | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>posaconazole 100 mg tab dr</i>                                                                            | Tier 4                                      | PA, QL (90 PER 30 DAYS)                                      |
| <i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>                                                                            | Tier 2                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>terconazole (0.4 % cream, 0.8 % cream)</i>                                                                | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>terconazole 80 mg suppos</i>                                                                              | Tier 4                                      |                                                              |

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

## ANTIFUNGALS

| Название препарата                                               | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>voriconazole (200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)</i> | Tier 4                                      | PA                                                           |
| <i>voriconazole 200 mg recon soln</i>                            | Tier 4                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |

## ANTIGOUT AGENTS

| Название препарата                          | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| ANTIGOUT AGENTS                             |                                             |                                                              |
| <i>allopurinol (100 mg tab, 300 mg tab)</i> | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>colchicine 0.6 mg tab</i>                | Tier 3                                      | QL (120 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>febuxostat (40 mg tab, 80 mg tab)</i>    | Tier 4                                      | ST, QL (30 PER 30 DAYS)                                      |
| <i>probenecid 500 mg tab</i>                | Tier 2                                      |                                                              |

## ANTIMIGRAINE AGENTS

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

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

## ANTIMIGRAINE AGENTS

| Название препарата                                                                               | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| ERGOT ALKALOIDS                                                                                  |                                             |                                                              |
| <i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution</i>                                               | 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                                                                |                                             |                                                              |
| <i>naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)</i>                                                    | Tier 3                                      | QL (18 PER 30 OVER TIME)                                     |
| <i>rizatriptan benzoate (10 mg tab, 10 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)</i>                 | Tier 2                                      | QL (24 PER 30 OVER TIME)                                     |
| <i>sumatriptan (20 mg/act solution, 5 mg/act solution)</i>                                       | Tier 4                                      | QL (18 PER 30 OVER TIME)                                     |
| <i>sumatriptan succinate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>                                  | Tier 2                                      | QL (18 PER 30 OVER TIME)                                     |
| <i>sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution)</i> | Tier 4                                      | QL (8 PER 30 OVER TIME)                                      |
| SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL (4 MG/0.5ML SOLN CART, 6 MG/0.5ML SOLN CART)                        | Tier 4                                      | QL (8 PER 30 OVER TIME)                                      |

## ANTIMYASTHENIC AGENTS

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

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

## ANTIMYCOBACTERIALS

| Название препарата                                         | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| ANTIMYCOBACTERIALS, OTHER                                  |                                             |                                                              |
| <i>dapsone (100 mg tab, 25 mg tab)</i>                     | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>rifabutin 150 mg cap</i>                                | Tier 4                                      |                                                              |
| ANTITUBERCULARS                                            |                                             |                                                              |
| <i>ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>             | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>isoniazid (100 mg tab, 300 mg tab, 50 mg/5ml syrup)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| PRETOMANID 200 MG TAB                                      | Tier 4                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>pyrazinamide 500 mg tab</i>                             | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)</i>                   | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>rifampin 600 mg recon soln</i>                          | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>rifapentine 150 mg tab</i>                              | 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                                      |                                                              |
| <i>lomustine (10 mg cap, 40 mg cap)</i>                       | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>lomustine 100 mg cap</i>                                   | Tier 5                                      |                                                              |
| MATULANE 50 MG CAP                                            | Tier 5                                      | LA                                                           |

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

## ANTINEOPLASTICS

| Название препарата                    | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|---------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| ANTIANDROGENS                         |                                             |                                                              |
| <i>abiraterone acetate 250 mg tab</i> | Tier 4                                      | QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY               |
| <i>abiraterone acetate 500 mg tab</i> | Tier 5                                      | QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |
| <i>abirtega 250 mg tab</i>            | Tier 2                                      | QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY               |
| <i>bicalutamide 50 mg tab</i>         | Tier 2                                      |                                                              |
| ERLEADA 240 MG TAB                    | Tier 5                                      | LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| ERLEADA 60 MG TAB                     | Tier 5                                      | LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| EULEXIN 125 MG CAP                    | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>nilutamide 150 mg tab</i>          | 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            |

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

## ANTINEOPLASTICS

| Название препарата                                                                     | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| ANTIANGIOGENIC AGENTS                                                                  |                                             |                                                              |
| <i>lenalidomide (10 mg cap, 15 mg cap, 2.5 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap)</i> | Tier 5                                      | LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| <i>pomalidomide (1 mg cap, 2 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap)</i>                           | Tier 5                                      | QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |
| POMALYST (1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)                                      | Tier 5                                      | LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| THALOMID 100 MG CAP                                                                    | Tier 5                                      | QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY               |
| THALOMID 50 MG CAP                                                                     | Tier 5                                      | QL (150 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY               |
| ANTIESTROGENS/MODIFIERS                                                                |                                             |                                                              |
| <i>fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr</i>                                               | 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                                     |
| <i>tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>                                        | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>toremifene citrate 60 mg tab</i>                                                    | Tier 4                                      |                                                              |
| VEPPANU (100 MG TAB, 200 MG TAB)                                                       | Tier 5                                      | QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |
| ANTIMETABOLITES                                                                        |                                             |                                                              |
| <i>mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension</i>                                         | Tier 5                                      | PA - FOR NEW STARTS ONLY                                     |
| <i>mercaptopurine 50 mg tab</i>                                                        | Tier 2                                      |                                                              |
| ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)                                                        | Tier 5                                      | QL (14 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |

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

## ANTINEOPLASTICS

| Название препарата                                                    | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| TABLOID 40 MG TAB                                                     | Tier 3                                      |                                                              |
| ANTINEOPLASTICS, OTHER                                                |                                             |                                                              |
| AKEEGA (100-500 MG TAB, 50-500 MG TAB)                                | Tier 5                                      | LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| AUGTYRO 160 MG CAP                                                    | Tier 5                                      | QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |
| AUGTYRO 40 MG CAP                                                     | Tier 5                                      | QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY               |
| BESREMI PEN 500 MCG/0.5ML SOLN PEN                                    | Tier 5                                      | LA, QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY          |
| FRUZAQLA 1 MG CAP                                                     | Tier 5                                      | LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| FRUZAQLA 5 MG CAP                                                     | Tier 5                                      | LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| <i>hydroxyurea 500 mg cap</i>                                         | Tier 2                                      |                                                              |
| INQOVI 35-100 MG TAB                                                  | Tier 5                                      | LA, QL (5 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY             |
| IWILFIN 192 MG TAB                                                    | Tier 5                                      | LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| LEDERLE LEUCOVORIN 5 MG TAB                                           | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>leucovorin calcium (10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>leucovorin calcium (100 mg recon soln, 350 mg recon soln)</i>      | Tier 4                                      |                                                              |
| 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            |

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

## ANTINEOPLASTICS

| Название препарата                              | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| LYSODREN 500 MG TAB                             | Tier 5                                      |                                                              |
| MODEYSO 125 MG CAP                              | Tier 5                                      | LA, QL (20 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)    | Tier 5                                      | LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| QINLOCK 50 MG TAB                               | Tier 5                                      | LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| WELIREG 40 MG TAB                               | Tier 5                                      | LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| ZENBEXUS (0.75 MG CAP, 1 MG CAP)                | Tier 5                                      | QL (21 PER 28 OVER TIME), 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            |                                             |                                                              |
| <i>anastrozole 1 mg tab</i>                     | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>exemestane 25 mg tab</i>                     | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>letrozole 2.5 mg tab</i>                     | Tier 2                                      |                                                              |
| ENZYME INHIBITORS                               |                                             |                                                              |
| AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 0.8 & 200 MG THER PACK | Tier 5                                      | LA, QL (66 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY       |
| ENSACOVE 100 MG CAP                             | Tier 5                                      | LA, QL (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            |

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

## ANTINEOPLASTICS

| Название препарата                                                 | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| LAZCLUZE 80 MG TAB                                                 | Tier 5                                      | LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| MOLECULAR TARGET INHIBITORS                                        |                                             |                                                              |
| ALECENSA 150 MG CAP                                                | Tier 5                                      | LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| ALUNBRIG (180 MG TAB, 90 MG TAB)                                   | Tier 5                                      | LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| ALUNBRIG 30 MG TAB                                                 | Tier 5                                      | LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK                                      | Tier 5                                      | LA, QL (30 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY       |
| AYVAKIT (100 MG TAB, 200 MG TAB, 25 MG TAB, 300 MG TAB, 50 MG TAB) | Tier 5                                      | LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| BALVERSA 3 MG TAB                                                  | Tier 5                                      | LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| BALVERSA 4 MG TAB                                                  | Tier 5                                      | LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| 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                |

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

## ANTINEOPLASTICS

| Название препарата                                 | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>bosutinib (400 mg tab, 500 mg tab)</i>          | Tier 5                                      | QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |
| <i>bosutinib 100 mg tab</i>                        | Tier 5                                      | QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY               |
| BRAFTOVI 75 MG CAP                                 | Tier 5                                      | LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| BRUKINSA 160 MG TAB                                | Tier 5                                      | LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| BRUKINSA 80 MG CAP                                 | Tier 5                                      | LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)        | Tier 5                                      | LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| CALQUENCE 100 MG TAB                               | Tier 5                                      | LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| CAPRELSA 100 MG TAB                                | Tier 5                                      | LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| 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            |

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

## ANTINEOPLASTICS

| Название препарата                                           | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)                              | Tier 5                                      | LA, QL (56 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| COTELLIC 20 MG TAB                                           | Tier 5                                      | LA, QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| <i>dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)</i>                    | Tier 5                                      | QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |
| <i>dasatinib (20 mg tab, 50 mg tab)</i>                      | Tier 5                                      | QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |
| <i>dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)</i>                      | 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            |
| <i>erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)</i>                | Tier 3                                      | QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |
| <i>erlotinib hcl 25 mg tab</i>                               | Tier 3                                      | QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |
| <i>everolimus (10 mg tab, 7.5 mg tab)</i>                    | Tier 5                                      | QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |
| <i>everolimus (2 mg tab sol, 3 mg tab sol, 5 mg tab sol)</i> | Tier 5                                      | PA - FOR NEW STARTS ONLY                                     |
| <i>everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>                     | Tier 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            |

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

## ANTINEOPLASTICS

| Название препарата                                                 | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| GAVRETO 100 MG CAP                                                 | Tier 5                                      | LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| <i>gefitinib 250 mg tab</i>                                        | Tier 5                                      | QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |
| GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)                         | Tier 5                                      | LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| GOMEKLI 1 MG CAP                                                   | Tier 5                                      | LA, QL (126 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| GOMEKLI 1 MG TAB SOL                                               | Tier 5                                      | LA, QL (168 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| GOMEKLI 2 MG CAP                                                   | Tier 5                                      | LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| HERNEXEOS 60 MG TAB                                                | Tier 5                                      | LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| 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            |

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

## ANTINEOPLASTICS

| Название препарата                                                                                   | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>                                                                  | Tier 3                                      | QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY               |
| <i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>                                                                  | Tier 3                                      | QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |
| IMBRUVICA (140 MG CAP, 140 MG TAB)                                                                   | Tier 5                                      | LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| IMBRUVICA (280 MG TAB, 420 MG TAB, 70 MG CAP)                                                        | Tier 5                                      | LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION                                                                        | Tier 5                                      | LA, QL (216 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION                                                                            | Tier 5                                      | LA, QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| INLYTA 1 MG TAB                                                                                      | Tier 5                                      | LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| 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            |

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

## ANTINEOPLASTICS

| Название препарата                    | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|---------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| JAYPIRCA 100 MG TAB                   | Tier 5                                      | LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| JAYPIRCA 50 MG TAB                    | Tier 5                                      | LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| JIDEYTRO 100 MG TAB                   | Tier 5                                      | LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| JIDEYTRO 25 MG TAB                    | Tier 5                                      | LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| KISQALI (200 MG DOSE) 200 MG TAB THPK | Tier 5                                      | QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |
| KISQALI (400 MG DOSE) 200 MG TAB THPK | Tier 5                                      | QL (42 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |
| KISQALI (600 MG DOSE) 200 MG TAB THPK | Tier 5                                      | QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |
| 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           |

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

## ANTINEOPLASTICS

| Название препарата                                     | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i>                 | Tier 5                                      | LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 10 MG CAP THPK              | Tier 5                                      | LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 MG CAP THPK           | Tier 5                                      | LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 MG CAP THPK          | Tier 5                                      | LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK   | Tier 5                                      | LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK          | Tier 5                                      | LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK   | Tier 5                                      | LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 4 MG CAP THPK                | Tier 5                                      | LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| 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            |

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

## ANTINEOPLASTICS

| Название препарата                                       | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| LUMAKRAS 120 MG TAB                                      | Tier 5                                      | QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY               |
| LUMAKRAS 240 MG TAB                                      | Tier 5                                      | QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY               |
| LUMAKRAS 320 MG TAB                                      | Tier 5                                      | QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |
| LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)                        | Tier 5                                      | LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK                 | Tier 5                                      | LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK                 | Tier 5                                      | LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK                 | Tier 5                                      | LA, QL (140 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN                           | Tier 5                                      | LA, QL (1200 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY          |
| MEKINIST 0.5 MG TAB                                      | Tier 5                                      | LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| 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           |
| <i>nilotinib hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)</i> | Tier 5                                      | QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY               |

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

## ANTINEOPLASTICS

| Название препарата                              | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| NINLARO (2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)        | Tier 5                                      | QL (3 PER 21 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                 |
| ODOMZO 200 MG CAP                               | Tier 5                                      | LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| OGSIVEO 100 MG TAB                              | Tier 5                                      | LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| OGSIVEO 150 MG TAB                              | Tier 5                                      | LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| OGSIVEO 50 MG TAB                               | Tier 5                                      | LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| OJEMDA 100 MG TAB                               | Tier 5                                      | LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP                      | Tier 5                                      | LA, QL (96 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| <i>pazopanib hcl 200 mg tab</i>                 | 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                |

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

## ANTINEOPLASTICS

| Название препарата                           | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| RETEVMO 40 MG TAB                            | Tier 5                                      | QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |
| REVUFORJ 110 MG TAB                          | Tier 5                                      | LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| REVUFORJ 160 MG TAB                          | Tier 5                                      | LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| REVUFORJ 25 MG TAB                           | Tier 5                                      | LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| REZLIDHIA 150 MG CAP                         | Tier 5                                      | LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| ROMVIMZA (14 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP)   | Tier 5                                      | LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY             |
| ROZLYTREK 100 MG CAP                         | Tier 5                                      | QL (150 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY               |
| ROZLYTREK 200 MG CAP                         | Tier 5                                      | QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |
| ROZLYTREK 50 MG PACKET                       | Tier 5                                      | QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY               |
| RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB) | Tier 5                                      | LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| 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               |

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

## ANTINEOPLASTICS

| Название препарата                                                    | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| SCEMBLIX 40 MG TAB                                                    | Tier 5                                      | QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY               |
| <i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i>                                  | 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           |
| <i>sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)</i>                      | Tier 5                                      | QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |
| <i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>                                   | Tier 5                                      | QL (210 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY               |
| <i>sunitinib malate 25 mg cap</i>                                     | 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           |
| TAGRISSE (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           |

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

## ANTINEOPLASTICS

| Название препарата                                                | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| TEPMETKO 225 MG TAB                                               | Tier 5                                      | LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| TIBSOVO 250 MG TAB                                                | Tier 5                                      | LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| TRUQAP (160 MG TAB, 160 MG TAB THPK, 200 MG TAB, 200 MG TAB THPK) | Tier 5                                      | LA, QL (64 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| TUKYSA (150 MG TAB, 50 MG TAB)                                    | Tier 5                                      | LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| TURALIO 125 MG CAP                                                | Tier 5                                      | LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| VANFLYTA 17.7 MG TAB                                              | Tier 5                                      | LA, QL (28 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| VANFLYTA 26.5 MG TAB                                              | Tier 5                                      | LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| VENCLEXTA 10 MG TAB                                               | Tier 3                                      | LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| VENCLEXTA 100 MG TAB                                              | Tier 5                                      | LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| VENCLEXTA 50 MG TAB                                               | Tier 4                                      | LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK                 | Tier 5                                      | LA, QL (84 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY      |
| VERZENIO (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 50 MG TAB)          | Tier 5                                      | LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| VITRAKVI 100 MG CAP                                               | Tier 5                                      | LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |

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

## ANTINEOPLASTICS

| Название препарата                                 | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION                         | Tier 5                                      | LA, QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| VITRAKVI 25 MG CAP                                 | Tier 5                                      | LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)         | Tier 5                                      | LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| VORANIGO 10 MG TAB                                 | Tier 5                                      | LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| VORANIGO 40 MG TAB                                 | Tier 5                                      | LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| XALKORI (200 MG CAP, 250 MG CAP, 50 MG CAP SPRINK) | Tier 5                                      | LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| XALKORI 150 MG CAP SPRINK                          | Tier 5                                      | LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| XALKORI 20 MG CAP SPRINK                           | Tier 5                                      | LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| XOSPATA 40 MG TAB                                  | Tier 5                                      | LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG TAB THPK         | Tier 5                                      | LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY             |
| XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 10 MG TAB THPK          | Tier 5                                      | LA, QL (16 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK          | Tier 5                                      | LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY             |
| XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK         | Tier 5                                      | LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY             |

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

## ANTINEOPLASTICS

| Название препарата                            | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)<br>60 MG TAB THPK  | Tier 5                                      | LA, QL (4 PER 28 DAYS),<br>PA - FOR NEW STARTS ONLY          |
| XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)<br>20 MG TAB THPK | Tier 5                                      | LA, QL (24 PER 28 DAYS),<br>PA - FOR NEW STARTS ONLY         |
| XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)<br>40 MG TAB THPK  | Tier 5                                      | LA, QL (8 PER 28 DAYS),<br>PA - FOR NEW STARTS ONLY          |
| XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)<br>80 MG TAB THPK  | Tier 5                                      | LA, QL (4 PER 28 DAYS),<br>PA - FOR NEW STARTS ONLY          |
| XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)<br>20 MG TAB THPK | Tier 5                                      | LA, QL (32 PER 28 DAYS),<br>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                                     |                                             |                                                              |
| <i>bexarotene 1 % gel</i>                     | Tier 5                                      | QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |
| <i>bexarotene 75 mg cap</i>                   | Tier 3                                      | QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY               |
| PANRETIN 0.1 % GEL                            | Tier 5                                      | PA - FOR NEW STARTS ONLY                                     |
| <i>tretinoin 10 mg cap</i>                    | Tier 5                                      |                                                              |

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

## ANTINEOPLASTICS

| Название препарата      | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| TREATMENT ADJUNCTS      |                                             |                                                              |
| <i>mesna 400 mg tab</i> | Tier 4                                      |                                                              |
| VONJO 100 MG CAP        | Tier 5                                      | LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |

## ANTIPARASITICS

| Название препарата                                               | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| ANTHELMINTHICS                                                   |                                             |                                                              |
| <i>albendazole 200 mg tab</i>                                    | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>ivermectin 3 mg tab</i>                                       | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>praziquantel 600 mg tab</i>                                   | Tier 3                                      |                                                              |
| ANTIPROTOZOALS                                                   |                                             |                                                              |
| <i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i>                          | Tier 4                                      | PA                                                           |
| <i>atovaquone-proguanil hcl (250-100 mg tab, 62.5-25 mg tab)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| BENZNIDAZOLE 100 MG TAB                                          | Tier 4                                      | QL (240 PER 365 OVER TIME)                                   |
| BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB                                         | Tier 4                                      | QL (720 PER 365 OVER TIME)                                   |
| <i>chloroquine phosphate (250 mg tab, 500 mg tab)</i>            | Tier 2                                      | QL (25 PER 30 DAYS)                                          |
| COARTEM 20-120 MG TAB                                            | Tier 4                                      | QL (24 PER 2 OVER TIME)                                      |
| <i>hydroxychloroquine sulfite 100 mg tab</i>                     | Tier 2                                      | QL (120 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>hydroxychloroquine sulfite 200 mg tab</i>                     | Tier 2                                      | QL (90 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>hydroxychloroquine sulfite 300 mg tab</i>                     | Tier 2                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |

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

## ANTIPARASITICS

| Название препарата                                | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab</i>      | Tier 2                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| IMPAVIDO 50 MG CAP                                | Tier 5                                      | PA, QL (84 PER 28 DAYS)                                      |
| <i>mefloquine hcl 250 mg tab</i>                  | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>nitazoxanide 500 mg tab</i>                    | Tier 5                                      | PA, QL (6 PER 3 OVER TIME)                                   |
| <i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>  | Tier 4                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| <i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>  | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>primaquine phosphate 26.3 (15 base) mg tab</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>pyrimethamine 25 mg tab</i>                    | Tier 5                                      | PA                                                           |
| <i>quinine sulfate 324 mg cap</i>                 | Tier 3                                      | PA, QL (180 PER 30 DAYS)                                     |

## ANTIPARKINSON AGENTS

| Название препарата                                                                       | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| ANTICHOLINERGICS                                                                         |                                             |                                                              |
| <i>benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>                             | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>benztropine mesylate 1 mg/ml solution</i>                                             | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>trihexyphenidyl hcl (0.4 mg/ml solution, 2 mg tab, 5 mg tab)</i>                      | Tier 2                                      |                                                              |
| ANTIPARKINSON AGENTS, OTHER                                                              |                                             |                                                              |
| <i>amantadine hcl (100 mg cap, 100 mg tab, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)</i> | Tier 2                                      |                                                              |

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

## ANTIPARKINSON AGENTS

| Название препарата                                                                                                                                              | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>carbidopa-levodopa-entacapone (12.5-50-200 mg tab, 18.75-75-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab)</i> | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>entacapone 200 mg tab</i>                                                                                                                                    | Tier 4                                      | QL (240 PER 30 DAYS)                                         |
| DOPAMINE AGONISTS                                                                                                                                               |                                             |                                                              |
| <i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)</i>                                                                                                            | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)</i>                                                   | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)</i>                                                               | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>ropinirole hcl er (2 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h, 6 mg tab er 24h)</i>                                                                                    | Tier 4                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>ropinirole hcl er 12 mg tab er 24h</i>                                                                                                                       | Tier 4                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>ropinirole hcl er 8 mg tab er 24h</i>                                                                                                                        | Tier 4                                      | QL (90 PER 30 DAYS)                                          |
| DOPAMINE PRECURSORS AND/OR L-AMINO ACID DECARBOXYLASE INHIBITORS                                                                                                |                                             |                                                              |
| <i>carbidopa 25 mg tab</i>                                                                                                                                      | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab disp, 25-100 mg tab disp, 25-250 mg tab disp)</i>                                                                          | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab, 25-100 mg tab, 25-250 mg tab)</i>                                                                                         | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>carbidopa-levodopa er (25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er)</i>                                                                                               | Tier 2                                      |                                                              |
| MONOAMINE OXIDASE B (MAO-B) INHIBITORS                                                                                                                          |                                             |                                                              |
| <i>rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>                                                                                                               | Tier 4                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)</i>                                                                                                                      | Tier 2                                      |                                                              |

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

## ANTIPSYCHOTICS

| Название препарата                                                                                                                                        | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 1ST GENERATION/TYPICAL                                                                                                                                    |                                             |                                                              |
| <i>chlorpromazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 100 mg/ml conc, 200 mg tab, 25 mg tab, 25 mg/ml solution, 30 mg/ml conc, 50 mg tab, 50 mg/2ml solution)</i> | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i>                                                                                                           | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>fluphenazine hcl (1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 2.5 mg/5ml elixir, 2.5 mg/ml solution, 5 mg tab, 5 mg/ml conc)</i>                                  | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>                                                                       | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>haloperidol decanoate (100 mg/ml solution, 50 mg/ml solution)</i>                                                                                      | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>haloperidol lactate 2 mg/ml conc</i>                                                                                                                   | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>haloperidol lactate 5 mg/ml solution</i>                                                                                                               | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>loxapine succinate (10 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap, 50 mg cap)</i>                                                                                     | Tier 2                                      |                                                              |
| MOLINDONE HCL 10 MG TAB                                                                                                                                   | Tier 4                                      | QL (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)                                         |
| <i>pimozide (1 mg tab, 2 mg tab)</i>                                                                                                                      | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>thioridazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>                                                                                     | Tier 3                                      | PA - FOR NEW STARTS ONLY                                     |
| <i>thiothixene (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>                                                                                              | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>trifluoperazine hcl (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab)</i>                                                                                      | Tier 2                                      |                                                              |
| 2ND GENERATION/ATYPICAL                                                                                                                                   |                                             |                                                              |
| ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)                                                                                   | Tier 5                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |

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

## ANTIPSYCHOTICS

| Название препарата                                                               | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию  |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <i>aripiprazole (10 mg tab disp, 15 mg tab disp)</i>                             | Tier 4                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                           |
| <i>aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>                 | Tier 3                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                           |
| <i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>                                             | Tier 4                                      | QL (750 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>aripiprazole 2 mg tab</i>                                                     | Tier 3                                      | QL (120 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>aripiprazole 5 mg tab</i>                                                     | Tier 3                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                           |
| <i>asenapine maleate (10 mg sl tab, 2.5 mg sl tab, 5 mg sl tab)</i>              | Tier 4                                      | QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                 |
| BYSANTI (1 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB) | Tier 5                                      | QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                 |
| BYSANTI TITRATION PACK A 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB THPK                               | Tier 5                                      | QL (16 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| BYSANTI TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TAB THPK                               | Tier 5                                      | QL (24 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| BYSANTI TITRATION PACK C 1 & 2 & 6 MG TAB THPK                                   | Tier 5                                      | QL (16 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)                                      | Tier 5                                      | QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                 |
| ERZOFRI 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR                                                 | Tier 5                                      | QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION      |
| ERZOFRI 156 MG/ML SUSP PRSYR                                                     | Tier 5                                      | QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION         |
| ERZOFRI 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR                                                  | Tier 5                                      | QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION       |
| ERZOFRI 351 MG/2.25ML SUSP PRSYR                                                 | Tier 5                                      | QL (4.5 ML PER 365 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION |

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

## ANTIPSYCHOTICS

| Название препарата                                | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| ERZOFRI 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR                   | Tier 4                                      | QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION     |
| ERZOFRI 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR                    | Tier 5                                      | QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION      |
| FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB)             | Tier 4                                      | QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |
| FANAPT (10 MG TAB, 12 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB) | Tier 5                                      | QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |
| FANAPT TITRATION PACK A 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB      | Tier 4                                      | QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| FANAPT TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TAB      | Tier 4                                      | QL (12 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY           |
| FANAPT TITRATION PACK C 1 & 2 & 6 MG TAB          | Tier 4                                      | QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR           | Tier 5                                      | QL (3.5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION   |
| INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR             | Tier 5                                      | QL (5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION     |
| INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR          | Tier 5                                      | QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION     |
| INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR              | Tier 5                                      | QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION        |
| 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     |

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

## ANTIPSYCHOTICS

| Название препарата                                                                                  | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR                                                              | Tier 5                                      | QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION      |
| INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR                                                              | Tier 5                                      | QL (0.88 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION   |
| INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR                                                              | Tier 5                                      | QL (1.32 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION   |
| INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR                                                              | Tier 5                                      | QL (1.75 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION   |
| INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR                                                              | Tier 5                                      | QL (2.63 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION   |
| <i>lurasidone hcl (120 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab)</i>                                 | Tier 4                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>lurasidone hcl 80 mg tab</i>                                                                     | 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            |
| <i>olanzapine (10 mg recon soln, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 20 mg tab disp, 5 mg tab disp)</i> | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>olanzapine (10 mg tab, 15 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>               | Tier 2                                      |                                                              |
| OPIPZA (10 MG FILM, 5 MG FILM)                                                                      | Tier 5                                      | QL (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               |
| <i>paliperidone er (1.5 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 9 mg tab er 24h)</i>                        | Tier 4                                      | QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |
| <i>paliperidone er 6 mg tab er 24h</i>                                                              | Tier 4                                      | QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |

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

## ANTIPSYCHOTICS

| Название препарата                                                                                                           | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| PERSERIS (120 MG PRSYR, 90 MG PRSYR)                                                                                         | Tier 5                                      | QL (1 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION           |
| <i>quetiapine fumarate (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 50 mg tab)</i>                | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>quetiapine fumarate er (150 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 400 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i> | Tier 4                                      |                                                              |
| REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)                                                    | Tier 5                                      | QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |
| <i>risperidone (0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp, 3 mg tab disp, 4 mg tab disp)</i>           | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>risperidone (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab)</i>                                         | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>risperidone 1 mg/ml solution</i>                                                                                          | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>risperidone microspheres er (12.5 mg srer, 25 mg srer)</i>                                                                | Tier 4                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| <i>risperidone microspheres er (37.5 mg srer, 50 mg srer)</i>                                                                | Tier 5                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| SECUADO (3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR)                                             | Tier 5                                      | QL (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                |
| <i>ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i>                                                          | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>ziprasidone mesylate 20 mg recon soln</i>                                                                                 | Tier 4                                      |                                                              |
| ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP)                                                   | Tier 4                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |

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

## ANTIPSYCHOTICS

| Название препарата                                                                                     | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| ANTIPSYCHOTICS, OTHER                                                                                  |                                             |                                                              |
| COBENFY (100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP, 50-20 MG CAP)                                                   | Tier 5                                      | QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |
| COBENFY STARTER PACK 50-20 & 100-20 MG CAP THPK                                                        | Tier 5                                      | QL (112 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY         |
| TREATMENT-RESISTANT                                                                                    |                                             |                                                              |
| <i>clozapine (100 mg tab disp, 12.5 mg tab disp, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp, 25 mg tab disp)</i> | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>clozapine (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>                                        | Tier 2                                      |                                                              |
| VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION                                                                          | Tier 5                                      | QL (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                                       |                                             |                                                              |
| <i>baclofen (10 mg tab, 20 mg tab)</i>                      | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>baclofen 15 mg tab</i>                                   | Tier 2                                      | QL (180 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>baclofen 5 mg tab</i>                                    | Tier 2                                      | QL (480 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>dantrolene sodium (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i> | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)</i>                  | Tier 2                                      |                                                              |

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

## ANTIVIRALS

| Название препарата                            | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 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)                                   |
| <i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>          | Tier 3                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln</i> | Tier 4                                      | QL (540 PER 30 DAYS)                                         |
| ANTI-HEPATITIS B (HBV) AGENTS                 |                                             |                                                              |
| <i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>           | Tier 4                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION                 | Tier 5                                      | QL (630 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>       | Tier 4                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>lamivudine 100 mg tab</i>                  | 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                                      |                                                              |
| <i>ribavirin 6 gm recon soln</i>              | Tier 5                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| VOSEVI 400-100-100 MG TAB                     | Tier 5                                      | PA, QL (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)                                          |

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

## ANTIVIRALS

| Название препарата                                                             | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 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)                                          |
| 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)                                         |
| <i>efavirenz 600 mg tab</i>                                                    | Tier 4                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg tab</i>                       | Tier 4                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>efavirenz-lamivudine-tenofovir (400-300-300 mg tab, 600-300-300 mg tab)</i> | Tier 5                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>emtricitab-rilpivir-tenofof df 200-25-300 mg tab</i>                        | Tier 5                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>etravirine 100 mg tab</i>                                                   | Tier 4                                      | QL (120 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>etravirine 200 mg tab</i>                                                   | Tier 5                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| INTELENCE 25 MG TAB                                                            | Tier 4                                      | QL (360 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>nevirapine 200 mg tab</i>                                                   | Tier 2                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION                                                | Tier 4                                      | QL (1200 PER 30 DAYS)                                        |
| <i>nevirapine er 400 mg tab er 24h</i>                                         | 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)                                          |
| <i>rilpivirine hcl 25 mg tab</i>                                               | Tier 5                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |

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

## ANTIVIRALS

| Название препарата                                                                                 | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| ANTI-HIV AGENTS, NUCLEOSIDE AND NUCLEOTIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NRTI)                 |                                             |                                                              |
| <i>abacavir sulfate 20 mg/ml solution</i>                                                          | Tier 4                                      | QL (900 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>                                                                 | Tier 4                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab</i>                                                  | 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)                                          |
| <i>emtricitabine 200 mg cap</i>                                                                    | Tier 4                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab)</i> | Tier 4                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION                                                                          | Tier 4                                      | QL (720 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>lamivudine (10 mg/ml solution, 300 mg/30ml solution)</i>                                        | Tier 3                                      | QL (900 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>lamivudine 150 mg tab</i>                                                                       | Tier 3                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>lamivudine 300 mg tab</i>                                                                       | Tier 3                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>                                                        | Tier 4                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i>                                                    | 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)                                         |
| <i>zidovudine 100 mg cap</i>                                                                       | Tier 2                                      | QL (180 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>zidovudine 300 mg tab</i>                                                                       | Tier 2                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>zidovudine 50 mg/5ml syrup</i>                                                                  | Tier 2                                      | QL (1800 PER 30 DAYS)                                        |

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

## ANTIVIRALS

| Название препарата                                 | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| ANTI-HIV AGENTS, OTHER                             |                                             |                                                              |
| CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP                     | Tier 5                                      | QL (4 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION           |
| CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP                     | Tier 5                                      | QL (6 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION           |
| IDVYNZO 100-0.25 MG TAB                            | Tier 5                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>maraviroc 150 mg tab</i>                        | Tier 5                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>maraviroc 300 mg tab</i>                        | 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)                                         |
| <i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)</i> | Tier 4                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>atazanavir sulfate 300 mg cap</i>               | Tier 4                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>darunavir 600 mg tab</i>                        | Tier 4                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>darunavir 800 mg tab</i>                        | Tier 4                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| EVOTAZ 300-150 MG TAB                              | Tier 5                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>fosamprenavir calcium 700 mg tab</i>            | Tier 4                                      | QL (120 PER 30 DAYS)                                         |

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

## ANTIVIRALS

| Название препарата                              | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| KALETRA 400-100 MG/5ML SOLUTION                 | Tier 4                                      | QL (390 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab</i>        | Tier 4                                      | QL (300 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab</i>        | Tier 4                                      | QL (120 PER 30 DAYS)                                         |
| NORVIR 100 MG PACKET                            | Tier 4                                      | QL (360 PER 30 DAYS)                                         |
| PREZCOBIX (675-150 MG TAB, 800-150 MG TAB)      | Tier 5                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| 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)                                         |
| <i>ritonavir 100 mg tab</i>                     | 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                           |                                             |                                                              |
| <i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i>          | Tier 3                                      | QL (120 PER 180 OVER TIME)                                   |
| <i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i>          | Tier 3                                      | QL (42 PER 180 OVER TIME)                                    |
| <i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i> | Tier 3                                      | QL (1080 PER 365 OVER TIME)                                  |
| <i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>          | Tier 3                                      | QL (60 PER 180 OVER TIME)                                    |
| RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA           | Tier 3                                      | QL (60 PER 180 OVER TIME)                                    |
| RIMANTADINE HCL 100 MG TAB                      | Tier 4                                      |                                                              |
| XOFLUZA (40 MG DOSE) 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)                                      |

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

## ANTIVIRALS

| Название препарата                                               | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| ANTIHERPETIC AGENTS                                              |                                             |                                                              |
| <i>acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>            | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>acyclovir (200 mg/5ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i> | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>acyclovir sodium 50 mg/ml solution</i>                        | Tier 4                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| <i>famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>          | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)</i>                   | Tier 2                                      |                                                              |
| ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS                                    |                                             |                                                              |
| LAGEVRIO 200 MG CAP                                              | Tier 5                                      | QL (40 PER 30 OVER TIME)                                     |
| PAXLOVID (150/100) 10 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK             | Tier 2                                      | QL (20 PER 30 OVER TIME)                                     |
| PAXLOVID (300/100 & 150/100) 6 X 150 MG & 5 X 100MG TAB THPK     | Tier 2                                      | QL (11 PER 30 OVER TIME)                                     |
| PAXLOVID (300/100) 20 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK             | Tier 2                                      | QL (30 PER 30 OVER TIME)                                     |

## ANXIOLYTICS

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

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

## ANXIOLYTICS

| Название препарата                                                       | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp)</i> | Tier 3                                      | QL (1200 PER 30 DAYS)                                        |
| <i>clonazepam 0.5 mg tab</i>                                             | Tier 2                                      | QL (1200 PER 30 DAYS)                                        |
| <i>clonazepam 1 mg tab</i>                                               | Tier 2                                      | QL (600 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>clonazepam 1 mg tab disp</i>                                          | Tier 3                                      | QL (600 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>clonazepam 2 mg tab</i>                                               | Tier 2                                      | QL (300 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>clonazepam 2 mg tab disp</i>                                          | Tier 3                                      | QL (300 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>clorazepate dipotassium 15 mg tab</i>                                 | Tier 4                                      | QL (180 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tab</i>                               | Tier 4                                      | QL (720 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>clorazepate dipotassium 7.5 mg tab</i>                                | Tier 4                                      | QL (360 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>diazepam (5 mg tab, 5 mg/ml conc)</i>                                 | Tier 2                                      | QL (360 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>diazepam 10 mg tab</i>                                                | Tier 2                                      | QL (180 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>diazepam 2 mg tab</i>                                                 | Tier 2                                      | QL (900 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>diazepam 5 mg/5ml solution</i>                                        | Tier 2                                      | QL (1800 PER 30 DAYS)                                        |
| <i>diazepam intensol 5 mg/ml conc</i>                                    | Tier 2                                      | QL (360 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>lorazepam 0.5 mg tab</i>                                              | Tier 2                                      | QL (600 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>lorazepam 1 mg tab</i>                                                | Tier 2                                      | QL (300 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>lorazepam 2 mg tab</i>                                                | Tier 2                                      | QL (150 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>lorazepam intensol 2 mg/ml conc</i>                                   | 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                                                          |                                             |                                                              |
| <i>lithium 8 meq/5ml solution</i>                                         | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>lithium carbonate (150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg cap)</i> | Tier 2                                      |                                                              |

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

## BIPOLAR AGENTS

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

## BLOOD GLUCOSE REGULATORS

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

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

## BLOOD GLUCOSE REGULATORS

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

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

## BLOOD GLUCOSE REGULATORS

| Название препарата                                                                                            | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>sitagliptin phos-metformin hcl er (100-1000 mg tab er 24h, 50-500 mg tab er 24h)</i>                       | Tier 2                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>sitagliptin phos-metformin hcl er 50-1000 mg tab er 24h</i>                                                | Tier 2                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>sitagliptin phos-metformin hcl (50-1000 mg tab, 50-500 mg tab)</i>                                         | Tier 2                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>sitagliptin phosphate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>                                               | 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)                                      |
| <i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>                                                                          | Tier 5                                      |                                                              |
| <i>glucagon emergency (1 mg recon soln, 1 mg/ml recon soln)</i>                                               | Tier 3                                      | QL (2 PER 2 OVER TIME)                                       |
| INSULINS                                                                                                      |                                             |                                                              |
| HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART                                                                                 | Tier 3                                      |                                                              |
| HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN                                                                   | Tier 3                                      |                                                              |

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

## BLOOD GLUCOSE REGULATORS

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

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

## BLOOD GLUCOSE REGULATORS

| Название препарата                            | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 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                                                                             |                                             |                                                              |
| <i>dabigatran etexilate mesylate (110 mg cap, 150 mg cap, 75 mg cap)</i>                   | 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)                                    |
| <i>enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsyr, 150 mg/ml soln prsyr, 300 mg/3ml solution)</i> | Tier 4                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>enoxaparin sodium (120 mg/0.8ml soln prsyr, 80 mg/0.8ml soln prsyr)</i>                 | Tier 4                                      | QL (48 PER 30 DAYS)                                          |

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

## BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

| Название препарата                                                                                                             | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsy</i>                                                                                 | Tier 4                                      | QL (18 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsy</i>                                                                                 | Tier 4                                      | QL (24 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsy</i>                                                                                 | Tier 4                                      | QL (36 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution</i>                                                                                | Tier 5                                      | QL (24 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution</i>                                                                               | Tier 4                                      | QL (15 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution</i>                                                                                 | Tier 5                                      | QL (12 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution</i>                                                                               | Tier 4                                      | QL (18 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>heparin sodium (porcine) (1000 unit/ml solution, 10000 unit/ml solution, 20000 unit/ml solution, 5000 unit/ml solution)</i> | Tier 2                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| <i>heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution</i>                                                                       | Tier 2                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| <i>jantoven (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab)</i>                | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>rivaroxaban 1 mg/ml recon susp</i>                                                                                          | Tier 3                                      | QL (600 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>rivaroxaban 2.5 mg tab</i>                                                                                                  | Tier 3                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>warfarin sodium (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab)</i>         | Tier 1                                      |                                                              |
| XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)                                                                                      | Tier 3                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK                                                                                       | Tier 3                                      | QL (51 PER 180 OVER TIME)                                    |
| BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS, OTHER                                                                                            |                                             |                                                              |
| <i>anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)</i>                                                                                   | Tier 3                                      |                                                              |

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

## BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

| Название препарата                                                                                                                                                                                                 | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 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                                                           |
| <i>eltrombopag olamine (12.5 mg packet, 12.5 mg tab)</i>                                                                                                                                                           | Tier 5                                      | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                      |
| <i>eltrombopag olamine (25 mg tab, 50 mg tab)</i>                                                                                                                                                                  | Tier 5                                      | PA, QL (90 PER 30 DAYS)                                      |
| <i>eltrombopag olamine 25 mg packet</i>                                                                                                                                                                            | Tier 5                                      | PA, QL (180 PER 30 DAYS)                                     |
| <i>eltrombopag olamine 75 mg tab</i>                                                                                                                                                                               | Tier 5                                      | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                      |
| FULPHILA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR                                                                                                                                                                                     | Tier 5                                      | PA                                                           |
| LEUKINE 250 MCG RECON SOLN                                                                                                                                                                                         | Tier 5                                      | PA                                                           |
| NIVESTYM (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION)                                                                                                         | Tier 5                                      | PA                                                           |
| RETACRIT (10000 UNIT/ML SOLUTION, 2000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION)                                                             | Tier 4                                      | PA                                                           |
| UDENYCA (6 MG/0.6ML SOLN A-INJ, 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR)                                                                                                                                                             | Tier 5                                      | PA                                                           |

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

## BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

| Название препарата                                          | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR) | Tier 5                                      | PA                                                           |
| HEMOSTASIS AGENTS                                           |                                             |                                                              |
| <i>tranexamic acid 650 mg tab</i>                           | Tier 3                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| PLATELET MODIFYING AGENTS                                   |                                             |                                                              |
| <i>aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap er 12h</i>         | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>cilostazol (100 mg tab, 50 mg tab)</i>                   | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>                      | Tier 1                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>dipyridamole (25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>       | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>prasugrel hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>                  | Tier 3                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>ticagrelor (60 mg tab, 90 mg tab)</i>                    | 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                                                           |                                             |                                                              |
| <i>clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)</i> | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)</i>                           | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>droxidopa 100 mg cap</i>                                                         | Tier 4                                      | PA, QL (540 PER 30 DAYS)                                     |
| <i>droxidopa 200 mg cap</i>                                                         | Tier 4                                      | PA, QL (270 PER 30 DAYS)                                     |
| <i>droxidopa 300 mg cap</i>                                                         | Tier 4                                      | PA, QL (84 PER 90 OVER TIME)                                 |
| <i>guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)</i>                                          | Tier 2                                      |                                                              |
| METHYLDOPA (250 MG TAB, 500 MG TAB)                                                 | Tier 2                                      |                                                              |

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

## CARDIOVASCULAR AGENTS

| Название препарата                                                                   | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>midodrine hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>                               | Tier 3                                      |                                                              |
| ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS                                                     |                                             |                                                              |
| <i>doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>                   | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>                                   | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>terazosin hcl (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>                       | Tier 1                                      |                                                              |
| ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS                                                  |                                             |                                                              |
| <i>candesartan cilexetil (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>              | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>irbesartan (150 mg tab, 300 mg tab, 75 mg tab)</i>                                | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>losartan potassium (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>                         | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>olmesartan medoxomil (20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>                         | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>                                 | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>valsartan (160 mg tab, 320 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>                      | Tier 1                                      |                                                              |
| ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME (ACE) INHIBITORS                                       |                                             |                                                              |
| <i>benazepril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>                    | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>captopril (100 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>                     | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>enalapril maleate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>                | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>                           | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>lisinopril (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i> | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>moexipril hcl (15 mg tab, 7.5 mg tab)</i>                                         | Tier 1                                      |                                                              |

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

## CARDIOVASCULAR AGENTS

| Название препарата                                                 | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| PERINDOPRIL ERBUMINE (2 MG TAB, 4 MG TAB, 8 MG TAB)                | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>quinapril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>   | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>ramipril (1.25 mg cap, 10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>     | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>                 | Tier 1                                      |                                                              |
| ANTIARRHYTHMICS                                                    |                                             |                                                              |
| <i>amiodarone hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>                     | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>amiodarone hcl 200 mg tab</i>                                   | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>digox 125 mcg tab</i>                                           | Tier 2                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>                          | Tier 2                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)</i>          | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>flecainide acetate (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)</i>      | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)</i>         | Tier 2                                      |                                                              |
| MULTAQ 400 MG TAB                                                  | Tier 3                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>pacerone (100 mg tab, 400 mg tab)</i>                           | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>pacerone 200 mg tab</i>                                         | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>        | Tier 2                                      |                                                              |
| QUINIDINE SULFATE (200 MG TAB, 300 MG TAB)                         | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>sotalol hcl (120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>sotalol hcl (af) (120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab)</i>        | Tier 2                                      |                                                              |

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

## CARDIOVASCULAR AGENTS

| Название препарата                                                                                        | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS                                                                           |                                             |                                                              |
| <i>acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)</i>                                                            | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>atenolol (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>                                                        | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)</i>                                                               | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>bisoprolol fumarate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>                                                          | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>carvedilol (12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab)</i>                                     | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)</i>                                                 | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>metoprolol succinate er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i> | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>metoprolol tartrate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>                                             | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>                                                          | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>nebivolol hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>                                         | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>pindolol (10 mg tab, 5 mg tab)</i>                                                                     | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)</i>                            | Tier 2                                      |                                                              |
| PROPRANOLOL HCL (20 MG/5ML SOLUTION, 40 MG/5ML SOLUTION)                                                  | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>propranolol hcl er (120 mg cap er 24h, 160 mg cap er 24h, 60 mg cap er 24h, 80 mg cap er 24h)</i>      | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>timolol maleate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>                                                   | Tier 4                                      |                                                              |

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

## CARDIOVASCULAR AGENTS

| Название препарата                                                                            | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, DIHYDROPYRIDINES                                             |                                             |                                                              |
| <i>amlodipine besylate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>                                  | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>felodipine er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>                   | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>isradipine (2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>                                                      | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)</i>                                                 | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>nifedipine er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)</i>                   | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>nifedipine er osmotic release (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)</i>   | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>nimodipine 30 mg cap</i>                                                                   | Tier 4                                      |                                                              |
| CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, NONDIHYDROPYRIDINES                                          |                                             |                                                              |
| <i>cartia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>dilt-xr (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h)</i>                      | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>diltiazem hcl (120 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>                            | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule</i>                                     | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule</i>                                     | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule</i>                                     | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule</i>                                     | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule</i>                                     | Tier 2                                      |                                                              |

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

## CARDIOVASCULAR AGENTS

| Название препарата                                                                                                                                                                                                                                         | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>diltiazem hcl er (120 mg cap er 12h, 120 mg cap er 24h, 120 mg tab er 24h, 180 mg cap er 24h, 180 mg tab er 24h, 240 mg cap er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h, 60 mg cap er 12h, 90 mg cap er 12h)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>diltiazem hcl er beads 420 mg cap er 24h</i>                                                                                                                                                                                                            | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>matzim la (180 mg tab er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h)</i>                                                                                                                                           | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>tiadylt er (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h, 420 mg cap er 24h)</i>                                                                                                                       | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>verapamil hcl (120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                    | Tier 1                                      |                                                              |
| VERAPAMIL HCL ER (100 MG CAP ER 24H, 200 MG CAP ER 24H, 300 MG CAP ER 24H, 360 MG CAP ER 24H)                                                                                                                                                              | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>verapamil hcl er (120 mg cap er 24h, 120 mg tab er, 180 mg cap er 24h, 180 mg tab er, 240 mg cap er 24h, 240 mg tab er)</i>                                                                                                                             | Tier 2                                      |                                                              |
| CARDIOVASCULAR AGENTS, OTHER                                                                                                                                                                                                                               |                                             |                                                              |
| <i>acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                              | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                         | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                           | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>amlodipine besy-benazepril hcl (10-20 mg cap, 10-40 mg cap, 2.5-10 mg cap, 5-10 mg cap, 5-20 mg cap, 5-40 mg cap)</i>                                                                                                                                   | Tier 1                                      |                                                              |

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

## CARDIOVASCULAR AGENTS

| Название препарата                                                                                                                                                                       | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>amlodipine besylate-valsartan (10-160 mg tab, 10-320 mg tab, 5-160 mg tab, 5-320 mg tab)</i>                                                                                          | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>amlodipine-atorvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab, 2.5-10 mg tab, 2.5-20 mg tab, 2.5-40 mg tab, 5-10 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 5-80 mg tab)</i> | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>amlodipine-olmesartan (10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab)</i>                                                                                                      | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>amlodipine-valsartan-hctz (10-160-12.5 mg tab, 10-160-25 mg tab, 10-320-25 mg tab, 5-160-12.5 mg tab, 5-160-25 mg tab)</i>                                                            | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>atenolol-chlorthalidone (100-25 mg tab, 50-25 mg tab)</i>                                                                                                                             | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>benazepril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab, 5-6.25 mg tab)</i>                                                                                      | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (10-6.25 mg tab, 2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab)</i>                                                                                                   | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)</i>                                                                                                         | Tier 1                                      |                                                              |
| CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE (25-15 MG TAB, 25-25 MG TAB, 50-15 MG TAB, 50-25 MG TAB)                                                                                                   | Tier 1                                      |                                                              |
| CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION                                                                                                                                                               | Tier 4                                      | PA, QL (600 PER 30 DAYS)                                     |
| <i>enalapril-hydrochlorothiazide (10-25 mg tab, 5-12.5 mg tab)</i>                                                                                                                       | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)</i>                                                                                                                           | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)</i>                                                                                                                 | Tier 1                                      |                                                              |

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

## CARDIOVASCULAR AGENTS

| Название препарата                                                                                                         | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>                                                                               | Tier 4                                      | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                      |
| <i>lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>                                       | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>losartan potassium-hctz (100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab)</i>                                            | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>metoprolol-hydrochlorothiazide (100-25 mg tab, 100-50 mg tab, 50-25 mg tab)</i>                                         | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>metirosine 250 mg cap</i>                                                                                               | Tier 5                                      |                                                              |
| <i>olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)</i>                                            | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>olmesartan-amlodipine-hctz (20-5-12.5 mg tab, 40-10-12.5 mg tab, 40-10-25 mg tab, 40-5-12.5 mg tab, 40-5-25 mg tab)</i> | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>pentoxifylline er 400 mg tab er</i>                                                                                     | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>quinapril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>                                        | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>ranolazine er (1000 mg tab er 12h, 500 mg tab er 12h)</i>                                                               | Tier 4                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>sacubitril-valsartan (49-51 mg tab, 97-103 mg tab)</i>                                                                  | Tier 3                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>sacubitril-valsartan 24-26 mg tab</i>                                                                                   | Tier 3                                      | QL (180 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>spironolactone-hctz 25-25 mg tab</i>                                                                                    | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>telmisartan-amlodipine (40-10 mg tab, 40-5 mg tab, 80-10 mg tab, 80-5 mg tab)</i>                                       | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)</i>                                                     | Tier 1                                      |                                                              |
| TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER (1-240 MG TAB ER, 2-180 MG TAB ER, 2-240 MG TAB ER, 4-240 MG TAB ER)                         | Tier 1                                      |                                                              |

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

## CARDIOVASCULAR AGENTS

| Название препарата                                                                                                    | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)</i>                                                | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>valsartan-hydrochlorothiazide (160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab, 80-12.5 mg tab)</i> | Tier 1                                      |                                                              |
| VERQUVO (10 MG TAB, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)                                                                             | Tier 4                                      | PA, QL (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                                                                                                       |                                             |                                                              |
| <i>bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>                                                                    | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>bumetanide 0.25 mg/ml solution</i>                                                                                 | Tier 4                                      |                                                              |
| FUROSEMIDE (10 MG/ML SOLUTION, 20 MG TAB, 40 MG TAB, 8 MG/ML SOLUTION, 80 MG TAB)                                     | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>furosemide 10 mg/ml solution</i>                                                                                   | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>torsemide (10 mg tab, 100 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>                                                         | Tier 2                                      |                                                              |
| DIURETICS, POTASSIUM-SPARING                                                                                          |                                             |                                                              |
| <i>amiloride hcl 5 mg tab</i>                                                                                         | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>                                                                              | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>spironolactone (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>                                                              | Tier 1                                      |                                                              |
| DIURETICS, THIAZIDE                                                                                                   |                                             |                                                              |
| <i>chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>                                                                          | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>                                           | Tier 1                                      |                                                              |

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

## CARDIOVASCULAR AGENTS

| Название препарата                                                                                   | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)</i>                                                          | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>metolazone (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>                                                  | Tier 2                                      |                                                              |
| DYSLIPIDEMICS, FIBRIC ACID DERIVATIVES                                                               |                                             |                                                              |
| <i>fenofibrate (134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab, 200 mg cap, 48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>fenofibrate micronized (130 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap, 43 mg cap, 67 mg cap)</i>             | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>fenofibric acid (135 mg cap dr, 45 mg cap dr)</i>                                                 | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>gemfibrozil 600 mg tab</i>                                                                        | Tier 2                                      |                                                              |
| DYSLIPIDEMICS, HMG COA REDUCTASE INHIBITORS                                                          |                                             |                                                              |
| <i>atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>                             | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)</i>                                                     | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>fluvastatin sodium er 80 mg tab er 24h</i>                                                        | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>                                                  | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>                               | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>rosuvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>                              | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>simvastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab)</i>                            | Tier 1                                      |                                                              |
| DYSLIPIDEMICS, OTHER                                                                                 |                                             |                                                              |
| <i>cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>                                                | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>                                          | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)</i>                                                  | Tier 4                                      |                                                              |

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

## CARDIOVASCULAR AGENTS

| Название препарата                                                                    | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)</i>                                    | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>colestipol hcl 1 gm tab</i>                                                        | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>ezetimibe 10 mg tab</i>                                                            | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)</i>                                         | Tier 4                                      | QL (120 PER 30 DAYS)                                         |
| NIACIN (ANTIHYPERTENSIVE)<br>500 MG TAB                                               | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>niacin er (antihyperlipidemic) (1000 mg tab er, 750 mg tab er)</i>                 | Tier 3                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab er</i>                                   | Tier 3                                      | QL (120 PER 30 DAYS)                                         |
| NIACOR 500 MG TAB                                                                     | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap</i>                                             | Tier 2                                      | QL (120 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>                                      | Tier 3                                      |                                                              |
| REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR                                                          | Tier 3                                      | PA                                                           |
| REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART                                      | Tier 3                                      | PA                                                           |
| REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ                                                | Tier 3                                      | PA                                                           |
| SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)                                   |                                             |                                                              |
| <i>dapagliflozin (10 mg tab, 5 mg tab)</i>                                            | 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                                      | ST, QL (30 PER 30 DAYS)                                      |
| VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL                                                  |                                             |                                                              |
| <i>hydralazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>                  | Tier 1                                      |                                                              |

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

## CARDIOVASCULAR AGENTS

| Название препарата                                                                                                                                         | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>minoxidil (10 mg tab, 2.5 mg tab)</i>                                                                                                                   | Tier 2                                      |                                                              |
| VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS                                                                                                                |                                             |                                                              |
| <i>isosorbide dinitrate (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab)</i>                                                                                    | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>                                                                                                       | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>isosorbide mononitrate er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h)</i>                                                                                      | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24h</i>                                                                                                         | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>nitro-bid 2 % ointment</i>                                                                                                                              | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>nitroglycerin (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.3 mg sl tab, 0.4 mg sl tab, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg sl tab, 0.6 mg/hr patch 24hr)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>nitroglycerin 0.4 % ointment</i>                                                                                                                        | Tier 4                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>nitroglycerin 2 % ointment</i>                                                                                                                          | Tier 3                                      |                                                              |

## 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                                                                                  |                                             |                                                              |
| <i>amphetamine-dextroamphet er (10 mg cap er 24h, 15 mg cap er 24h, 20 mg cap er 24h, 25 mg cap er 24h, 30 mg cap er 24h, 5 mg cap er 24h)</i> | Tier 4                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>amphetamine-dextroamphetamine (10 mg tab, 15 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>                                                              | Tier 2                                      | QL (120 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab</i>                                                                                               | Tier 2                                      | QL (150 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab</i>                                                                                                 | Tier 2                                      | QL (90 PER 30 DAYS)                                          |

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

## CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

| Название препарата                                                                            | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab</i>                                                | Tier 2                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>dextroamphetamine sulfate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>                                        | Tier 4                                      | QL (180 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>dextroamphetamine sulfate 15 mg tab</i>                                                    | Tier 4                                      | QL (120 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>dextroamphetamine sulfate 20 mg tab</i>                                                    | Tier 4                                      | QL (90 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>dextroamphetamine sulfate 30 mg tab</i>                                                    | Tier 4                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, NON-AMPHETAMINES                             |                                             |                                                              |
| <i>atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)</i>                                      | Tier 3                                      | QL (120 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>atomoxetine hcl (100 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i>                                     | Tier 3                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>atomoxetine hcl 40 mg cap</i>                                                              | Tier 3                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>dexmethylphenidate hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>                               | Tier 2                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>guanfacine hcl er (1 mg tab er 24h, 2 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h)</i> | Tier 3                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab)</i>                                   | Tier 4                                      | QL (90 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>methylphenidate hcl 10 mg chew tab</i>                                                     | Tier 4                                      | QL (180 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>methylphenidate hcl 10 mg tab</i>                                                          | Tier 2                                      | QL (180 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>methylphenidate hcl 20 mg tab</i>                                                          | Tier 2                                      | QL (90 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>methylphenidate hcl 5 mg tab</i>                                                           | Tier 2                                      | QL (360 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>methylphenidate hcl er 10 mg tab er</i>                                                    | Tier 3                                      | QL (180 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>methylphenidate hcl er 20 mg tab er</i>                                                    | 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)                                     |

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

## CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

| Название препарата                                                                                                                       | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 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)                                      |
| <i>bac (butalbital-acetamin-caff) 50-325-40 mg tab</i>                                                                                   | Tier 3                                      | PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS                            |
| <i>butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg tab</i>                                                                                         | Tier 3                                      | PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS                            |
| <i>riluzole 50 mg tab</i>                                                                                                                | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>tetrabenazine 12.5 mg tab</i>                                                                                                         | Tier 4                                      | PA, LA, QL (240 PER 30 DAYS)                                 |
| <i>tetrabenazine 25 mg tab</i>                                                                                                           | Tier 5                                      | PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)                                 |
| VEOZAH 45 MG TAB                                                                                                                         | Tier 4                                      | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                      |
| FIBROMYALGIA AGENTS                                                                                                                      |                                             |                                                              |
| DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAP DR                                                                                                           | Tier 4                                      | QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |
| DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP DR                                                                                                           | Tier 4                                      | QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |
| DRIZALMA SPRINKLE 40 MG CAP DR                                                                                                           | Tier 4                                      | QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |
| DRIZALMA SPRINKLE 60 MG CAP DR                                                                                                           | Tier 4                                      | QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY                |
| <i>duloxetine hcl 20 mg cp dr part</i>                                                                                                   | Tier 2                                      | QL (120 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>duloxetine hcl 30 mg cp dr part</i>                                                                                                   | Tier 2                                      | QL (90 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>duloxetine hcl 40 mg cp dr part</i>                                                                                                   | Tier 4                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |

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

## CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

| Название препарата                                                          | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>duloxetine hcl 60 mg cp dr part</i>                                      | Tier 2                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>pregabalin (100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i> | Tier 3                                      | QL (90 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)</i>                      | Tier 3                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>                                         | Tier 3                                      | QL (900 PER 30 DAYS)                                         |
| MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS                                                   |                                             |                                                              |
| BETASERON 0.3 MG KIT                                                        | Tier 5                                      | PA, QL (15 PER 30 DAYS)                                      |
| <i>dalfampridine er 10 mg tab er 12h</i>                                    | Tier 3                                      | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                      |
| <i>dimethyl fumarate (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)</i>                     | Tier 4                                      | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                      |
| <i>dimethyl fumarate starter pack 120 &amp; 240 mg cpdr thpk</i>            | Tier 4                                      | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                      |
| <i>fingolimod hcl 0.5 mg cap</i>                                            | Tier 5                                      | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                      |
| <i>glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr</i>                               | Tier 4                                      | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                      |
| <i>glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr</i>                               | Tier 4                                      | PA, QL (12 PER 28 DAYS)                                      |
| <i>glatopa 20 mg/ml soln prsyr</i>                                          | Tier 4                                      | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                      |
| <i>glatopa 40 mg/ml soln prsyr</i>                                          | Tier 4                                      | PA, QL (12 PER 28 DAYS)                                      |
| <i>teriflunomide (14 mg tab, 7 mg tab)</i>                                  | Tier 4                                      | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                      |

## DENTAL AND ORAL AGENTS

| Название препарата                             | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| DENTAL AND ORAL AGENTS                         |                                             |                                                              |
| <i>cevimeline hcl 30 mg cap</i>                | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>chlorhexidine gluconate 0.12 % solution</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>kourzeq 0.1 % paste</i>                     | Tier 3                                      |                                                              |

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

## DENTAL AND ORAL AGENTS

| Название препарата                            | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>oralone 0.1 % paste</i>                    | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>periogard 0.12 % solution</i>              | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i> | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>triamcinolone acetonide 0.1 % paste</i>    | Tier 3                                      |                                                              |

## DERMATOLOGICAL AGENTS

| Название препарата                                                    | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| ACNE AND ROSACEA AGENTS                                               |                                             |                                                              |
| <i>accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>                     | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)</i>                  | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>amnestem (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>          | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel</i>                        | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>          | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>clindamycin phos-benzoyl perox 1.2-5 % gel</i>                     | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>      | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion</i>                        | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>tazarotene (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.1 % cream, 0.1 % gel)</i>  | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.1 % cream)</i> | Tier 4                                      | PA                                                           |
| <i>tretinoin 0.025 % cream</i>                                        | Tier 3                                      | PA                                                           |
| <i>zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>          | Tier 4                                      |                                                              |

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

## DERMATOLOGICAL AGENTS

| Название препарата                                                                                     | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| DERMATITIS AND PRURITUS AGENTS                                                                         |                                             |                                                              |
| <i>ala-cort 1 % cream</i>                                                                              | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>alclometasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>                                      | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)</i>                                                      | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>                       | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>betamethasone dipropionate aug (0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>                     | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % cream</i>                                                     | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>betamethasone valerate (0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment)</i>                              | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>                                                     | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % foam, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)</i> | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>clobetasol propionate 0.05 % liquid</i>                                                             | Tier 4                                      | QL (250 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>clobetasol propionate e 0.05 % cream</i>                                                            | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>desonide (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>                                                        | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>desoximetasone 0.25 % cream</i>                                                                     | Tier 4                                      |                                                              |
| EUCRISA 2 % OINTMENT                                                                                   | Tier 4                                      | PA, QL (100 PER 30 DAYS)                                     |
| <i>fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)</i>                          | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>fluocinolone acetonide 0.01 % solution</i>                                                          | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>fluocinolone acetonide body 0.01 % oil</i>                                                          | Tier 4                                      |                                                              |

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

## DERMATOLOGICAL AGENTS

| Название препарата                                                                                                                                       | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil</i>                                                                                                           | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution, 0.1 % cream)</i>                                                            | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>fluocinonide emulsified base 0.05 % cream</i>                                                                                                         | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)</i>                                                                                           | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>                                                                                            | Tier 4                                      | QL (200 PER 28 DAYS)                                         |
| <i>hydrocortisone (1 % cream, 1 % ointment, 2.5 % cream, 2.5 % lotion, 2.5 % ointment)</i>                                                               | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>hydrocortisone (perianal) (1 % cream, 2.5 % cream)</i>                                                                                                | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment</i>                                                                                                            | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution)</i>                                                                                  | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>procto-med hc 2.5 % cream</i>                                                                                                                         | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>proctosol hc 2.5 % cream</i>                                                                                                                          | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>proctozone-hc 2.5 % cream</i>                                                                                                                         | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>selenium sulfide 2.5 % lotion</i>                                                                                                                     | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>tacrolimus (0.03 % ointment, 0.1 % ointment)</i>                                                                                                      | Tier 4                                      | QL (100 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>triamcinolone acetonide (0.025 % cream, 0.025 % lotion, 0.025 % ointment, 0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment, 0.5 % cream, 0.5 % ointment)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>triderm 0.5 % cream</i>                                                                                                                               | Tier 2                                      |                                                              |
| DERMATOLOGICAL AGENTS, OTHER                                                                                                                             |                                             |                                                              |
| <i>alcohol wipes 70 % misc</i>                                                                                                                           | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>calcipotriene (0.005 % cream, 0.005 % ointment)</i>                                                                                                   | Tier 4                                      |                                                              |

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

## DERMATOLOGICAL AGENTS

| Название препарата                                                                        | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>calcipotriene 0.005 % solution</i>                                                     | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>calcitrene 0.005 % ointment</i>                                                        | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream</i>                                          | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion</i>                                         | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>                                              | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>fluorouracil (2 % solution, 5 % solution)</i>                                          | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>fluorouracil 5 % cream</i>                                                             | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>imiquimod 5 % cream</i>                                                                | Tier 2                                      | QL (24 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>isopropyl alcohol 70 % misc</i>                                                        | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>                                                  | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>medpura alcohol pads 70 % misc</i>                                                     | Tier 2                                      |                                                              |
| METHOXSALEN RAPID 10 MG CAP                                                               | Tier 5                                      |                                                              |
| <i>nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)</i> | Tier 4                                      |                                                              |
| OTEZLA (20 MG TAB, 30 MG TAB)                                                             | Tier 5                                      | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                      |
| OTEZLA XR 75 MG TAB ER 24H                                                                | Tier 5                                      | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                      |
| <i>podofilox 0.5 % solution</i>                                                           | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>qc alcohol 70 % misc</i>                                                               | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>                                               | Tier 2                                      |                                                              |
| SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT                                                               | Tier 4                                      | QL (180 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>silver sulfadiazine 1 % cream</i>                                                      | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>ssd 1 % cream</i>                                                                      | Tier 2                                      |                                                              |
| TOLAK 4 % CREAM                                                                           | Tier 3                                      |                                                              |
| VALCHLOR 0.016 % GEL                                                                      | Tier 5                                      | LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |

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

## DERMATOLOGICAL AGENTS

| Название препарата                                                | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| PEDICULICIDES/SCABICIDES                                          |                                             |                                                              |
| <i>malathion 0.5 % lotion</i>                                     | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>permethrin 5 % cream</i>                                       | Tier 2                                      |                                                              |
| TOPICAL ANTI-INFECTIVES                                           |                                             |                                                              |
| <i>acyclovir 5 % ointment</i>                                     | Tier 4                                      | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                      |
| <i>ciclodan 8 % solution</i>                                      | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo)</i>                       | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>ciclopirox 8 % solution</i>                                    | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)</i>       | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>clindamycin phos (once-daily) 1 % gel</i>                      | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>clindamycin phos (twice-daily) 1 % gel</i>                     | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>clindamycin phosphate (1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| ERY 2 % PAD                                                       | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>erythromycin 2 % gel</i>                                       | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>erythromycin 2 % solution</i>                                  | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>mupirocin 2 % ointment</i>                                     | Tier 2                                      |                                                              |

## ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

| Название препарата                               | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| ELECTROLYTE/MINERAL REPLACEMENT                  |                                             |                                                              |
| <i>dextrose 10 % solution</i>                    | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>dextrose 5 % solution</i>                     | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>dextrose in lactated ringers 5 % solution</i> | Tier 4                                      |                                                              |

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

## ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

| Название препарата                                                                                                                                                               | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION                                                                                                                                                   | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>dextrose-sodium chloride (10-0.2 % solution, 10-0.45 % solution, 2.5-0.45 % solution, 5-0.2 % solution, 5-0.225 % solution, 5-0.3 % solution, 5-0.33 % solution)</i>          | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>dextrose-sodium chloride (5-0.45 % solution, 5-0.9 % solution)</i>                                                                                                            | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>kcl in dextrose-nacl (20-5-0.2 meq/l-%-% solution, 20-5-0.225 meq/l-%-% solution, 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, 40-5-0.9 meq/l-%-% solution)</i> | Tier 4                                      |                                                              |
| KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION                                                                                                                                       | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>klor-con 10 10 meq tab er</i>                                                                                                                                                 | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>klor-con 8 meq tab er</i>                                                                                                                                                     | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>klor-con m10 10 meq tab er</i>                                                                                                                                                | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>klor-con m15 15 meq tab er</i>                                                                                                                                                | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>klor-con m20 20 meq tab er</i>                                                                                                                                                | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>lactated ringers solution</i>                                                                                                                                                 | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>magnesium sulfate 50 % solution</i>                                                                                                                                           | Tier 4                                      |                                                              |
| PNV 27-CA/FE/FA 60-1 MG TAB                                                                                                                                                      | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>potassium chloride (10 % solution, 10 meq/100ml solution, 2 meq/ml solution, 20 meq/100ml solution, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/15ml (20%) solution)</i>               | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>potassium chloride crys er (10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er)</i>                                                                                                  | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>potassium chloride er (10 meq cap er, 10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er, 8 meq cap er, 8 meq tab er)</i>                                                            | Tier 2                                      |                                                              |

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

# ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

| Название препарата                                                                                                                    | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution</i>                                                                           | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>potassium chloride in nacl (20-0.9 meq/l-% solution, 40-0.9 meq/l-% solution)</i>                                                  | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>potassium citrate er (10 meq (1080 mg) tab er, 15 meq (1620 mg) tab er, 5 meq (540 mg) tab er)</i>                                 | Tier 3                                      |                                                              |
| POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 20 MEQ/L SOLUTION                                                                                         | Tier 4                                      |                                                              |
| PREMASOL 10 % SOLUTION                                                                                                                | Tier 4                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| <i>prenatal vitamins</i>                                                                                                              | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>ringers solution</i>                                                                                                               | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>sodium chloride (0.45 % solution, 0.9 % solution, 2.5 meq/ml solution, 3 % solution, 5 % solution)</i>                             | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>sodium chloride (pf) 0.9 % solution</i>                                                                                            | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>sodium fluoride (0.55 (0.25 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg/ml solution, 2.2 (1 f) mg chew tab)</i>        | Tier 2                                      |                                                              |
| TPN ELECTROLYTES CONC                                                                                                                 | Tier 4                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| ELECTROLYTE/MINERAL/METAL MODIFIERS                                                                                                   |                                             |                                                              |
| <i>deferasirox (250 mg tab sol, 500 mg tab sol)</i>                                                                                   | Tier 5                                      |                                                              |
| <i>deferasirox 125 mg tab sol</i>                                                                                                     | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>tolvaptan (15 mg tab thpk, 30 &amp; 15 mg tab thpk, 45 &amp; 15 mg tab thpk, 60 &amp; 30 mg tab thpk, 90 &amp; 30 mg tab thpk)</i> | Tier 5                                      | PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)                                  |
| <i>tolvaptan 15 mg tab</i>                                                                                                            | Tier 5                                      | PA, LA, QL (240 PER 30 DAYS)                                 |
| <i>tolvaptan 30 mg tab</i>                                                                                                            | Tier 5                                      | PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)                                 |

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

## ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

| Название препарата                                                            | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>trientine hcl 250 mg cap</i>                                               | Tier 5                                      | PA, QL (240 PER 30 DAYS)                                     |
| TRIENTINE HCL 500 MG CAP                                                      | Tier 5                                      | PA, QL (120 PER 30 DAYS)                                     |
| PHOSPHATE BINDERS                                                             |                                             |                                                              |
| <i>calcium acetate (phos binder) 667 mg cap</i>                               | Tier 2                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| <i>sevelamer carbonate 800 mg tab</i>                                         | Tier 3                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| POTASSIUM BINDERS                                                             |                                             |                                                              |
| <i>kionex 15 gm/60ml suspension</i>                                           | Tier 2                                      |                                                              |
| LOKELMA (10 GM PACKET, 5 GM PACKET)                                           | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>sodium polystyrene sulfonate (15 gm/60ml suspension, powder)</i>           | Tier 2                                      |                                                              |
| SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (15 GM/60ML SUSPENSION, 30 GM/120ML SUSPENSION) | Tier 2                                      |                                                              |

## GASTROINTESTINAL AGENTS

| Название препарата                                          | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| ANTI-CONSTIPATION AGENTS                                    |                                             |                                                              |
| <i>constulose 10 gm/15ml solution</i>                       | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>enulose 10 gm/15ml solution</i>                          | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln</i>        | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>generlac 10 gm/15ml solution</i>                         | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>lactulose (10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution</i>         | Tier 2                                      |                                                              |

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

## GASTROINTESTINAL AGENTS

| Название препарата                                                  | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| LINZESS (145 MCG CAP, 290 MCG CAP, 72 MCG CAP)                      | Tier 3                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>lubiprostone (24 mcg cap, 8 mcg cap)</i>                         | Tier 2                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| MOVANTIК (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)                                   | Tier 3                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution</i> | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln</i>                | Tier 2                                      |                                                              |
| ANTI-DIARRHEAL AGENTS                                               |                                             |                                                              |
| <i>alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>                         | Tier 4                                      | PA                                                           |
| <i>diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab</i>                      | Tier 2                                      |                                                              |
| DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG/5ML LIQUID                      | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>loperamide hcl 2 mg cap</i>                                      | Tier 2                                      |                                                              |
| XERMELO 250 MG TAB                                                  | Tier 5                                      | PA, LA, QL (90 PER 30 DAYS)                                  |
| ANTISPASMODICS, GASTROINTESTINAL                                    |                                             |                                                              |
| <i>dicyclomine hcl (10 mg cap, 20 mg tab)</i>                       | Tier 2                                      | PA                                                           |
| <i>dicyclomine hcl 10 mg/5ml solution</i>                           | Tier 4                                      | PA                                                           |
| <i>glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>                          | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>methscopolamine bromide (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>               | Tier 4                                      |                                                              |
| GASTROINTESTINAL AGENTS, OTHER                                      |                                             |                                                              |
| <i>bis subcit-metronid-tetracyc 140-125-125 mg cap</i>              | Tier 4                                      | QL (240 PER 365 OVER TIME)                                   |
| <i>bismuth/metronidaz/tetracyclin 140-125-125 mg cap</i>            | Tier 4                                      | QL (240 PER 365 OVER TIME)                                   |
| <i>cromolyn sodium 100 mg/5ml conc</i>                              | Tier 4                                      |                                                              |

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

## GASTROINTESTINAL AGENTS

| Название препарата                                                 | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN                                       | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>gavilyte-g 236 gm recon soln</i>                                | Tier 2                                      |                                                              |
| OMNITROPE 10 MG/1.5ML SOLN CART                                    | Tier 5                                      | PA                                                           |
| <i>peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln</i>                     | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>ursodiol (250 mg tab, 500 mg tab)</i>                           | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>ursodiol 300 mg cap</i>                                         | 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                               |                                             |                                                              |
| <i>cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>famotidine (20 mg tab, 40 mg tab)</i>                           | Tier 1                                      |                                                              |
| NIZATIDINE (150 MG CAP, 300 MG CAP)                                | Tier 2                                      |                                                              |
| PROTECTANTS                                                        |                                             |                                                              |
| <i>misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)</i>                      | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>sucralfate 1 gm tab</i>                                         | Tier 2                                      |                                                              |
| PROTON PUMP INHIBITORS                                             |                                             |                                                              |
| <i>esomeprazole magnesium 20 mg cap dr</i>                         | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>esomeprazole magnesium 40 mg cap dr</i>                         | Tier 4                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>lansoprazole 15 mg cap dr</i>                                   | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>lansoprazole 30 mg cap dr</i>                                   | Tier 2                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>omeprazole 10 mg cap dr</i>                                     | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>omeprazole 20 mg cap dr</i>                                     | Tier 1                                      |                                                              |

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

## GASTROINTESTINAL AGENTS

| Название препарата                          | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>omeprazole 40 mg cap dr</i>              | Tier 1                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>pantoprazole sodium 20 mg tab dr</i>     | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>pantoprazole sodium 40 mg recon soln</i> | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>pantoprazole sodium 40 mg tab dr</i>     | Tier 1                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>rabeprazole sodium 20 mg tab dr</i>      | Tier 3                                      |                                                              |

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

| Название препарата                                                                                                                                    | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT                                                                              |                                             |                                                              |
| ALDURAZYME 2.9 MG/5ML SOLUTION                                                                                                                        | Tier 5                                      | LA, PA - PART B VS D DETERMINATION                           |
| ARALAST NP (1000 MG RECON SOLN, 500 MG RECON SOLN)                                                                                                    | Tier 5                                      | LA, PA - PART B VS D DETERMINATION                           |
| <i>betaine powder</i>                                                                                                                                 | Tier 5                                      |                                                              |
| <i>carglumic acid 200 mg tab sol</i>                                                                                                                  | Tier 5                                      | PA, LA                                                       |
| CREON (12000-38000 UNIT CP DR PART, 24000-76000 UNIT CP DR PART, 3000-9500 UNIT CP DR PART, 36000-114000 UNIT CP DR PART, 6000-19000 UNIT CP DR PART) | Tier 3                                      |                                                              |
| DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP)                                                                                                           | Tier 3                                      |                                                              |
| ELAPRASE 6 MG/3ML SOLUTION                                                                                                                            | Tier 5                                      | LA, PA - PART B VS D DETERMINATION                           |
| <i>l-glutamine 5 gm packet</i>                                                                                                                        | Tier 5                                      | PA, QL (180 PER 30 DAYS)                                     |
| <i>levocarnitine 330 mg tab</i>                                                                                                                       | Tier 2                                      |                                                              |
| NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION                                                                                                                            | Tier 5                                      | LA, PA - PART B VS D DETERMINATION                           |
| <i>nitisinone (10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>                                                                                                     | Tier 5                                      | PA                                                           |

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

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

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

## GENITOURINARY AGENTS

| Название препарата                                                                  | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 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)                                         |
| <i>oxybutynin chloride 5 mg tab</i>                                                 | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>oxybutynin chloride er (10 mg tab er 24h, 15 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>solifenacin succinate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>                                  | Tier 2                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>                                    | Tier 4                                      | ST                                                           |
| <i>tolterodine tartrate er (2 mg cap er 24h, 4 mg cap er 24h)</i>                   | Tier 4                                      | ST                                                           |
| <i>tropium chloride 20 mg tab</i>                                                   | Tier 2                                      |                                                              |

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

## GENITOURINARY AGENTS

| Название препарата                                                      | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS                                     |                                             |                                                              |
| <i>alfuzosin hcl er 10 mg tab er 24h</i>                                | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>dutasteride 0.5 mg cap</i>                                           | Tier 2                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap</i>                        | Tier 4                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>finasteride 5 mg tab</i>                                             | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)</i>                                   | Tier 3                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>tadalafil 2.5 mg tab</i>                                             | Tier 4                                      | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                      |
| <i>tadalafil 5 mg tab</i>                                               | Tier 4                                      | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                      |
| <i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>                                        | Tier 1                                      |                                                              |
| GENITOURINARY AGENTS, OTHER                                             |                                             |                                                              |
| <i>bethanechol chloride (10 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| 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)                                  |
| <i>penicillamine 250 mg tab</i>                                         | Tier 5                                      | PA                                                           |

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

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

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

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

| Название препарата                                                                                                                                                    | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 4 MG/ML SOLN PRSYR                                                                                                                     | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>                                                                                                                             | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>methylprednisolone (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab)</i>                                                                                   | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>methylprednisolone acetate (40 mg/ml suspension, 80 mg/ml suspension)</i>                                                                                          | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln</i>                                                                                                               | Tier 4                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| <i>methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln</i>                                                                                                                | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>prednisolone 15 mg/5ml solution</i>                                                                                                                                | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>prednisolone sodium phosphate (15 mg/5ml solution, 25 mg/5ml solution, 5 mg/5ml solution, 6.7 (5 base) mg/5ml solution)</i>                                        | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>prednisone (1 mg tab, 10 mg (21) tab thpk, 10 mg (48) tab thpk, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg (21) tab thpk, 5 mg (48) tab thpk, 5 mg tab, 50 mg tab)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| PREDNISONE 5 MG/5ML SOLUTION                                                                                                                                          | Tier 3                                      |                                                              |
| PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC                                                                                                                                      | Tier 4                                      |                                                              |
| TARPEYO 4 MG CAP DR                                                                                                                                                   | Tier 5                                      | PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)                                 |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| Название препарата                            | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| ESTROGENS                                     |                                             |                                                              |
| <i>afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab</i>            | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>altavera 0.15-30 mg-mcg tab</i>            | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>           | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i> | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i>                | Tier 3                                      |                                                              |
| ARANELLE 0.5/1/0.5-35 MG-MCG TAB              | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>ashlyna 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>    | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>aubra 0.1-20 mg-mcg tab</i>                | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab</i>             | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>      | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>          | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>   | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>       | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>aviane 0.1-20 mg-mcg tab</i>               | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>ayuna 0.15-30 mg-mcg tab</i>               | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>  | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>balziva 0.4-35 mg-mcg tab</i>              | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>    | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>        | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>brielllyn 0.4-35 mg-mcg tab</i>            | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>camrese 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>    | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>camrese lo 0.1-0.02 &amp; 0.01 mg tab</i>  | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>          | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>cryselle 0.3-30 mg-mcg tab</i>             | Tier 3                                      |                                                              |

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

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

| Название препарата                                                                                                                                             | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab</i>                                                                                                                           | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>cyred 0.15-30 mg-mcg tab</i>                                                                                                                                | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>                                                                                                                             | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>                                                                                                                            | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>                                                                                                                  | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>daysee 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>                                                                                                                      | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>delyla 0.1-20 mg-mcg tab</i>                                                                                                                                | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)</i>                                                                        | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>dotti (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>                            | Tier 3                                      | QL (16 PER 28 DAYS)                                          |
| <i>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i>                                                                                           | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>elinest 0.3-30 mg-mcg tab</i>                                                                                                                               | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>                                                                                                                         | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>                                                                                                                      | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>enpresse-28 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>                                                                                                                  | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>enskyce 0.15-30 mg-mcg tab</i>                                                                                                                              | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i>                                                                                                                            | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>estradiol (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>                        | Tier 3                                      | QL (16 PER 28 DAYS)                                          |
| <i>estradiol (0.025 mg/24hr patch wk, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch wk)</i> | Tier 3                                      | QL (8 PER 28 DAYS)                                           |
| <i>estradiol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>                                                                                                              | Tier 1                                      |                                                              |

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

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

| Название препарата                                                                           | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>estradiol 0.01 % cream</i>                                                                | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>estradiol 10 mcg tab</i>                                                                  | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>estradiol valerate (10 mg/ml oil, 20 mg/ml oil, 40 mg/ml oil)</i>                         | Tier 4                                      |                                                              |
| ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)                                                       | Tier 3                                      | QL (1 PER 84 OVER TIME)                                      |
| <i>estrogens conjugated (0.3 mg tab, 0.45 mg tab, 0.625 mg tab, 0.9 mg tab, 1.25 mg tab)</i> | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 mg-mcg tab, 1-50 mg-mcg tab)</i>                      | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>                                | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>falmina 0.1-20 mg-mcg tab</i>                                                             | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>                                                       | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>feirza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>                                                           | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>fyavolv (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)</i>                                          | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>                                                       | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>                                                    | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>                                                        | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>                                                      | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>iclevia 0.15-0.03 mg tab</i>                                                              | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>introvale 0.15-0.03 mg tab</i>                                                            | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>isibloom 0.15-30 mg-mcg tab</i>                                                           | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>jaimiess 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>                                                  | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>jasmiel 3-0.02 mg tab</i>                                                                 | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>jinteli 1-5 mg-mcg tab</i>                                                                | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>jolessa 0.15-0.03 mg tab</i>                                                              | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>joyeaux 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>                                                         | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>juleber 0.15-30 mg-mcg tab</i>                                                            | Tier 3                                      |                                                              |

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

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

| Название препарата                                                                  | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>                                               | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>junel 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>                                                   | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>                                            | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>                                                | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>kalliga 0.15-30 mg-mcg tab</i>                                                   | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>                                          | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>                                                  | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>                                                  | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab</i>                                                   | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>                                               | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>larin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>                                                   | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>                                            | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>                                                | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>                                                | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>lessina 0.1-20 mg-mcg tab</i>                                                    | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>levonest 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>                                         | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>                    | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>levonorgest-eth estrad 91-day (0.1-0.02 &amp; 0.01 mg tab, 0.15-0.03 mg tab)</i> | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>                    | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>levonorgest-eth estradiol-iron 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>                         | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>levonorgestrel-ethinyl estrad (0.1-20 mg-mcg tab, 0.15-30 mg-mcg tab)</i>        | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab</i>                                       | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>lo-zumandimine 3-0.02 mg tab</i>                                                 | Tier 3                                      |                                                              |

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

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

| Название препарата                                                                                                                    | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab</i>                                                                                         | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab</i>                                                                                             | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>                                                                                           | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>                                                                                               | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>lojaimiess 0.1-0.02 &amp; 0.01 mg tab</i>                                                                                          | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>loryna 3-0.02 mg tab</i>                                                                                                           | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab</i>                                                                                                 | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>luizza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>                                                                                                | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>luizza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>                                                                                                    | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>luteria 0.1-20 mg-mcg tab</i>                                                                                                      | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>lyllana (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i> | Tier 3                                      | QL (16 PER 28 DAYS)                                          |
| <i>marlissa 0.15-30 mg-mcg tab</i>                                                                                                    | Tier 3                                      |                                                              |
| MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)                                                                            | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>                                                                                           | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>                                                                                               | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>                                                                                        | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>                                                                                            | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>mili 0.25-35 mg-mcg tab</i>                                                                                                        | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>minzoya 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>                                                                                                  | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>mono-lynyah 0.25-35 mg-mcg tab</i>                                                                                                 | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>                                                                                            | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>nikki 3-0.02 mg tab</i>                                                                                                            | Tier 3                                      |                                                              |

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

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

| Название препарата                                                         | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk</i>               | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>norethin ace-eth estrad-fe (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)</i>     | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>norethin-eth estradiol-fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>                    | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>norethindrone acet-ethinyl est (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)</i> | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)</i>    | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>norgestim-eth estrad triphasic 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>        | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab</i>                       | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>                               | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab</i>                                   | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>                                   | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>                              | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>                                          | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>                                | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>ocella 3-0.03 mg tab</i>                                                | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>philith 0.4-35 mg-mcg tab</i>                                           | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>pimtrea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>                                | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>portia-28 0.15-30 mg-mcg tab</i>                                        | Tier 3                                      |                                                              |
| PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM                                                 | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab</i>                                        | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>setlakin 0.15-0.03 mg tab</i>                                           | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>                                | Tier 3                                      |                                                              |

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

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

| Название препарата                                 | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>simpesse 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>        | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab</i>              | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>sronyx 0.1-20 mg-mcg tab</i>                    | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>syeda 3-0.03 mg tab</i>                         | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>              | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab</i>           | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i> | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>tri-lynyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>    | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>      | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>  | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>   | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>    | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>turqoz 0.3-30 mg-mcg tab</i>                    | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>valtya 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>                 | 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                                      |                                                              |
| <i>vestura 3-0.02 mg tab</i>                       | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>vienva 0.1-20 mg-mcg tab</i>                    | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>violele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>        | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>         | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab</i>                   | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>vylibra 0.25-35 mg-mcg tab</i>                  | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>wera 0.5-35 mg-mcg tab</i>                      | Tier 3                                      |                                                              |

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

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

| Название препарата                                                                                                   | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>                                                                              | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>xelria fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>                                                                              | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>xulane 150-35 mcg/24hr patch wk</i>                                                                               | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>yuvaferm 10 mcg tab</i>                                                                                           | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>zafemy 150-35 mcg/24hr patch wk</i>                                                                               | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>                                                                               | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>zumandimine 3-0.03 mg tab</i>                                                                                     | Tier 3                                      |                                                              |
| PROGESTINS                                                                                                           |                                             |                                                              |
| <i>camila 0.35 mg tab</i>                                                                                            | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>deblitane 0.35 mg tab</i>                                                                                         | Tier 3                                      |                                                              |
| DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR                                                                       | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>emzahh 0.35 mg tab</i>                                                                                            | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>errin 0.35 mg tab</i>                                                                                             | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>gallifrey 5 mg tab</i>                                                                                            | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>heather 0.35 mg tab</i>                                                                                           | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>incassia 0.35 mg tab</i>                                                                                          | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>jencycla 0.35 mg tab</i>                                                                                          | Tier 3                                      |                                                              |
| LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD                                                                                     | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>lyleq 0.35 mg tab</i>                                                                                             | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>lyza 0.35 mg tab</i>                                                                                              | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>medroxyprogesterone acetate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>                                                 | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsy, 150 mg/ml suspension)</i>                                       | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i> | Tier 2                                      | PA - FOR NEW STARTS ONLY                                     |

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

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

| Название препарата                           | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>meleya 0.35 mg tab</i>                    | Tier 3                                      |                                                              |
| NEXPLANON 68 MG IMPLANT                      | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>nora-be 0.35 mg tab</i>                   | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>norethindrone 0.35 mg tab</i>             | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>norethindrone acetate 5 mg tab</i>        | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>norlyroc 0.35 mg tab</i>                  | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>orquidea 0.35 mg tab</i>                  | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>sharobel 0.35 mg tab</i>                  | Tier 3                                      |                                                              |
| SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODIFYING AGENTS |                                             |                                                              |
| OSPHENA 60 MG TAB                            | Tier 4                                      | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                      |
| <i>raloxifene hcl 60 mg tab</i>              | 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)                                                                                                                           |                                             |                                                              |
| <i>euthyrox (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>                          | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>levo-t (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>               | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>levothyroxine sodium (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i> | Tier 1                                      |                                                              |

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

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

| Название препарата                                                                                                                                                        | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>levoxyl (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>                | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>liothyronine sodium (25 mcg tab, 5 mcg tab, 50 mcg tab)</i>                                                                                                            | Tier 2                                      |                                                              |
| 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                                      |                                                              |
| <i>unithroid (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i> | Tier 3                                      |                                                              |

## HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

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

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

## HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

| Название препарата                                                                                                                                                             | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>mifepristone 300 mg tab</i>                                                                                                                                                 | Tier 5                                      | PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)                                 |
| <i>octreotide acetate (100 mcg/ml soln prsy, 100 mcg/ml solution, 1000 mcg/ml solution, 200 mcg/ml solution, 50 mcg/ml soln prsy, 50 mcg/ml solution, 500 mcg/ml solution)</i> | Tier 4                                      | PA                                                           |
| OCTREOTIDE ACETATE 500 MCG/ML SOLN PRSYR                                                                                                                                       | Tier 5                                      | PA                                                           |
| ORGOVYX 120 MG TAB                                                                                                                                                             | Tier 5                                      | LA, QL (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                       |                                             |                                                              |
| <i>methimazole (10 mg tab, 5 mg tab)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>propylthiouracil 50 mg tab</i>        | Tier 2                                      |                                                              |

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

## 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                                                       |
| <i>icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsyr</i>                                                                                                                                     | Tier 5                                      | PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)                                 |
| <i>sajazir 30 mg/3ml soln prsyr</i>                                                                                                                                               | Tier 5                                      | PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)                                 |
| IMMUNOGLOBULINS                                                                                                                                                                   |                                             |                                                              |
| GAMUNEX-C (1 GM/10ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)                                        | Tier 5                                      | PA                                                           |
| HIZENTRA (1 GM/5ML SOLN PRSYR, 1 GM/5ML SOLUTION, 10 GM/50ML SOLN PRSYR, 10 GM/50ML SOLUTION, 2 GM/10ML SOLN PRSYR, 2 GM/10ML SOLUTION, 4 GM/20ML SOLN PRSYR, 4 GM/20ML SOLUTION) | Tier 5                                      | PA, LA                                                       |
| IMMUNOLOGICAL AGENTS, OTHER                                                                                                                                                       |                                             |                                                              |
| ARCALYST 220 MG RECON SOLN                                                                                                                                                        | Tier 5                                      | PA, LA                                                       |
| AURANOFIN 3 MG CAP                                                                                                                                                                | Tier 3                                      |                                                              |
| BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)                                                                                                                             | Tier 5                                      | PA, LA, QL (4 PER 28 DAYS)                                   |
| COSENTYX (150 MG/ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR)                                                                                                                           | Tier 5                                      | PA, LA                                                       |
| COSENTYX (300 MG DOSE) 150 MG/ML SOLN PRSYR                                                                                                                                       | Tier 5                                      | PA, LA                                                       |
| COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 150 MG/ML SOLN A-INJ                                                                                                                                 | Tier 5                                      | PA, LA                                                       |
| COSENTYX SENSOREADY PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ                                                                                                                                      | Tier 5                                      | PA, LA                                                       |
| COSENTYX UNOREADY 300 MG/2ML SOLN A-INJ                                                                                                                                           | Tier 5                                      | PA, LA                                                       |

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

## IMMUNOLOGICAL AGENTS

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

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

## IMMUNOLOGICAL AGENTS

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

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

## IMMUNOLOGICAL AGENTS

| Название препарата                                                                  | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION                                                         | Tier 5                                      | PA, QL (4 PER 30 DAYS)                                       |
| IMMUNOSUPPRESSANTS                                                                  |                                             |                                                              |
| <i>azathioprine 50 mg tab</i>                                                       | Tier 2                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN                                               | Tier 4                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| <i>cyclosporine (100 mg cap, 25 mg cap)</i>                                         | Tier 4                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| <i>cyclosporine modified (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap)</i> | Tier 3                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| ENBREL 25 MG/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)                                       |
| ENVARUSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H)                                  | Tier 4                                      | PA - FOR NEW STARTS ONLY                                     |
| ENVARUSUS XR 4 MG TAB ER 24H                                                        | Tier 5                                      | PA - FOR NEW STARTS ONLY                                     |
| <i>everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab)</i>                            | Tier 4                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| <i>everolimus 1 mg tab</i>                                                          | Tier 5                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| <i>gengraf (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap)</i>                          | Tier 3                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| HADLIMA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR                                                      | Tier 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)                                  |

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

## IMMUNOLOGICAL AGENTS

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

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

## IMMUNOLOGICAL AGENTS

| Название препарата                                                             | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)</i>            | Tier 4                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| <i>tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)</i>                             | Tier 3                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION                                                      | Tier 4                                      | PA - FOR NEW STARTS ONLY                                     |
| 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, 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)  | Tier 3                                      | VAC                                                          |
| DAPTACEL 23-15-5 SUSPENSION                                                    | Tier 3                                      |                                                              |
| DENGVAIXIA RECON SUSP                                                          | Tier 4                                      |                                                              |
| ENGRIX-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                                      |                                                              |

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

## IMMUNOLOGICAL AGENTS

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

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

## IMMUNOLOGICAL AGENTS

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

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

## INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

| Название препарата                                     | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| AMINOSALICYLATES                                       |                                             |                                                              |
| <i>balsalazide disodium 750 mg cap</i>                 | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>mesalamine (1000 mg suppos, 4 gm enema)</i>         | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>mesalamine 1.2 gm tab dr</i>                        | Tier 4                                      | QL (120 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>mesalamine er 0.375 gm cap er 24h</i>               | Tier 3                                      | QL (120 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)</i>       | Tier 2                                      |                                                              |
| GLUCOCORTICOIDS                                        |                                             |                                                              |
| <i>budesonide 3 mg cp dr part</i>                      | Tier 4                                      | QL (90 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>budesonide er 9 mg tab er 24h</i>                   | Tier 4                                      | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                      |
| CORTIFOAM 10 % FOAM                                    | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>hydrocortisone (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>hydrocortisone 100 mg/60ml enema</i>                | Tier 3                                      |                                                              |

## METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

| Название препарата                                          | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| METABOLIC BONE DISEASE AGENTS                               |                                             |                                                              |
| <i>alendronate sodium (10 mg tab, 35 mg tab, 70 mg tab)</i> | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>alendronate sodium 70 mg/75ml solution</i>               | 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)                                  |
| <i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i>            | Tier 2                                      | QL (3.7 PER 30 DAYS)                                         |

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

## METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

| Название препарата                                                                          | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)</i>                                               | Tier 2                                      |                                                              |
| CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION                                                                | Tier 4                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| <i>cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>                                     | Tier 4                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| <i>doxercalciferol 4 mcg/2ml solution</i>                                                   | Tier 4                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| ENOBY 60 MG/ML SOLN PRSYR                                                                   | Tier 4                                      | PA                                                           |
| <i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>                                                        | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>ibandronate sodium 3 mg/3ml solution</i>                                                 | Tier 4                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| JUBBONTI 60 MG/ML SOLN PRSYR                                                                | Tier 4                                      | PA                                                           |
| <i>paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 2 mcg/ml solution, 4 mcg cap, 5 mcg/ml solution)</i> | Tier 4                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| <i>risedronate sodium (150 mg tab, 35 mg tab, 5 mg tab)</i>                                 | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen</i>                                                 | Tier 5                                      | PA                                                           |
| TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN                                                             | Tier 5                                      | PA, QL (1.56 PER 28 DAYS)                                    |
| WYOST 120 MG/1.7ML SOLUTION                                                                 | Tier 5                                      | PA, QL (1.7 PER 28 DAYS)                                     |
| XTRENBO 120 MG/1.7ML SOLUTION                                                               | Tier 4                                      | PA, QL (1.7 ML PER 28 DAYS)                                  |
| <i>zoledronic acid (4 mg/100ml solution, 4 mg/5ml conc, 5 mg/100ml solution)</i>            | Tier 4                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |

## MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

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

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

## MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

| Название препарата                                                                                                    | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| ALCOHOL 70% PADS                                                                                                      | Tier 2                                      |                                                              |
| ALCOHOL PREP PAD                                                                                                      | Tier 2                                      |                                                              |
| ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD                                                                                            | Tier 2                                      |                                                              |
| ALCOHOL SWABS 70 % PAD                                                                                                | Tier 2                                      |                                                              |
| ALCOHOL SWABSTICK PAD                                                                                                 | Tier 2                                      |                                                              |
| AQ INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)                             | Tier 3                                      |                                                              |
| AQINJECT PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)                                                                | Tier 3                                      |                                                              |
| ARGYLE STERILE WATER SOLUTION                                                                                         | Tier 2                                      |                                                              |
| ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC                                                                         | Tier 3                                      |                                                              |
| ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30G X 5 MM MISC                                                                             | Tier 3                                      |                                                              |
| AUM ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD                                                                                        | Tier 2                                      |                                                              |
| 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                                      |                                                              |
| BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC                                                                          | Tier 3                                      |                                                              |

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

## MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

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

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

## MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

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

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

## MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

| Название препарата                                                                                                                                                                                                                                                     | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 32G X 4 MM MISC                                                                                                                                                                                                                          | Tier 3                                      |                                                              |
| EMBECTA PEN NEEDLE NANO 32G X 4 MM MISC                                                                                                                                                                                                                                | Tier 3                                      |                                                              |
| EMBECTA PEN NEEDLE U/F 29G X 12.7MM MISC                                                                                                                                                                                                                               | Tier 3                                      |                                                              |
| EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE (29G X 12.7MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)                                                                                                                                                                    | Tier 3                                      |                                                              |
| EMBRACE PEN NEEDLES (29G X 12MM MISC, 30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)                                                                                                                            | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>gauze pads 2</i>                                                                                                                                                                                                                                                    | Tier 2                                      |                                                              |
| GNP PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)                                                                                                                                                                                   | Tier 3                                      |                                                              |
| GOODSENSE ALCOHOL SWABS 70 % PAD                                                                                                                                                                                                                                       | Tier 2                                      |                                                              |
| INSULIN PEN NEEDLES                                                                                                                                                                                                                                                    | Tier 3                                      |                                                              |
| INSULIN PEN NEEDLES                                                                                                                                                                                                                                                    | Tier 3                                      |                                                              |
| INSULIN PEN NEEDLES                                                                                                                                                                                                                                                    | Tier 3                                      |                                                              |
| INSULIN SYRINGE 0.3 ML                                                                                                                                                                                                                                                 | Tier 3                                      |                                                              |
| INSULIN SYRINGE 0.5 ML                                                                                                                                                                                                                                                 | Tier 3                                      |                                                              |
| INSULIN SYRINGE 1 ML                                                                                                                                                                                                                                                   | Tier 3                                      |                                                              |
| INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (27G X 1/2" 0.5 ML MISC, 27G X 1/2" 1 ML MISC, 28G X 1/2" 0.5 ML MISC, 28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC) | Tier 3                                      |                                                              |
| INSUPEN PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)                                                                                                                                                                                                | Tier 3                                      |                                                              |

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

## MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

| Название препарата                                                                                                                                                                                                                                             | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| INSUPEN32G EXTR3ME 32G X 6 MM MISC                                                                                                                                                                                                                             | Tier 3                                      |                                                              |
| INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)                                                                                                                                                                                                                      | Tier 4                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| <i>lactated ringers solution</i>                                                                                                                                                                                                                               | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>methergine 0.2 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                                                   | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>methylergonovine maleate 0.2 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                                     | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>novofine 32g x 6 mm misc</i>                                                                                                                                                                                                                                | Tier 3                                      |                                                              |
| 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                                      |                                                              |
| QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE (29G X 12.7MM MISC, 31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC, 33G X 8 MM MISC) | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>ringers irrigation solution</i>                                                                                                                                                                                                                             | Tier 2                                      |                                                              |

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

## MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

| Название препарата                                                                                                                                                                                 | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 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                               |
| <i>sterile water for irrigation solution</i>                                                                                                                                                       | Tier 2                                      |                                                              |
| SURE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)                                                                                                                       | Tier 3                                      |                                                              |
| TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC                                                                                                                                                          | Tier 3                                      |                                                              |
| 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                                      |                                                              |
| UNIFINE OTC PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)                                                                                                                                         | Tier 3                                      |                                                              |

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

## MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

| Название препарата                                                                                                                                                                                                                           | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| UNIFINE PENTIPS 32G X 4 MM MISC                                                                                                                                                                                                              | Tier 3                                      |                                                              |
| UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE (30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)                                                                                                                                                               | Tier 3                                      |                                                              |
| UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC)                                                                                                                                                           | Tier 3                                      |                                                              |
| UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE (29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 34G X 3.5 MM MISC)                                                                                           | Tier 3                                      |                                                              |
| VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE (29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)                                                                                                                            | Tier 3                                      |                                                              |
| VERIFINE INSULIN SYRINGE (28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC) | Tier 3                                      |                                                              |
| VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)                                                                                                                                                                 | Tier 3                                      |                                                              |
| VERISAFE SAFETY INSULIN SYR 29G X 1/2" 1 ML MISC                                                                                                                                                                                             | Tier 3                                      |                                                              |
| VOWST CAP                                                                                                                                                                                                                                    | Tier 5                                      | PA, LA, QL (12 PER 30 OVER TIME)                             |
| WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE 70 % PAD                                                                                                                                                                                                           | Tier 2                                      |                                                              |

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

## OPHTHALMIC AGENTS

| Название препарата                                                                                      | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| OPHTHALMIC AGENTS, OTHER                                                                                |                                             |                                                              |
| <i>atropine sulfate 1 % solution</i>                                                                    | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment</i>                                                       | Tier 2                                      |                                                              |
| BACITRACIN-POLYMYXIN B 500-10000 UNIT/GM OINTMENT                                                       | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>brimonidine tartrate-timolol 0.2-0.5 % solution</i>                                                  | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>dorzolamide hcl-timolol mal (2-0.5 % solution, 22.3-6.8 mg/ml solution)</i>                          | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution</i>                                                  | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>loteprednol-tobramycin 0.5-0.3 % suspension</i>                                                      | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>neo-polycin 3.5-400-10000 ointment</i>                                                               | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>neo-polycin hc 1 % ointment</i>                                                                      | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>neomycin-bacitracin zn-polymyx (3.5-400-10000 ointment, 5-400-10000 ointment)</i>                    | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>neomycin-polymyxin-dexameth (0.1 % suspension, 3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION                                                  | Tier 2                                      |                                                              |
| NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5-10000-1 SUSPENSION                                                            | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>polycin 500-10000 unit/gm ointment</i>                                                               | Tier 2                                      |                                                              |
| RESTASIS 0.05 % EMULSION                                                                                | Tier 3                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION                                                                         | Tier 3                                      | QL (2.5 PER 25 DAYS)                                         |
| SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION                                                           | Tier 2                                      |                                                              |

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

## OPHTHALMIC AGENTS

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

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

## OPHTHALMIC AGENTS

| Название препарата                                             | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>diclofenac sodium 0.1 % solution</i>                        | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>difluprednate 0.05 % emulsion</i>                           | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>fluorometholone 0.1 % suspension</i>                        | Tier 2                                      |                                                              |
| FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION                            | Tier 2                                      |                                                              |
| FML FORTE 0.25 % SUSPENSION                                    | Tier 4                                      |                                                              |
| ILEVRO 0.3 % SUSPENSION                                        | Tier 3                                      | QL (3 PER 30 DAYS)                                           |
| <i>ketorolac tromethamine (0.4 % solution, 0.5 % solution)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>prednisolone acetate 1 % suspension</i>                     | Tier 2                                      |                                                              |
| PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION                     | Tier 3                                      |                                                              |
| OPHTHALMIC BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS                     |                                             |                                                              |
| <i>betaxolol hcl 0.5 % solution</i>                            | Tier 2                                      |                                                              |
| CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION                                     | Tier 2                                      |                                                              |
| LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION                                 | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>timolol maleate (0.25 % gel f soln, 0.5 % gel f soln)</i>   | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>timolol maleate (0.25 % solution, 0.5 % solution)</i>       | Tier 1                                      |                                                              |
| OPHTHALMIC INTRAOCULAR PRESSURE LOWERING AGENTS, OTHER         |                                             |                                                              |
| <i>acetazolamide er 500 mg cap er 12h</i>                      | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>apraclonidine hcl 0.5 % solution</i>                        | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>brimonidine tartrate 0.1 % solution</i>                     | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>brimonidine tartrate 0.15 % solution</i>                    | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>brimonidine tartrate 0.2 % solution</i>                     | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>brinzolamide 1 % suspension</i>                             | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>dorzolamide hcl 2 % solution</i>                            | Tier 2                                      |                                                              |

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

## OPHTHALMIC AGENTS

| Название препарата                                                | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)</i>                       | Tier 4                                      |                                                              |
| <i>pilocarpine hcl (1 % solution, 2 % solution, 4 % solution)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION                                         | Tier 3                                      | QL (2.5 PER 25 DAYS)                                         |
| SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION                                      | Tier 3                                      |                                                              |
| OPHTHALMIC PROSTAGLANDIN AND PROSTAMIDE ANALOGS                   |                                             |                                                              |
| <i>bimatoprost 0.03 % solution</i>                                | Tier 3                                      | QL (5 PER 30 DAYS)                                           |
| <i>latanoprost 0.005 % solution</i>                               | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>travoprost (bak free) 0.004 % solution</i>                     | 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                                                                               |                                             |                                                              |
| <i>acetic acid 2 % solution</i>                                                           | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>                                   | Tier 4                                      |                                                              |
| CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION                                              | Tier 3                                      |                                                              |
| DERMOTIC 0.01 % OIL                                                                       | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution</i>                                          | Tier 3                                      |                                                              |
| <i>neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)</i> | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>ofloxacin 0.3 % solution</i>                                                           | Tier 2                                      |                                                              |

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

## RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

| Название препарата                                                                       | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| ANTI-INFLAMMATORIES, INHALED CORTICOSTEROIDS                                             |                                             |                                                              |
| ARNUIITY ELLIPTA (100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA, 50 MCG/ACT AER POW BA) | Tier 3                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| ASMANEX (120 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA                                       | Tier 3                                      | QL (1 PER 30 DAYS)                                           |
| ASMANEX (14 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA                                        | Tier 3                                      | QL (1 PER 30 DAYS)                                           |
| ASMANEX (30 METERED DOSES) (110 MCG/ACT AER POW BA, 220 MCG/ACT AER POW BA)              | Tier 3                                      | QL (1 PER 30 DAYS)                                           |
| ASMANEX (60 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA                                        | Tier 3                                      | QL (1 PER 30 DAYS)                                           |
| ASMANEX HFA (100 MCG/ACT AEROSOL, 200 MCG/ACT AEROSOL, 50 MCG/ACT AEROSOL)               | Tier 3                                      | QL (13 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)</i>   | Tier 4                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| QVAR REDHALER (40 MCG/ACT AERO BA, 80 MCG/ACT AERO BA)                                   | Tier 3                                      | QL (21.2 PER 30 DAYS)                                        |
| ANTI-HISTAMINES                                                                          |                                             |                                                              |
| <i>azelastine hcl (0.1 % solution, 137 mcg/spray solution)</i>                           | Tier 2                                      | QL (30 PER 25 DAYS)                                          |
| <i>cetirizine hcl (1 mg/ml solution, 5 mg/5ml solution)</i>                              | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>ciproheptadine hcl 4 mg tab</i>                                                       | Tier 3                                      | PA                                                           |
| <i>hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>                                 | Tier 2                                      | PA                                                           |
| <i>hydroxyzine pamoate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>                            | Tier 4                                      | PA                                                           |
| <i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab</i>                                           | Tier 1                                      |                                                              |
| <i>promethazine hcl (12.5 mg/10ml solution, 6.25 mg/5ml solution)</i>                    | Tier 2                                      | PA                                                           |

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

## RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

| Название препарата                                                                                                                                       | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| ANTILEUKOTRIENES                                                                                                                                         |                                             |                                                              |
| <i>montelukast sodium (4 mg chew tab, 4 mg packet, 5 mg chew tab)</i>                                                                                    | Tier 2                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>montelukast sodium 10 mg tab</i>                                                                                                                      | Tier 1                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)</i>                                                                                                                | Tier 4                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| BRONCHODILATORS, ANTICHOLINERGIC                                                                                                                         |                                             |                                                              |
| INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA                                                                                                                  | Tier 3                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>ipratropium bromide 0.02 % solution</i>                                                                                                               | Tier 2                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| <i>ipratropium bromide 0.03 % solution</i>                                                                                                               | Tier 2                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>ipratropium bromide 0.06 % solution</i>                                                                                                               | Tier 2                                      | QL (45 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>ipratropium bromide hfa 17 mcg/act aero soln</i>                                                                                                      | 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)                                           |
| <i>tiotropium bromide 18 mcg cap</i>                                                                                                                     | Tier 3                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| BRONCHODILATORS, SYMPATHOMIMETIC                                                                                                                         |                                             |                                                              |
| <i>albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)</i>                                                                                                      | Tier 2                                      | QL (17 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)</i>                                                                                                       | Tier 2                                      | QL (17 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)</i>                                                                                                    | Tier 2                                      | QL (13.4 PER 30 DAYS)                                        |
| <i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin)</i>                                                                                                     | Tier 2                                      | QL (36 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>albuterol sulfate ((2.5 mg/3ml) 0.083% nebu soln, (5 mg/ml) 0.5% nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln, 2.5 mg/0.5ml nebu soln)</i> | Tier 2                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| <i>albuterol sulfate (2 mg tab, 4 mg tab)</i>                                                                                                            | Tier 4                                      |                                                              |

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

## RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

| Название препарата                                                                                                     | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>albuterol sulfate (2 mg/5ml syrup, 8 mg/20ml syrup)</i>                                                             | Tier 2                                      |                                                              |
| <i>albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln</i>                                                           | Tier 2                                      | QL (36 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>epinephrine (0.15 mg/0.15ml soln a-inj, 0.15 mg/0.3ml soln a-inj, 0.3 mg/0.3ml soln a-inj)</i>                      | Tier 3                                      | QL (24 PER 365 OVER TIME)                                    |
| EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENAClick)                                                                         | Tier 3                                      | QL (24 PER 365 OVER TIME)                                    |
| <i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/0.5ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln)</i> | Tier 4                                      | PA                                                           |
| LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL                                                                               | Tier 3                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| 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)                            |
| <i>tobramycin 300 mg/4ml nebu soln</i>                                                                                 | Tier 4                                      | PA, QL (224 PER 28 DAYS)                                     |
| <i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i>                                                                                 | 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                                                                                                  |                                             |                                                              |
| <i>cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln</i>                                                                             | Tier 3                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |

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

## RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

| Название препарата                                                                                                                        | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS, AIRWAYS DISEASE                                                                                             |                                             |                                                              |
| <i>roflumilast 250 mcg tab</i>                                                                                                            | Tier 4                                      | QL (28 PER 180 OVER TIME)                                    |
| <i>roflumilast 500 mcg tab</i>                                                                                                            | Tier 4                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>theophylline er (100 mg tab er 12h, 200 mg tab er 12h, 300 mg tab er 12h, 400 mg tab er 24h, 450 mg tab er 12h, 600 mg tab er 24h)</i> | Tier 3                                      |                                                              |
| PULMONARY ANTIHYPERTENSIVES                                                                                                               |                                             |                                                              |
| ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB)                                                                          | Tier 5                                      | PA, LA, QL (90 PER 30 DAYS)                                  |
| <i>alyq 20 mg tab</i>                                                                                                                     | Tier 4                                      | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                      |
| <i>ambrisentan (10 mg tab, 5 mg tab)</i>                                                                                                  | Tier 4                                      | PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)                                  |
| <i>bosentan (125 mg tab, 62.5 mg tab)</i>                                                                                                 | Tier 5                                      | PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)                                  |
| <i>bosentan 32 mg tab sol</i>                                                                                                             | Tier 5                                      | PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)                                 |
| <i>macitentan 10 mg tab</i>                                                                                                               | Tier 5                                      | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                      |
| <i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>                                                                                                       | Tier 3                                      | PA, QL (360 PER 30 DAYS)                                     |
| <i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>                                                                                                          | 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)                                  |

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

## RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

| Название препарата                                                                            | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| PULMONARY FIBROSIS AGENTS                                                                     |                                             |                                                              |
| <i>nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)</i>                                            | Tier 5                                      | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                      |
| OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)                                                                 | Tier 5                                      | PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)                                  |
| <i>pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)</i>                                                   | Tier 3                                      | PA, QL (270 PER 30 DAYS)                                     |
| PIRFENIDONE 534 MG TAB                                                                        | Tier 5                                      | PA, QL (150 PER 30 DAYS)                                     |
| <i>pirfenidone 801 mg tab</i>                                                                 | Tier 3                                      | PA, QL (90 PER 30 DAYS)                                      |
| RESPIRATORY TRACT AGENTS, OTHER                                                               |                                             |                                                              |
| <i>acetylcysteine (10 % solution, 20 % solution)</i>                                          | Tier 2                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| ADVAIR HFA (115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL, 45-21 MCG/ACT AEROSOL)            | Tier 3                                      | QL (12 PER 30 DAYS)                                          |
| ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA                                                      | Tier 3                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| BREO ELLIPTA (100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA, 50-25 MCG/INH AER POW BA) | Tier 3                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>breynd (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)</i>                               | 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)                                        |
| <i>budesonide-formoterol fumarate (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)</i>       | Tier 3                                      | QL (10.2 PER 30 DAYS)                                        |
| COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN                                                   | Tier 4                                      | QL (4 PER 30 DAYS)                                           |
| <i>flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution</i>                                               | Tier 2                                      | QL (50 PER 30 DAYS)                                          |

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

## RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

| Название препарата                                                                                              | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL (100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA)                           | Tier 3                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>fluticasone propionate 50 mcg/act suspension</i>                                                             | Tier 2                                      | QL (16 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i> | Tier 2                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| FLUTICASONE-SALMETEROL (113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA, 55-14 MCG/ACT AER POW BA)         | Tier 2                                      | QL (1 PER 30 DAYS)                                           |
| <i>ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution</i>                                                        | Tier 2                                      | PA - PART B VS D DETERMINATION                               |
| 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)                                          |
| <i>wixela inhub (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i>           | Tier 2                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |

## SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

| Название препарата             | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|--------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| SKELETAL MUSCLE RELAXANTS      |                                             |                                                              |
| <i>carisoprodol 350 mg tab</i> | Tier 2                                      | PA, QL (120 PER 30 DAYS)                                     |

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

## SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

| Название препарата                               | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>cyclobenzaprine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i> | Tier 2                                      | PA                                                           |
| <i>methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)</i>    | Tier 3                                      | PA                                                           |

## SLEEP DISORDER AGENTS

| Название препарата                                                 | Сколько будет стоить вам препарат (уровень) | Необходимые действия, нормы или ограничения по использованию |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| SLEEP PROMOTING AGENTS                                             |                                             |                                                              |
| <i>eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)</i>                  | Tier 3                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>ramelteon 8 mg tab</i>                                          | Tier 2                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>tasimelteon 20 mg cap</i>                                       | Tier 5                                      | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                      |
| <i>temazepam 15 mg cap</i>                                         | Tier 2                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>temazepam 30 mg cap</i>                                         | Tier 2                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>triazolam 0.125 mg tab</i>                                      | Tier 4                                      | QL (120 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>triazolam 0.25 mg tab</i>                                       | Tier 4                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>zaleplon 10 mg cap</i>                                          | Tier 2                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>zaleplon 5 mg cap</i>                                           | Tier 2                                      | QL (120 PER 30 DAYS)                                         |
| <i>zolpidem tartrate 10 mg tab</i>                                 | Tier 2                                      | QL (30 PER 30 DAYS)                                          |
| <i>zolpidem tartrate 5 mg tab</i>                                  | Tier 2                                      | QL (60 PER 30 DAYS)                                          |
| WAKEFULNESS PROMOTING AGENTS                                       |                                             |                                                              |
| <i>armodafinil (150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)</i> | Tier 4                                      | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                                      |
| <i>modafinil 100 mg tab</i>                                        | Tier 3                                      | PA, QL (90 PER 30 DAYS)                                      |
| <i>modafinil 200 mg tab</i>                                        | Tier 3                                      | PA, QL (60 PER 30 DAYS)                                      |
| <i>sodium oxybate 500 mg/ml solution</i>                           | Tier 5                                      | PA, LA, QL (540 PER 30 DAYS)                                 |

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

**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.....                               | 59    |
| abacavir sulfate-lamivudine.....                    | 59    |
| ABELCET.....                                        | 25    |
| ABILIFY MAINTENA.....                               | 51    |
| abiraterone acetate.....                            | 30    |
| abirtega.....                                       | 30    |
| ABRYSVO.....                                        | 117   |
| acamprosate calcium.....                            | 5     |
| acarbose.....                                       | 64    |
| accutane.....                                       | 86    |
| acebutolol hcl.....                                 | 74    |
| acetaminophen-codeine.....                          | 3     |
| acetazolamide.....                                  | 76    |
| acetazolamide er.....                               | 131   |
| acetic acid.....                                    | 132   |
| acetylcysteine.....                                 | 137   |
| acitretin.....                                      | 86    |
| ACTHIB.....                                         | 117   |
| ACTIMMUNE.....                                      | 114   |
| acyclovir.....                                      | 62,90 |
| acyclovir sodium.....                               | 62    |
| ADACEL.....                                         | 117   |
| adefovir dipivoxil.....                             | 57    |
| ADEMPAS.....                                        | 136   |
| ADVAIR HFA.....                                     | 137   |
| ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE.....                    | 121   |
| afirmelle.....                                      | 101   |
| AIMOVIG.....                                        | 27    |
| AKEEGA.....                                         | 32    |
| ala-cort.....                                       | 87    |
| albendazole.....                                    | 48    |
| albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair).....   | 134   |
| albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair).....    | 134   |
| albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)..... | 134   |

|                                                    |         |
|----------------------------------------------------|---------|
| albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin)..... | 134     |
| albuterol sulfate.....                             | 134,135 |
| albuterol sulfate hfa.....                         | 135     |
| alclometasone dipropionate.....                    | 87      |
| ALCOHOL 70% PADS.....                              | 122     |
| ALCOHOL PREP.....                                  | 122     |
| ALCOHOL PREP PADS.....                             | 122     |
| ALCOHOL SWABS.....                                 | 122     |
| ALCOHOL SWABSTICK.....                             | 122     |
| alcohol wipes.....                                 | 88      |
| ALDURAZYME.....                                    | 96      |
| ALECENSA.....                                      | 34      |
| alendronate sodium.....                            | 120     |
| alfuzosin hcl er.....                              | 98      |
| aliskiren fumarate.....                            | 76      |
| allopurinol.....                                   | 27      |
| alosetron hcl.....                                 | 94      |
| alprazolam.....                                    | 62      |
| altavera.....                                      | 101     |
| ALUNBRIG.....                                      | 34      |
| alyacen 1/35.....                                  | 101     |
| alyacen 7/7/7.....                                 | 101     |
| alyq.....                                          | 136     |
| amantadine hcl.....                                | 49      |
| ambrisentan.....                                   | 136     |
| amikacin sulfate.....                              | 6       |
| amiloride hcl.....                                 | 79      |
| amiloride-hydrochlorothiazide.....                 | 76      |
| amiodarone hcl.....                                | 73      |
| amitriptyline hcl.....                             | 23      |
| amlodipine besy-benazepril hcl.....                | 76      |
| amlodipine besylate.....                           | 75      |
| amlodipine besylate-valsartan.....                 | 77      |
| amlodipine-atorvastatin.....                       | 77      |
| amlodipine-olmesartan.....                         | 77      |
| amlodipine-valsartan-hctz.....                     | 77      |
| ammonium lactate.....                              | 87      |
| amnestem.....                                      | 86      |
| amoxapine.....                                     | 23      |

|                                        |     |                                      |         |
|----------------------------------------|-----|--------------------------------------|---------|
| amoxicillin.....                       | 10  | ASSURE ID PRO PEN NEEDLES.....       | 122     |
| amoxicillin trihydrate.....            | 10  | atazanavir sulfate.....              | 60      |
| amoxicillin-pot clavulanate.....       | 10  | atenolol.....                        | 74      |
| AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE.....       | 10  | atenolol-chlorthalidone.....         | 77      |
| amoxicillin-pot clavulanate er.....    | 10  | atomoxetine hcl.....                 | 83      |
| amphetamine-dextroamphet er.....       | 82  | atorvastatin calcium.....            | 80      |
| amphetamine-dextroamphetamine... 82,83 |     | atovaquone.....                      | 48      |
| AMPHOTERICIN B.....                    | 25  | atovaquone-proguanil hcl.....        | 48      |
| amphotericin b liposome.....           | 25  | atropine sulfate.....                | 129     |
| ampicillin.....                        | 10  | aubra.....                           | 101     |
| ampicillin sodium.....                 | 10  | aubra eq.....                        | 101     |
| ampicillin-sulbactam sodium.....       | 10  | AUGTYRO.....                         | 32      |
| anagrelide hcl.....                    | 69  | AUM ALCOHOL PREP PADS.....           | 122     |
| anastrozole.....                       | 33  | AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE... 122 |         |
| ANORO ELLIPTA.....                     | 137 | AUM PEN NEEDLE.....                  | 122     |
| apraclonidine hcl.....                 | 131 | AURANOFIN.....                       | 112     |
| aprepitant.....                        | 24  | aurovela 1.5/30.....                 | 101     |
| apri.....                              | 101 | aurovela 1/20.....                   | 101     |
| APTIVUS.....                           | 60  | aurovela fe 1.5/30.....              | 101     |
| AQ INSULIN SYRINGE.....                | 122 | aurovela fe 1/20.....                | 101     |
| AQINJECT PEN NEEDLE.....               | 122 | AUSTEDO.....                         | 83,84   |
| ARALAST NP.....                        | 96  | AUSTEDO XR.....                      | 84      |
| ARANELLE.....                          | 101 | AUSTEDO XR PATIENT TITRATION... 84   |         |
| ARANESP (ALBUMIN FREE).....            | 70  | AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE... 122  |         |
| ARCALYST.....                          | 112 | AUVELITY.....                        | 20      |
| AREXVY.....                            | 117 | AUVELITY TITRATION PACK.....         | 20      |
| ARGYLE STERILE WATER.....              | 122 | aviane.....                          | 101     |
| ARIKAYCE.....                          | 6   | avidoxy.....                         | 13      |
| aripiprazole.....                      | 52  | AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK.....        | 33      |
| armodafinil.....                       | 139 | ayuna.....                           | 101     |
| ARNUITY ELLIPTA.....                   | 133 | AYVAKIT.....                         | 34      |
| asenapine maleate.....                 | 52  | azathioprine.....                    | 115     |
| ashlyna.....                           | 101 | AZATHIOPRINE SODIUM.....             | 115     |
| ASMANEX (120 METERED DOSES).....       | 133 | azelastine hcl.....                  | 130,133 |
| ASMANEX (14 METERED DOSES).....        | 133 | azithromycin.....                    | 11      |
| ASMANEX (30 METERED DOSES).....        | 133 | aztreonam.....                       | 7       |
| ASMANEX (60 METERED DOSES).....        | 133 | azurette.....                        | 101     |
| ASMANEX HFA.....                       | 133 |                                      |         |
| aspirin-dipyridamole er.....           | 71  |                                      |         |
| ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES... 122   |     |                                      |         |

## B

bac (butalbital-acetamin-caff).....84

|                                         |        |                                     |         |
|-----------------------------------------|--------|-------------------------------------|---------|
| bacitra-neomycin-polymyxin-hc.....      | 129    | BIKTARVY.....                       | 57      |
| BACITRACIN.....                         | 130    | BILDYOS.....                        | 120     |
| BACITRACIN-POLYMYXIN B.....             | 129    | BILPREVDA.....                      | 120     |
| baclofen.....                           | 56     | bimatoprost.....                    | 132     |
| balsalazide disodium.....               | 120    | bis subcit-metronid-tetracyc.....   | 94      |
| BALVERSA.....                           | 34     | bismuth/metronidaz/tetracyclin..... | 94      |
| balziva.....                            | 101    | bisoprolol fumarate.....            | 74      |
| BAQSIMI ONE PACK.....                   | 66     | bisoprolol-hydrochlorothiazide..... | 77      |
| BAQSIMI TWO PACK.....                   | 66     | BIXLENVO.....                       | 57      |
| BARACLUDE.....                          | 57     | blisovi fe 1.5/30.....              | 101     |
| BCG VACCINE.....                        | 117    | blisovi fe 1/20.....                | 101     |
| BD INSULIN SYRINGE.....                 | 122    | BOOSTRIX.....                       | 117     |
| BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM       |        | bosentan.....                       | 136     |
| MISC.....                               | 122    | BOSULIF.....                        | 34      |
| BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM       |        | bosutinib.....                      | 35      |
| MISC.....                               | 122    | BRAFTOVI.....                       | 35      |
| BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM |        | BREO ELLIPTA.....                   | 137     |
| MISC.....                               | 122    | brey-na.....                        | 137     |
| BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM      |        | BREZTRI AEROSPHERE.....             | 137     |
| MISC.....                               | 123    | briellyn.....                       | 101     |
| benazepril hcl.....                     | 72     | brimonidine tartrate.....           | 131     |
| benazepril-hydrochlorothiazide.....     | 77     | brimonidine tartrate-timolol.....   | 129     |
| BENLYSTA.....                           | 112    | brinzolamide.....                   | 131     |
| BENZNIDAZOLE.....                       | 48     | brivaracetam.....                   | 13,14   |
| benzoyl peroxide-erythromycin.....      | 86     | bromocriptine mesylate.....         | 50      |
| benztropine mesylate.....               | 49     | BRUKINSA.....                       | 35      |
| BESIVANCE.....                          | 12     | budesonide.....                     | 120,133 |
| BESREMI.....                            | 114    | budesonide er.....                  | 120     |
| BESREMI PEN.....                        | 32     | budesonide-formoterol fumarate..... | 137     |
| betaine.....                            | 96     | bumetanide.....                     | 79      |
| betamethasone dipropionate.....         | 87     | buprenorphine.....                  | 2       |
| betamethasone dipropionate aug.....     | 87     | buprenorphine hcl.....              | 5       |
| betamethasone valerate.....             | 87     | buprenorphine hcl-naloxone hcl..... | 5       |
| BETASERON.....                          | 85     | bupropion hcl.....                  | 20      |
| betaxolol hcl.....                      | 74,131 | bupropion hcl er (smoking det)..... | 6       |
| bethanechol chloride.....               | 98     | bupropion hcl er (sr).....          | 20      |
| bexarotene.....                         | 47     | bupropion hcl er (xl).....          | 20      |
| BEXSERO.....                            | 117    | buspirone hcl.....                  | 62      |
| bicalutamide.....                       | 30     | butalbital-apap-caffeine.....       | 84      |
| BICILLIN L-A.....                       | 10     | butalbital-aspirin-caffeine.....    | 1       |

|                          |    |
|--------------------------|----|
| butorphanol tartrate     | 3  |
| BYSANTI                  | 52 |
| BYSANTI TITRATION PACK A | 52 |
| BYSANTI TITRATION PACK B | 52 |
| BYSANTI TITRATION PACK C | 52 |

## C

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| CABENUVA                      | 60    |
| cabergoline                   | 110   |
| CABOMETYX                     | 35    |
| calcipotriene                 | 88,89 |
| calcitonin (salmon)           | 120   |
| calcitrene                    | 89    |
| calcitriol                    | 121   |
| CALCITRIOL                    | 121   |
| calcium acetate (phos binder) | 93    |
| CALQUENCE                     | 35    |
| camila                        | 108   |
| camrese                       | 101   |
| camrese lo                    | 101   |
| candesartan cilexetil         | 72    |
| candesartan cilexetil-hctz    | 77    |
| CAPLYTA                       | 52    |
| CAPRELSA                      | 35    |
| captopril                     | 72    |
| CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE | 77    |
| carbamazepine                 | 17    |
| carbamazepine er              | 17    |
| carbidopa                     | 50    |
| carbidopa-levodopa            | 50    |
| carbidopa-levodopa er         | 50    |
| carbidopa-levodopa-entacapone | 50    |
| CARETOUCH ALCOHOL PREP        | 123   |
| carglumic acid                | 96    |
| carisoprodol                  | 138   |
| CARTEOLOL HCL                 | 131   |
| cartia xt                     | 75    |
| carvedilol                    | 74    |
| CAVHANZA                      | 35    |
| CAYSTON                       | 7     |

|                             |     |
|-----------------------------|-----|
| CEFACLOR                    | 8   |
| cefadroxil                  | 8,9 |
| cefazolin sodium            | 9   |
| cefdinir                    | 9   |
| cefepime hcl                | 9   |
| cefixime                    | 9   |
| cefoxitin sodium            | 9   |
| CEFPODOXIME PROXETIL        | 9   |
| cefprozil                   | 9   |
| ceftaroline fosamil         | 9   |
| CEFTAZIDIME                 | 9   |
| ceftriaxone sodium          | 9   |
| cefuroxime axetil           | 9   |
| cefuroxime sodium           | 9   |
| celecoxib                   | 1   |
| cephalexin                  | 9   |
| cetirizine hcl              | 133 |
| cevimeline hcl              | 85  |
| chateal eq                  | 101 |
| chlorhexidine gluconate     | 85  |
| chloroquine phosphate       | 48  |
| chlorpromazine hcl          | 51  |
| chlorthalidone              | 79  |
| cholestyramine              | 80  |
| cholestyramine light        | 80  |
| ciclodan                    | 90  |
| ciclopirox                  | 90  |
| ciclopirox olamine          | 90  |
| cilostazol                  | 71  |
| CILOXAN                     | 12  |
| CIMDUO                      | 59  |
| cimetidine                  | 95  |
| cinacalcet hcl              | 121 |
| ciprofloxacin hcl           | 12  |
| ciprofloxacin in d5w        | 12  |
| ciprofloxacin-dexamethasone | 132 |
| citalopram hydrobromide     | 21  |
| claravis                    | 86  |
| CLARITHROMYCIN              | 11  |
| clarithromycin              | 11  |

|                                     |      |
|-------------------------------------|------|
| clarithromycin er.....              | 12   |
| clindamycin hcl.....                | 7    |
| clindamycin palmitate hcl.....      | 7    |
| clindamycin phos (once-daily).....  | 90   |
| clindamycin phos (twice-daily)..... | 90   |
| clindamycin phos-benzoyl perox..... | 86   |
| clindamycin phosphate.....          | 7,90 |
| clindamycin phosphate in d5w.....   | 7    |
| CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL.....  | 7    |
| clobazam.....                       | 16   |
| clobetasol prop emollient base..... | 87   |
| clobetasol propionate.....          | 87   |
| clobetasol propionate e.....        | 87   |
| clomipramine hcl.....               | 23   |
| clonazepam.....                     | 63   |
| clonidine.....                      | 71   |
| clonidine hcl.....                  | 71   |
| clopidogrel bisulfate.....          | 71   |
| clorazepate dipotassium.....        | 63   |
| clotrimazole.....                   | 25   |
| clotrimazole-betamethasone.....     | 89   |
| clozapine.....                      | 56   |
| COARTEM.....                        | 48   |
| COBENFY.....                        | 56   |
| COBENFY STARTER PACK.....           | 56   |
| CODEINE SULFATE.....                | 3    |
| codeine sulfate.....                | 3    |
| colchicine.....                     | 27   |
| colchicine-probenecid.....          | 27   |
| colesevelam hcl.....                | 80   |
| colestipol hcl.....                 | 81   |
| colistimethate sodium (cba).....    | 7    |
| COMBIVENT RESPIMAT.....             | 137  |
| COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....   | 35   |
| COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....   | 35   |
| COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....    | 35   |
| COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....     | 123  |
| COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES.....     | 123  |
| compro.....                         | 24   |
| constulose.....                     | 93   |

|                                   |            |
|-----------------------------------|------------|
| COPIKTRA.....                     | 36         |
| CORLANOR.....                     | 77         |
| CORTIFOAM.....                    | 120        |
| CORTISONE ACETATE.....            | 98         |
| CORTISPORIN-TC.....               | 132        |
| COSENTYX.....                     | 112        |
| COSENTYX (300 MG DOSE).....       | 112        |
| COSENTYX SENSOREADY (300 MG)..... | 112        |
| COSENTYX SENSOREADY PEN.....      | 112        |
| COSENTYX UNOREADY.....            | 112        |
| COTELLIC.....                     | 36         |
| CREON.....                        | 96         |
| CRESEMBA.....                     | 25,26      |
| cromolyn sodium.....              | 94,130,135 |
| cryselle.....                     | 101        |
| cryselle-28.....                  | 102        |
| CVS ALCOHOL PREP PADS.....        | 123        |
| CVS ANTIBACTERIAL GAUZE.....      | 123        |
| cvs isopropyl alcohol wipes.....  | 89         |
| cyclobenzaprine hcl.....          | 139        |
| CYCLOPHOSPHAMIDE.....             | 29         |
| cyclosporine.....                 | 115        |
| cyclosporine modified.....        | 115        |
| cyproheptadine hcl.....           | 133        |
| cyred.....                        | 102        |
| cyred eq.....                     | 102        |

## D

|                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| dabigatran etexilate mesylate..... | 68  |
| dalfampridine er.....              | 85  |
| danazol.....                       | 100 |
| dantrolene sodium.....             | 56  |
| dapaglifloz base-metformin er..... | 64  |
| dapagliflozin.....                 | 81  |
| dapsone.....                       | 29  |
| DAPTACEL.....                      | 117 |
| daptomycin.....                    | 7   |
| darunavir.....                     | 60  |
| dasatinib.....                     | 36  |
| dasetta 1/35.....                  | 102 |

|                                     |        |                                                              |     |
|-------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------|-----|
| dasetta 7/7/7.....                  | 102    | dicyclomine hcl.....                                         | 94  |
| DAURISMO.....                       | 36     | DIFICID.....                                                 | 12  |
| daysee.....                         | 102    | diflunisal.....                                              | 1   |
| deblitane.....                      | 108    | difluprednate.....                                           | 131 |
| deferasirox.....                    | 92     | digox.....                                                   | 73  |
| DELSTRIGO.....                      | 58     | digoxin.....                                                 | 73  |
| delyla.....                         | 102    | dihydroergotamine mesylate.....                              | 28  |
| DENG VAXIA.....                     | 117    | DILANTIN.....                                                | 17  |
| DEPO-SUBQ PROVERA 104.....          | 108    | dilt-xr.....                                                 | 75  |
| depo-testosterone.....              | 100    | diltiazem hcl.....                                           | 75  |
| DERMOTIC.....                       | 132    | diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule.....      | 75  |
| DESCOVY.....                        | 59     | diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule.....      | 75  |
| desipramine hcl.....                | 23     | diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule.....      | 75  |
| desmopressin ace spray refrig.....  | 99     | diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule.....      | 75  |
| desmopressin acetate.....           | 100    | diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule.....      | 75  |
| desmopressin acetate pf.....        | 100    | diltiazem hcl er.....                                        | 76  |
| desogestrel-ethinyl estradiol.....  | 102    | diltiazem hcl er beads.....                                  | 76  |
| desonide.....                       | 87     | dimethyl fumarate.....                                       | 85  |
| desoximetasone.....                 | 87     | dimethyl fumarate starter pack.....                          | 85  |
| desvenlafaxine succinate er.....    | 22     | diphenoxylate-atropine.....                                  | 94  |
| dexamethasone.....                  | 98     | DIPHENOXYLATE-ATROPINE.....                                  | 94  |
| DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID....    | 98     | dipyridamole.....                                            | 71  |
| dexamethasone sod phosphate pf..... | 98     | disulfiram.....                                              | 5   |
| DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE..... | 99,130 | divalproex sodium.....                                       | 14  |
| dexmethylphenidate hcl.....         | 83     | divalproex sodium er.....                                    | 14  |
| dextroamphetamine sulfate.....      | 83     | dofetilide.....                                              | 73  |
| dextrose.....                       | 90     | donepezil hcl.....                                           | 19  |
| dextrose in lactated ringers.....   | 90     | donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg..... | 19  |
| DEXTROSE-NACL.....                  | 91     | donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg.....  | 19  |
| dextrose-sodium chloride.....       | 91     | dorzolamide hcl.....                                         | 131 |
| DIACOMIT.....                       | 14     | dorzolamide hcl-timolol mal.....                             | 129 |
| diazepam.....                       | 16,63  | dorzolamide hcl-timolol mal pf.....                          | 129 |
| diazepam intensol.....              | 63     | dotti.....                                                   | 102 |
| diazoxide.....                      | 66     |                                                              |     |
| diclofenac potassium.....           | 1      |                                                              |     |
| diclofenac sodium.....              | 1,131  |                                                              |     |
| diclofenac sodium er.....           | 1      |                                                              |     |
| dicloxacillin sodium.....           | 10     |                                                              |     |

|                                     |       |
|-------------------------------------|-------|
| DOVATO.....                         | 57    |
| doxazosin mesylate.....             | 72    |
| doxepin hcl.....                    | 23    |
| doxercalciferol.....                | 121   |
| doxy 100.....                       | 13    |
| doxycycline hyclate.....            | 13    |
| doxycycline monohydrate.....        | 13    |
| DRIZALMA SPRINKLE.....              | 84    |
| dronabinol.....                     | 24    |
| DROPLET INSULIN SYRINGE.....        | 123   |
| DROPLET MICRON.....                 | 123   |
| DROPLET PEN NEEDLES.....            | 123   |
| DROPSAFE AUTOPROTECT DUO.....       | 123   |
| DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE..... | 124   |
| drospirenone-ethinyl estradiol..... | 102   |
| DROXIA.....                         | 96    |
| droxidopa.....                      | 71    |
| duloxetine hcl.....                 | 84,85 |
| DUPIXENT.....                       | 113   |
| dutasteride.....                    | 98    |
| dutasteride-tamsulosin hcl.....     | 98    |

## E

|                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| e.e.s. 400.....                     | 12  |
| EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....   | 124 |
| EASY COMFORT PEN NEEDLES.....       | 124 |
| EASY TOUCH INSULIN BARRELS.....     | 124 |
| ec-naproxen.....                    | 1   |
| econazole nitrate.....              | 26  |
| EDURANT PED.....                    | 58  |
| efavirenz.....                      | 58  |
| efavirenz-emtricitab-tenofo df..... | 58  |
| efavirenz-lamivudine-tenofovir..... | 58  |
| ELAPRASE.....                       | 96  |
| elinest.....                        | 102 |
| ELIQUIS.....                        | 68  |
| ELIQUIS (1.5 MG PACK).....          | 68  |
| ELIQUIS (2 MG PACK).....            | 68  |
| ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....    | 68  |
| eltrombopag olamine.....            | 70  |

|                                     |       |
|-------------------------------------|-------|
| eluryng.....                        | 102   |
| EMBECTA AUTOSHIELD DUO.....         | 124   |
| EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT.....   | 124   |
| EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE.....  | 124   |
| EMBECTA INSULIN SYRINGE.....        | 124   |
| EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100.....  | 124   |
| EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500.....  | 124   |
| EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F.....    | 124   |
| EMBECTA PEN NEEDLE NANO.....        | 125   |
| EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN.....  | 125   |
| EMBECTA PEN NEEDLE U/F.....         | 125   |
| EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE.....   | 125   |
| EMBRACE PEN NEEDLES.....            | 125   |
| EMGALITY.....                       | 27    |
| EMGALITY (300 MG DOSE).....         | 27    |
| EMSAM.....                          | 21    |
| emtricitab-rilpivir-tenofof df..... | 58    |
| emtricitabine.....                  | 59    |
| emtricitabine-tenofovir df.....     | 59    |
| EMTRIVA.....                        | 59    |
| emzahn.....                         | 108   |
| enalapril maleate.....              | 72    |
| enalapril-hydrochlorothiazide.....  | 77    |
| ENBREL.....                         | 115   |
| ENBREL MINI.....                    | 115   |
| ENBREL SURECLICK.....               | 115   |
| endocet.....                        | 3     |
| ENGERIX-B.....                      | 117   |
| enilloring.....                     | 102   |
| ENOBV.....                          | 121   |
| enoxaparin sodium.....              | 68,69 |
| enpresse-28.....                    | 102   |
| ENSACOVE.....                       | 33    |
| enskyce.....                        | 102   |
| entacapone.....                     | 50    |
| entecavir.....                      | 57    |
| ENTYVIO PEN.....                    | 113   |
| enulose.....                        | 93    |
| ENVARUSUS XR.....                   | 115   |
| EPIDIOLEX.....                      | 14    |

|                                                         |         |
|---------------------------------------------------------|---------|
| epinephrine.....                                        | 135     |
| EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC<br>ADRENACLICK) ..... | 135     |
| epitol.....                                             | 17      |
| eplerenone.....                                         | 79      |
| ERGOLOID MESYLATES.....                                 | 19      |
| ERGOTAMINE-CAFFEINE.....                                | 28      |
| ERIVEDGE.....                                           | 36      |
| ERLEADA.....                                            | 30      |
| erlotinib hcl.....                                      | 36      |
| errin.....                                              | 108     |
| ertapenem sodium.....                                   | 11      |
| ERY.....                                                | 90      |
| erythrocine lactobionate.....                           | 12      |
| erythromycin.....                                       | 90,130  |
| erythromycin base.....                                  | 12      |
| erythromycin ethylsuccinate.....                        | 12      |
| erythromycin lactobionate.....                          | 12      |
| ERZOFRI.....                                            | 52,53   |
| escitalopram oxalate.....                               | 22      |
| eslicarbazepine acetate.....                            | 17,18   |
| esomeprazole magnesium.....                             | 95      |
| estarylla.....                                          | 102     |
| estradiol.....                                          | 102,103 |
| estradiol valerate.....                                 | 103     |
| ESTRING.....                                            | 103     |
| estrogens conjugated.....                               | 103     |
| eszopiclone.....                                        | 139     |
| ethambutol hcl.....                                     | 29      |
| ethosuximide.....                                       | 15      |
| ethynodiol diac-eth estradiol.....                      | 103     |
| etodolac.....                                           | 1       |
| etodolac er.....                                        | 1       |
| etonogestrel-ethinyl estradiol.....                     | 103     |
| etravirine.....                                         | 58      |
| EUCRISA.....                                            | 87      |
| EULEXIN.....                                            | 30      |
| euthyrox.....                                           | 109     |
| everolimus.....                                         | 36,115  |
| EVOTAZ.....                                             | 60      |

|                            |    |
|----------------------------|----|
| exemestane.....            | 33 |
| EXXUA.....                 | 21 |
| EXXUA TITRATION PACK.....  | 21 |
| ezetimibe.....             | 81 |
| ezetimibe-simvastatin..... | 81 |

## F

|                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| falmina.....                        | 103 |
| famciclovir.....                    | 62  |
| famotidine.....                     | 95  |
| FANAPT.....                         | 53  |
| FANAPT TITRATION PACK A.....        | 53  |
| FANAPT TITRATION PACK B.....        | 53  |
| FANAPT TITRATION PACK C.....        | 53  |
| FARXIGA.....                        | 81  |
| febuxostat.....                     | 27  |
| feirza 1.5/30.....                  | 103 |
| feirza 1/20.....                    | 103 |
| felbamate.....                      | 14  |
| felodipine er.....                  | 75  |
| fenofibrate.....                    | 80  |
| fenofibrate micronized.....         | 80  |
| fenofibric acid.....                | 80  |
| fentanyl.....                       | 2   |
| FETZIMA.....                        | 22  |
| FETZIMA TITRATION.....              | 22  |
| fidaxomicin.....                    | 12  |
| FILSPARI.....                       | 98  |
| finasteride.....                    | 98  |
| fingolimod hcl.....                 | 85  |
| FINTEPLA.....                       | 14  |
| flecainide acetate.....             | 73  |
| fluconazole.....                    | 26  |
| fluconazole in sodium chloride..... | 26  |
| flucytosine.....                    | 26  |
| fludrocortisone acetate.....        | 99  |
| flunisolide.....                    | 137 |
| fluocinolone acetonide.....         | 87  |
| fluocinolone acetonide body.....    | 87  |
| fluocinolone acetonide scalp.....   | 88  |

|                                |        |
|--------------------------------|--------|
| fluocinonide                   | 88     |
| fluocinonide emulsified base   | 88     |
| fluorometholone                | 131    |
| fluorouracil                   | 89     |
| fluoxetine hcl                 | 22     |
| FLUOXETINE HCL                 | 22     |
| fluphenazine decanoate         | 51     |
| fluphenazine hcl               | 51     |
| FLURBIPROFEN                   | 1      |
| FLURBIPROFEN SODIUM            | 131    |
| FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL | 138    |
| fluticasone propionate         | 88,138 |
| fluticasone-salmeterol         | 138    |
| FLUTICASONE-SALMETEROL         | 138    |
| fluvastatin sodium             | 80     |
| fluvastatin sodium er          | 80     |
| fluvoxamine maleate            | 22     |
| FML FORTE                      | 131    |
| fondaparinux sodium            | 69     |
| fosamprenavir calcium          | 60     |
| fosfomycin tromethamine        | 7      |
| fosinopril sodium              | 72     |
| fosinopril sodium-hctz         | 77     |
| FOTIVDA                        | 36     |
| FRUZAQLA                       | 32     |
| FULPHILA                       | 70     |
| fulvestrant                    | 31     |
| FUROSEMIDE                     | 79     |
| furosemide                     | 79     |
| fyavolv                        | 103    |

## G

|                             |     |
|-----------------------------|-----|
| gabapentin                  | 16  |
| galantamine hydrobromide    | 19  |
| galantamine hydrobromide er | 19  |
| gallifrey                   | 108 |
| GAMUNEX-C                   | 112 |
| GARDASIL 9                  | 117 |
| gauze pads 2                | 125 |
| GAVILYTE-C                  | 95  |

|                             |       |
|-----------------------------|-------|
| gavilyte-g                  | 95    |
| gavilyte-n with flavor pack | 93    |
| GAVRETO                     | 37    |
| gefitinib                   | 37    |
| gemfibrozil                 | 80    |
| GEMTESA                     | 97    |
| generlac                    | 93    |
| gengraf                     | 115   |
| gentamicin sulfate          | 6,130 |
| GENVOYA                     | 57    |
| GILOTRIF                    | 37    |
| glatiramer acetate          | 85    |
| glatopa                     | 85    |
| glimepiride                 | 64    |
| glipizide                   | 64    |
| glipizide er                | 64    |
| glipizide xl                | 64    |
| glipizide-metformin hcl     | 64    |
| glucagon emergency          | 66    |
| glyburide                   | 64    |
| GLYBURIDE MICRONIZED        | 64    |
| glyburide-metformin         | 64    |
| glycopyrrolate              | 94    |
| GLYXAMBI                    | 64    |
| GNP PEN NEEDLES             | 125   |
| GOMEKLI                     | 37    |
| GOODSENSE ALCOHOL SWABS     | 125   |
| granisetron hcl             | 25    |
| griseofulvin microsize      | 26    |
| griseofulvin ultramicrosize | 26    |
| guanfacine hcl              | 71    |
| guanfacine hcl er           | 83    |

## H

|                    |         |
|--------------------|---------|
| HADLIMA            | 115     |
| HADLIMA PUSH TOUCH | 115,116 |
| HAEGARDA           | 112     |
| hailey 1.5/30      | 103     |
| hailey fe 1.5/30   | 103     |
| hailey fe 1/20     | 103     |

|                                     |         |
|-------------------------------------|---------|
| halobetasol propionate.....         | 88      |
| haloette.....                       | 103     |
| haloperidol.....                    | 51      |
| haloperidol decanoate.....          | 51      |
| haloperidol lactate.....            | 51      |
| HAVRIX.....                         | 117,118 |
| heather.....                        | 108     |
| heparin sodium (porcine).....       | 69      |
| heparin sodium (porcine) pf.....    | 69      |
| HEPLISAV-B.....                     | 118     |
| HERNEXEOS.....                      | 37      |
| HIBERIX.....                        | 118     |
| HIZENTRA.....                       | 112     |
| HUMALOG.....                        | 66      |
| HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....         | 66      |
| HUMALOG KWIKPEN.....                | 67      |
| HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN.....      | 67      |
| HUMALOG MIX 75/25.....              | 67      |
| HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN.....      | 67      |
| HUMULIN 70/30.....                  | 67      |
| HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....          | 67      |
| HUMULIN N.....                      | 67      |
| HUMULIN N KWIKPEN.....              | 67      |
| HUMULIN R.....                      | 67      |
| HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)..... | 67      |
| HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....        | 67      |
| hydralazine hcl.....                | 81      |
| hydrochlorothiazide.....            | 79      |
| hydrocodone-acetaminophen.....      | 3       |
| hydrocortisone.....                 | 88,120  |
| hydrocortisone (perianal).....      | 88      |
| hydrocortisone butyrate.....        | 88      |
| hydrocortisone-acetic acid.....     | 132     |
| hydromorphone hcl.....              | 3,4     |
| hydroxychloroquine sulfate.....     | 48,49   |
| hydroxyurea.....                    | 32      |
| hydroxyzine hcl.....                | 133     |
| hydroxyzine pamoate.....            | 133     |
| HYRNUO.....                         | 37      |

|                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| ibandronate sodium.....            | 121 |
| IBRANCE.....                       | 37  |
| IBTROZI.....                       | 37  |
| ibu.....                           | 1   |
| ibuprofen.....                     | 1   |
| icatibant acetate.....             | 112 |
| iclevia.....                       | 103 |
| ICLUSIG.....                       | 37  |
| icosapent ethyl.....               | 81  |
| IDHIFA.....                        | 37  |
| IDVYNZO.....                       | 60  |
| ILEVRO.....                        | 131 |
| imatinib mesylate.....             | 38  |
| IMBRUVICA.....                     | 38  |
| imipenem-cilastatin.....           | 11  |
| imipramine hcl.....                | 23  |
| imiquimod.....                     | 89  |
| IMKELDI.....                       | 38  |
| IMOVAX RABIES.....                 | 118 |
| IMPAVIDO.....                      | 49  |
| incassia.....                      | 108 |
| INCRELEX.....                      | 100 |
| INCRUSE ELLIPTA.....               | 134 |
| indapamide.....                    | 80  |
| indomethacin.....                  | 1   |
| INFANRIX.....                      | 118 |
| INLURIYO.....                      | 31  |
| INLYTA.....                        | 38  |
| INQOVI.....                        | 32  |
| INREBIC.....                       | 38  |
| INSULIN LISPRO.....                | 67  |
| INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL).....  | 67  |
| INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN..... | 67  |
| INSULIN LISPRO PROT & LISPRO.....  | 67  |
| INSULIN PEN NEEDLES.....           | 125 |
| INSULIN PEN NEEDLES.....           | 125 |
| INSULIN SYRINGE 0.3 ML.....        | 125 |
| INSULIN SYRINGE 0.5 ML.....        | 125 |

|                                     |       |
|-------------------------------------|-------|
| INSULIN SYRINGE 1 ML.....           | 125   |
| INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100.....   | 125   |
| INSUPEN PEN NEEDLES.....            | 125   |
| INSUPEN32G EXTR3ME.....             | 126   |
| INTELENCE.....                      | 58    |
| INTRALIPID.....                     | 126   |
| introvale.....                      | 103   |
| INVEGA HAFYERA.....                 | 53    |
| INVEGA SUSTENNA.....                | 53,54 |
| INVEGA TRINZA.....                  | 54    |
| IPOL.....                           | 118   |
| ipratropium bromide.....            | 134   |
| ipratropium bromide hfa.....        | 134   |
| ipratropium-albuterol.....          | 138   |
| irbesartan.....                     | 72    |
| irbesartan-hydrochlorothiazide..... | 77    |
| ISENTRESS.....                      | 58    |
| ISENTRESS HD.....                   | 58    |
| isibloom.....                       | 103   |
| isoniazid.....                      | 29    |
| isopropyl alcohol.....              | 89    |
| isopropyl alcohol wipes.....        | 89    |
| isosorbide dinitrate.....           | 82    |
| isosorbide mononitrate.....         | 82    |
| isosorbide mononitrate er.....      | 82    |
| isotretinoin.....                   | 86    |
| isradipine.....                     | 75    |
| ITOVEBI.....                        | 38    |
| itraconazole.....                   | 26    |
| ivabradine hcl.....                 | 78    |
| ivermectin.....                     | 48    |
| IWILFIN.....                        | 32    |
| IXIARO.....                         | 118   |

## J

|                |     |
|----------------|-----|
| jaimiess.....  | 103 |
| JAKAFI.....    | 38  |
| JAKAFI XR..... | 38  |
| jantoven.....  | 69  |
| JARDIANCE..... | 81  |

|                      |     |
|----------------------|-----|
| jasmiel.....         | 103 |
| JAYPIRCA.....        | 39  |
| jencycla.....        | 108 |
| JENTADUETO.....      | 65  |
| JENTADUETO XR.....   | 65  |
| JIDEYTRO.....        | 39  |
| jinteli.....         | 103 |
| jolessa.....         | 103 |
| joyeaux.....         | 103 |
| JUBBONTI.....        | 121 |
| juleber.....         | 103 |
| JULUCA.....          | 58  |
| junel 1.5/30.....    | 104 |
| junel 1/20.....      | 104 |
| junel fe 1.5/30..... | 104 |
| junel fe 1/20.....   | 104 |
| JYNNEOS.....         | 118 |

## K

|                               |     |
|-------------------------------|-----|
| KALETRA.....                  | 61  |
| kalliga.....                  | 104 |
| KALYDECO.....                 | 135 |
| kariva.....                   | 104 |
| kcl in dextrose-nacl.....     | 91  |
| KCL-LACTATED RINGERS-D5W..... | 91  |
| kelnor 1/35.....              | 104 |
| kelnor 1/50.....              | 104 |
| KERENDIA.....                 | 65  |
| ketoconazole.....             | 26  |
| ketorolac tromethamine.....   | 131 |
| KINERET.....                  | 113 |
| KINRIX.....                   | 118 |
| kionex.....                   | 93  |
| KISQALI (200 MG DOSE).....    | 39  |
| KISQALI (400 MG DOSE).....    | 39  |
| KISQALI (600 MG DOSE).....    | 39  |
| klayesta.....                 | 26  |
| klor-con.....                 | 91  |
| klor-con 10.....              | 91  |
| klor-con m10.....             | 91  |

|                   |     |
|-------------------|-----|
| klor-con m15..... | 91  |
| klor-con m20..... | 91  |
| KLOXXADO.....     | 5   |
| KOMZIFTI.....     | 39  |
| KOSELUGO.....     | 39  |
| kourzeq.....      | 85  |
| KRAZATI.....      | 39  |
| kurvelo.....      | 104 |

## L

|                                 |        |                                     |     |
|---------------------------------|--------|-------------------------------------|-----|
| l-glutamine.....                | 96     | LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....      | 40  |
| labetalol hcl.....              | 74     | LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....      | 40  |
| lacosamide.....                 | 18     | LEQEMBI IQLIK.....                  | 19  |
| lactated ringers.....           | 91,126 | LEQEMBI IQLIK (500 MG DOSE).....    | 19  |
| lactulose.....                  | 93     | lessina.....                        | 104 |
| lactulose encephalopathy.....   | 93     | letrozole.....                      | 33  |
| LAGEVRIO.....                   | 62     | leucovorin calcium.....             | 32  |
| lamivudine.....                 | 57,59  | LEUKERAN.....                       | 29  |
| lamivudine-zidovudine.....      | 59     | LEUKINE.....                        | 70  |
| lamotrigine.....                | 14     | leuprolide acetate.....             | 110 |
| lansoprazole.....               | 95     | levalbuterol hcl.....               | 135 |
| LANTUS.....                     | 67     | LEVALBUTEROL TARTRATE.....          | 135 |
| LANTUS SOLOSTAR.....            | 67     | levetiracetam.....                  | 14  |
| lapatinib ditosylate.....       | 40     | levetiracetam er.....               | 14  |
| larin 1.5/30.....               | 104    | levo-t.....                         | 109 |
| larin 1/20.....                 | 104    | LEVOBUNOLOL HCL.....                | 131 |
| larin fe 1.5/30.....            | 104    | levocarnitine.....                  | 96  |
| larin fe 1/20.....              | 104    | levocetirizine dihydrochloride..... | 133 |
| latanoprost.....                | 132    | levofloxacin.....                   | 12  |
| LAZCLUZE.....                   | 33,34  | LEVOFLOXACIN.....                   | 130 |
| LEDERLE LEUCOVORIN.....         | 32     | levofloxacin in d5w.....            | 12  |
| leena.....                      | 104    | levonest.....                       | 104 |
| leflunomide.....                | 116    | levonorg-eth estrad triphasic.....  | 104 |
| lenalidomide.....               | 31     | levonorgest-eth estrad 91-day.....  | 104 |
| LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)..... | 40     | levonorgest-eth estradiol-iron..... | 104 |
| LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)..... | 40     | levonorgestrel-ethinyl estrad.....  | 104 |
| LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)..... | 40     | levora 0.15/30 (28).....            | 104 |
| LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)..... | 40     | levothyroxine sodium.....           | 109 |
| LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)..... | 40     | levoxyl.....                        | 110 |
| LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)..... | 40     | lidocaine.....                      | 5   |
|                                 |        | lidocaine hcl.....                  | 5   |
|                                 |        | lidocaine viscous hcl.....          | 5   |
|                                 |        | lidocaine-prilocaine.....           | 5   |
|                                 |        | lidocan.....                        | 5   |
|                                 |        | LIFYORLI (125 MG DOSE).....         | 40  |
|                                 |        | LIFYORLI (150 MG DOSE).....         | 40  |
|                                 |        | LILETTA (52 MG).....                | 108 |
|                                 |        | lincomycin hcl.....                 | 7   |
|                                 |        | linezolid.....                      | 7   |
|                                 |        | LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE.....   | 8   |

|                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| LINZESS.....                        | 94  |
| liothyronine sodium.....            | 110 |
| lisinopril.....                     | 72  |
| lisinopril-hydrochlorothiazide..... | 78  |
| lithium.....                        | 63  |
| lithium carbonate.....              | 63  |
| lithium carbonate er.....           | 64  |
| LIVTENCITY.....                     | 57  |
| lo-zumandimine.....                 | 104 |
| loestrin 1.5/30 (21).....           | 105 |
| loestrin 1/20 (21).....             | 105 |
| loestrin fe 1.5/30.....             | 105 |
| loestrin fe 1/20.....               | 105 |
| lojaimiess.....                     | 105 |
| LOKELMA.....                        | 93  |
| lomustine.....                      | 29  |
| LONSURF.....                        | 32  |
| loperamide hcl.....                 | 94  |
| lopinavir-ritonavir.....            | 61  |
| lorazepam.....                      | 63  |
| lorazepam intensol.....             | 63  |
| LORBRENA.....                       | 40  |
| loryna.....                         | 105 |
| losartan potassium.....             | 72  |
| losartan potassium-hctz.....        | 78  |
| loteprednol-tobramycin.....         | 129 |
| lovastatin.....                     | 80  |
| low-ogestrel.....                   | 105 |
| loxapine succinate.....             | 51  |
| lubiprostone.....                   | 94  |
| luizza 1.5/30.....                  | 105 |
| luizza 1/20.....                    | 105 |
| LUMAKRAS.....                       | 41  |
| LUPRON DEPOT (1-MONTH).....         | 110 |
| LUPRON DEPOT (3-MONTH).....         | 110 |
| LUPRON DEPOT (4-MONTH).....         | 110 |
| LUPRON DEPOT (6-MONTH).....         | 110 |
| lurasidone hcl.....                 | 54  |
| lutra.....                          | 105 |
| LYBALVI.....                        | 21  |

|                                 |     |
|---------------------------------|-----|
| lyleq.....                      | 108 |
| lyllana.....                    | 105 |
| LYNPARZA.....                   | 41  |
| LYSODREN.....                   | 33  |
| LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)..... | 41  |
| LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)..... | 41  |
| LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)..... | 41  |
| lyza.....                       | 108 |

## M

|                                  |     |
|----------------------------------|-----|
| M-M-R II.....                    | 118 |
| macitentan.....                  | 136 |
| magnesium sulfate.....           | 91  |
| malathion.....                   | 90  |
| maraviroc.....                   | 60  |
| marlissa.....                    | 105 |
| MARPLAN.....                     | 21  |
| MATULANE.....                    | 29  |
| matzim la.....                   | 76  |
| MAVYRET.....                     | 57  |
| meclizine hcl.....               | 24  |
| medpura alcohol pads.....        | 89  |
| medroxyprogesterone acetate..... | 108 |
| mefloquine hcl.....              | 49  |
| megestrol acetate.....           | 108 |
| MEKINIST.....                    | 41  |
| MEKTOVI.....                     | 41  |
| meleya.....                      | 109 |
| meloxicam.....                   | 2   |
| memantine hcl.....               | 20  |
| memantine hcl er.....            | 20  |
| MENEST.....                      | 105 |
| MENQUADFI.....                   | 118 |
| MENVEO.....                      | 118 |
| mercaptopurine.....              | 31  |
| meropenem.....                   | 11  |
| MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE.....   | 11  |
| mesalamine.....                  | 120 |
| mesalamine er.....               | 120 |
| mesna.....                       | 48  |

|                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| metformin hcl.....                  | 65  |
| metformin hcl er.....               | 65  |
| methadone hcl.....                  | 2   |
| methazolamide.....                  | 132 |
| methenamine hippurate.....          | 8   |
| methergine.....                     | 126 |
| methimazole.....                    | 111 |
| methocarbamol.....                  | 139 |
| METHOTREXATE SODIUM.....            | 116 |
| methotrexate sodium.....            | 116 |
| methotrexate sodium (pf).....       | 116 |
| METHOXSALIN RAPID.....              | 89  |
| methscopolamine bromide.....        | 94  |
| methsuximide.....                   | 15  |
| METHYLDOPA.....                     | 71  |
| methylergonovine maleate.....       | 126 |
| methylphenidate hcl.....            | 83  |
| methylphenidate hcl er.....         | 83  |
| methylprednisolone.....             | 99  |
| methylprednisolone acetate.....     | 99  |
| methylprednisolone sodium succ..... | 99  |
| metoclopramide hcl.....             | 24  |
| metolazone.....                     | 80  |
| metoprolol succinate er.....        | 74  |
| metoprolol tartrate.....            | 74  |
| metoprolol-hydrochlorothiazide..... | 78  |
| metronidazole.....                  | 8   |
| metyrosine.....                     | 78  |
| mexiletine hcl.....                 | 73  |
| micafungin sodium.....              | 26  |
| MICONAZOLE 3.....                   | 26  |
| microgestin 1.5/30.....             | 105 |
| microgestin 1/20.....               | 105 |
| microgestin fe 1.5/30.....          | 105 |
| microgestin fe 1/20.....            | 105 |
| midodrine hcl.....                  | 72  |
| mifepristone.....                   | 111 |
| mili.....                           | 105 |
| minocycline hcl.....                | 13  |
| minoxidil.....                      | 82  |

|                                     |        |
|-------------------------------------|--------|
| minzoya.....                        | 105    |
| mirtazapine.....                    | 21     |
| misoprostol.....                    | 95     |
| modafinil.....                      | 139    |
| MODEYSO.....                        | 33     |
| moexipril hcl.....                  | 72     |
| MOLINDONE HCL.....                  | 51     |
| mometasone furoate.....             | 88     |
| mondoxyne nl.....                   | 13     |
| mono-lynyah.....                    | 105    |
| montelukast sodium.....             | 134    |
| morphine sulfate.....               | 4      |
| morphine sulfate (concentrate)..... | 4      |
| morphine sulfate er.....            | 2,3    |
| MOUNJARO.....                       | 65     |
| MOVANTIK.....                       | 94     |
| moxifloxacin hcl.....               | 12,130 |
| MOXIFLOXACIN HCL.....               | 12     |
| MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY).....      | 130    |
| MOXIFLOXACIN HCL IN NACL.....       | 12     |
| MRESVIA.....                        | 118    |
| MULTAQ.....                         | 73     |
| mupirocin.....                      | 90     |
| mycophenolate mofetil.....          | 116    |
| mycophenolate mofetil hcl.....      | 116    |
| mycophenolate sodium.....           | 116    |
| mycophenolic acid.....              | 116    |
| MYRBETRIQ.....                      | 97     |

## N

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| na sulfate-k sulfate-mg sulf..... | 94 |
| nabumetone.....                   | 2  |
| nadolol.....                      | 74 |
| nafticillin sodium.....           | 10 |
| NAGLAZYME.....                    | 96 |
| naloxone hcl.....                 | 6  |
| naltrexone hcl.....               | 6  |
| naproxen.....                     | 2  |
| naproxen dr.....                  | 2  |
| naproxen sodium.....              | 2  |

|                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| naratriptan hcl.....                | 28  |
| NATACYN.....                        | 130 |
| nateglinide.....                    | 65  |
| NAYZILAM.....                       | 5   |
| nebivolol hcl.....                  | 74  |
| necon 0.5/35 (28).....              | 105 |
| NEFAZODONE HCL.....                 | 22  |
| neo-polycin.....                    | 129 |
| neo-polycin hc.....                 | 129 |
| neomycin sulfate.....               | 6   |
| neomycin-bacitracin zn-polymyx..... | 129 |
| neomycin-polymyxin-dexameth.....    | 129 |
| NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN.....  | 129 |
| NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC.....          | 129 |
| neomycin-polymyxin-hc.....          | 132 |
| NERLYNX.....                        | 41  |
| nevirapine.....                     | 58  |
| NEVIRAPINE.....                     | 58  |
| nevirapine er.....                  | 58  |
| NEXPLANON.....                      | 109 |
| NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC).....    | 81  |
| niacin er (antihyperlipidemic)..... | 81  |
| NIACOR.....                         | 81  |
| nicardipine hcl.....                | 75  |
| NICOTROL NS.....                    | 6   |
| nifedipine er.....                  | 75  |
| nifedipine er osmotic release.....  | 75  |
| nikki.....                          | 105 |
| nilotinib hcl.....                  | 41  |
| nilutamide.....                     | 30  |
| nimodipine.....                     | 75  |
| NINLARO.....                        | 42  |
| nintedanib esylate.....             | 137 |
| nitazoxanide.....                   | 49  |
| nitisinone.....                     | 96  |
| nitro-bid.....                      | 82  |
| nitrofurantoin macrocrystal.....    | 8   |
| nitrofurantoin monohyd macro.....   | 8   |
| nitroglycerin.....                  | 82  |
| NIVESTYM.....                       | 70  |

|                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| NIZATIDINE.....                     | 95  |
| nora-be.....                        | 109 |
| norelgestromin-eth estradiol.....   | 106 |
| norethin ace-eth estrad-fe.....     | 106 |
| norethin-eth estradiol-fe.....      | 106 |
| norethindrone.....                  | 109 |
| norethindrone acet-ethinyl est..... | 106 |
| norethindrone acetate.....          | 109 |
| norethindrone-eth estradiol.....    | 106 |
| norgestim-eth estrad triphasic..... | 106 |
| norgestimate-eth estradiol.....     | 106 |
| norlyroc.....                       | 109 |
| nortrel 0.5/35 (28).....            | 106 |
| nortrel 1/35 (21).....              | 106 |
| nortrel 1/35 (28).....              | 106 |
| nortrel 7/7/7.....                  | 106 |
| nortriptyline hcl.....              | 23  |
| NORVIR.....                         | 61  |
| NovoFine 32G X 6 MM MISC.....       | 126 |
| NOVOLIN R FLEXPEN.....              | 68  |
| NOVOLIN R FLEXPEN RELION.....       | 68  |
| NUBEQA.....                         | 30  |
| NUCALA.....                         | 138 |
| NUPLAZID.....                       | 54  |
| NURTEC.....                         | 27  |
| NUTRILIPID.....                     | 126 |
| nyamyc.....                         | 26  |
| nylia 1/35.....                     | 106 |
| nylia 7/7/7.....                    | 106 |
| nystatin.....                       | 26  |
| nystatin-triamcinolone.....         | 89  |
| nystop.....                         | 26  |



|                         |     |
|-------------------------|-----|
| ocella.....             | 106 |
| octreotide acetate..... | 111 |
| OCTREOTIDE ACETATE..... | 111 |
| ODEFSEY.....            | 58  |
| ODOMZO.....             | 42  |
| OFEV.....               | 137 |

|                                     |         |
|-------------------------------------|---------|
| ofloxacin.....                      | 130,132 |
| OGSIVEO.....                        | 42      |
| OJEMDA.....                         | 42      |
| OJJAARA.....                        | 33      |
| olanzapine.....                     | 54      |
| olmesartan medoxomil.....           | 72      |
| olmesartan medoxomil-hctz.....      | 78      |
| olmesartan-amlodipine-hctz.....     | 78      |
| omega-3-acid ethyl esters.....      | 81      |
| omeprazole.....                     | 95,96   |
| OMNITROPE.....                      | 95,100  |
| ondansetron.....                    | 25      |
| ONDANSETRON HCL.....                | 25      |
| ondansetron hcl.....                | 25      |
| ONUREG.....                         | 31      |
| OPIPZA.....                         | 54      |
| OPVEE.....                          | 126     |
| oralone.....                        | 86      |
| ORGOVYX.....                        | 111     |
| orquidea.....                       | 109     |
| ORSERDU.....                        | 30      |
| oseltamivir phosphate.....          | 61      |
| OSPHENA.....                        | 109     |
| OTEZLA.....                         | 89,113  |
| OTEZLA XR.....                      | 89      |
| OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK..... | 113     |
| oxaprozin.....                      | 2       |
| oxcarbazepine.....                  | 18      |
| oxybutynin chloride.....            | 97      |
| oxybutynin chloride er.....         | 97      |
| oxycodone hcl.....                  | 4       |
| oxycodone-acetaminophen.....        | 4       |
| OZEMPIC.....                        | 65      |
| OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....  | 65      |
| OZEMPIC (1 MG/DOSE).....            | 65      |
| OZEMPIC (2 MG/DOSE).....            | 65      |

## P

|                                   |         |
|-----------------------------------|---------|
| pacerone.....                     | 73      |
| paliperidone er.....              | 54      |
| PANRETIN.....                     | 47      |
| pantoprazole sodium.....          | 96      |
| paricalcitol.....                 | 121     |
| paroxetine hcl.....               | 22      |
| PAROXETINE HCL.....               | 22      |
| paroxetine hcl er.....            | 22      |
| PAXLOVID (150/100).....           | 62      |
| PAXLOVID (300/100 & 150/100)..... | 62      |
| PAXLOVID (300/100).....           | 62      |
| pazopanib hcl.....                | 42      |
| PAZOPANIB HCL.....                | 42      |
| PEDIARIX.....                     | 118     |
| PEDVAXHIB.....                    | 118     |
| peg 3350-kcl-na bicarb-nacl.....  | 94      |
| peg-3350/electrolytes.....        | 95      |
| PEGASYS.....                      | 114,115 |
| PEMAZYRE.....                     | 42      |
| PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP.....       | 126     |
| PEN NEEDLES.....                  | 126     |
| PENBRAYA.....                     | 126     |
| penicillamine.....                | 98      |
| penicillin g potassium.....       | 11      |
| PENICILLIN G SODIUM.....          | 11      |
| penicillin v potassium.....       | 11      |
| PENMENVY.....                     | 118     |
| PENTACEL.....                     | 118     |
| pentamidine isethionate.....      | 49      |
| pentoxifylline er.....            | 78      |
| perampanel.....                   | 14      |
| PERINDOPRIL ERBUMINE.....         | 73      |
| periogard.....                    | 86      |
| permethrin.....                   | 90      |
| perphenazine.....                 | 24      |
| PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE.....   | 21      |
| PERSERIS.....                     | 55      |
| pfizerpen.....                    | 11      |
| PHENELZINE SULFATE.....           | 21      |
| phenobarbital.....                | 16      |
| phenytek.....                     | 18      |
| phenytoin.....                    | 18      |

|                                     |        |                                     |        |
|-------------------------------------|--------|-------------------------------------|--------|
| phenytoin infatabs.....             | 18     | prednisolone sodium phosphate.....  | 99     |
| phenytoin sodium extended.....      | 18     | PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....  | 131    |
| philith.....                        | 106    | prednisone.....                     | 99     |
| PIFELTRO.....                       | 58     | PREDNISONE.....                     | 99     |
| pilocarpine hcl.....                | 86,132 | PREDNISONE INTENSOL.....            | 99     |
| pimozide.....                       | 51     | pregabalin.....                     | 85     |
| pimtrea.....                        | 106    | PREMARIN.....                       | 106    |
| pindolol.....                       | 74     | PREMASOL.....                       | 92     |
| pioglitazone hcl.....               | 65     | PREMIUM LIDOCAINE.....              | 5      |
| pioglitazone hcl-glimepiride.....   | 65     | prenatal vitamins.....              | 92     |
| pioglitazone hcl-metformin hcl..... | 65     | PRETOMANID.....                     | 29     |
| piperacillin sod-tazobactam so..... | 11     | prevalite.....                      | 81     |
| PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....     | 42     | PREVYMIS.....                       | 57     |
| PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....     | 42     | PREZCOBIX.....                      | 61     |
| PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....     | 42     | PREZISTA.....                       | 61     |
| pirfenidone.....                    | 137    | primaquine phosphate.....           | 49     |
| PIRFENIDONE.....                    | 137    | primidone.....                      | 16     |
| piroxicam.....                      | 2      | PRIORIX.....                        | 118    |
| PNV 27-CA/FE/FA.....                | 91     | PRO COMFORT ALCOHOL.....            | 126    |
| podofilox.....                      | 89     | PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....    | 126    |
| polycin.....                        | 129    | probenecid.....                     | 27     |
| polymyxin b-trimethoprim.....       | 130    | prochlorperazine.....               | 24     |
| pomalidomide.....                   | 31     | prochlorperazine maleate.....       | 24     |
| POMALYST.....                       | 31     | procto-med hc.....                  | 88     |
| portia-28.....                      | 106    | proctosol hc.....                   | 88     |
| posaconazole.....                   | 26     | proctozone-hc.....                  | 88     |
| potassium chloride.....             | 91     | progesterone.....                   | 109    |
| potassium chloride crys er.....     | 91     | PROGRAF.....                        | 116    |
| potassium chloride er.....          | 91     | promethazine hcl.....               | 24,133 |
| potassium chloride in dextrose..... | 92     | propafenone hcl.....                | 73     |
| potassium chloride in nacl.....     | 92     | propranolol hcl.....                | 74     |
| potassium citrate er.....           | 92     | PROPRANOLOL HCL.....                | 74     |
| POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5%.....    | 92     | propranolol hcl er.....             | 74     |
| pramipexole dihydrochloride.....    | 50     | propylthiouracil.....               | 111    |
| prasugrel hcl.....                  | 71     | PROQUAD.....                        | 118    |
| pravastatin sodium.....             | 80     | protriptyline hcl.....              | 24     |
| praziquantel.....                   | 48     | PULMOZYME.....                      | 135    |
| prazosin hcl.....                   | 72     | PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE..... | 126    |
| prednisolone.....                   | 99     | pyrazinamide.....                   | 29     |
| prednisolone acetate.....           | 131    | pyridostigmine bromide.....         | 28     |

|                           |    |
|---------------------------|----|
| pyridostigmine bromide er | 28 |
| pyrimethamine             | 49 |

## Q

|                                |     |
|--------------------------------|-----|
| qc alcohol                     | 89  |
| QINLOCK                        | 33  |
| QUADRACEL                      | 118 |
| quetiapine fumarate            | 55  |
| quetiapine fumarate er         | 55  |
| QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE | 126 |
| quinapril hcl                  | 73  |
| quinapril-hydrochlorothiazide  | 78  |
| QUINIDINE SULFATE              | 73  |
| quinine sulfate                | 49  |
| QVAR REDHALER                  | 133 |

## R

|                            |       |
|----------------------------|-------|
| ra isopropyl alcohol wipes | 89    |
| RABAVERT                   | 118   |
| rabeprazole sodium         | 96    |
| RALDESY                    | 22    |
| raloxifene hcl             | 109   |
| ramelteon                  | 139   |
| ramipril                   | 73    |
| ranolazine er              | 78    |
| rasagiline mesylate        | 50    |
| reclipsen                  | 106   |
| RECOMBIVAX HB              | 118   |
| RELENZA DISKHALER          | 61    |
| repaglinide                | 65    |
| REPATHA                    | 81    |
| REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM  | 81    |
| REPATHA SURECLICK          | 81    |
| RESTASIS                   | 129   |
| RETACRIT                   | 70    |
| RETEVMO                    | 42,43 |
| REVCovi                    | 97    |
| REVUFORJ                   | 43    |
| REXULTI                    | 55    |
| REYATAZ                    | 61    |

|                             |     |
|-----------------------------|-----|
| REZDIFFRA                   | 110 |
| REZLIDHIA                   | 43  |
| RHOPRESSA                   | 132 |
| RIBAVIRIN                   | 57  |
| ribavirin                   | 57  |
| RIDAURA                     | 113 |
| rifabutin                   | 29  |
| rifampin                    | 29  |
| rifapentine                 | 29  |
| rilpivirine hcl             | 58  |
| riluzole                    | 84  |
| RIMANTADINE HCL             | 61  |
| ringers                     | 92  |
| ringers irrigation          | 126 |
| RINVOQ                      | 113 |
| RINVOQ LQ                   | 113 |
| risedronate sodium          | 121 |
| risperidone                 | 55  |
| risperidone microspheres er | 55  |
| ritonavir                   | 61  |
| rivaroxaban                 | 69  |
| rivastigmine                | 19  |
| rivastigmine tartrate       | 20  |
| rizatriptan benzoate        | 28  |
| ROCKLATAN                   | 129 |
| roflumilast                 | 136 |
| ROMVIMZA                    | 43  |
| ropinirole hcl              | 50  |
| ropinirole hcl er           | 50  |
| rosuvastatin calcium        | 80  |
| ROTARIX                     | 119 |
| ROTATEQ                     | 119 |
| roweepa                     | 14  |
| ROZLYTREK                   | 43  |
| RUBRACA                     | 43  |
| rufinamide                  | 18  |
| RUKOBIA                     | 60  |
| RYBELSUS                    | 65  |
| RYDAPT                      | 43  |

## S

|                                        |       |                                    |     |
|----------------------------------------|-------|------------------------------------|-----|
| sacubitril-valsartan.....              | 78    | SMOFLIPID.....                     | 127 |
| sajazir.....                           | 112   | sodium chloride.....               | 92  |
| SANTYL.....                            | 89    | sodium chloride (pf).....          | 92  |
| sapropterin dihydrochloride.....       | 97    | sodium fluoride.....               | 92  |
| SCEMBLIX.....                          | 43,44 | sodium oxybate.....                | 139 |
| scopolamine.....                       | 24    | sodium phenylbutyrate.....         | 97  |
| SECUADO.....                           | 55    | sodium polystyrene sulfonate.....  | 93  |
| SECURESAFE INSULIN SYRINGE.....        | 127   | solifenacin succinate.....         | 97  |
| SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES.....     | 127   | SOLTAMOX.....                      | 31  |
| selegiline hcl.....                    | 50    | SOMAVERT.....                      | 111 |
| selenium sulfide.....                  | 88    | sorafenib tosylate.....            | 44  |
| SELZENTRY.....                         | 60    | sotalol hcl.....                   | 73  |
| SEREVENT DISKUS.....                   | 135   | sotalol hcl (af).....              | 73  |
| sertraline hcl.....                    | 22,23 | SPIRIVA RESPIMAT.....              | 134 |
| setlakin.....                          | 106   | spironolactone.....                | 79  |
| sevelamer carbonate.....               | 93    | spironolactone-hctz.....           | 78  |
| sharobel.....                          | 109   | sprintec 28.....                   | 107 |
| SHINGRIX.....                          | 119   | SPRITAM.....                       | 15  |
| SIGNIFOR.....                          | 111   | SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF)..... | 93  |
| sildenafil citrate.....                | 136   | sronyx.....                        | 107 |
| SILIGENTLE FOAM DRESSING.....          | 127   | ssd.....                           | 89  |
| silodosin.....                         | 98    | sterile water for irrigation.....  | 127 |
| silver sulfadiazine.....               | 89    | STIOLTO RESPIMAT.....              | 138 |
| SIMBRINZA.....                         | 132   | STIVARGA.....                      | 44  |
| SIMLANDI (1 PEN).....                  | 116   | STREPTOMYCIN SULFATE.....          | 6   |
| SIMLANDI (1 SYRINGE).....              | 116   | STRIBILD.....                      | 58  |
| SIMLANDI (2 PEN).....                  | 116   | subvenite.....                     | 15  |
| SIMLANDI (2 SYRINGE).....              | 116   | SUBVENITE.....                     | 15  |
| simliya.....                           | 106   | sucalfate.....                     | 95  |
| simpesse.....                          | 107   | SULFACETAMIDE SODIUM.....          | 130 |
| simvastatin.....                       | 80    | sulfacetamide sodium.....          | 130 |
| sirolimus.....                         | 117   | sulfacetamide sodium (acne).....   | 86  |
| SIRTURO.....                           | 29    | SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE.....    | 129 |
| sitagliptin phos-metformin hcl er..... | 66    | sulfadiazine.....                  | 13  |
| sitagliptin phos-metformin hcl.....    | 66    | sulfamethoxazole-trimethoprim..... | 13  |
| sitagliptin phosphate.....             | 66    | sulfasalazine.....                 | 120 |
| SKYRIZI.....                           | 113   | sulfatrim pediatric.....           | 13  |
| SKYRIZI PEN.....                       | 113   | sulindac.....                      | 2   |
|                                        |       | sumatriptan.....                   | 28  |
|                                        |       | sumatriptan succinate.....         | 28  |

|                                   |     |
|-----------------------------------|-----|
| SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL..... | 28  |
| sunitinib malate.....             | 44  |
| SUNLENCA.....                     | 60  |
| SURE COMFORT PEN NEEDLES.....     | 127 |
| syeda.....                        | 107 |
| SYMPAZAN.....                     | 16  |
| SYMTUZA.....                      | 61  |
| SYNAREL.....                      | 111 |
| SYNJARDY.....                     | 66  |
| SYNJARDY XR.....                  | 66  |
| SYNTHROID.....                    | 110 |

## T

|                                    |        |
|------------------------------------|--------|
| TABLOID.....                       | 32     |
| TABRECTA.....                      | 44     |
| tacrolimus.....                    | 88,117 |
| tadalafil.....                     | 98     |
| tadalafil (pah).....               | 136    |
| TAFINLAR.....                      | 44     |
| TAGRISSO.....                      | 44     |
| TALZENNA.....                      | 44     |
| tamoxifen citrate.....             | 31     |
| tamsulosin hcl.....                | 98     |
| tarina fe 1/20.....                | 107    |
| tarina fe 1/20 eq.....             | 107    |
| TARPEYO.....                       | 99     |
| tasimelteon.....                   | 139    |
| tazarotene.....                    | 86     |
| TAZICEF.....                       | 10     |
| TAZVERIK.....                      | 44     |
| TDVAX.....                         | 119    |
| TECHLITE PLUS PEN NEEDLES.....     | 127    |
| telmisartan.....                   | 72     |
| telmisartan-amlodipine.....        | 78     |
| telmisartan-hctz.....              | 78     |
| temazepam.....                     | 139    |
| TENIVAC.....                       | 119    |
| tenofovir disoproxil fumarate..... | 59     |
| TEPMETKO.....                      | 45     |
| terazosin hcl.....                 | 72     |

|                                 |         |
|---------------------------------|---------|
| terbinafine hcl.....            | 26      |
| terconazole.....                | 26      |
| teriflunomide.....              | 85      |
| teriparatide.....               | 121     |
| testosterone.....               | 100     |
| testosterone cypionate.....     | 100     |
| TESTOSTERONE ENANTHATE.....     | 100     |
| tetrabenazine.....              | 84      |
| tetracycline hcl.....           | 13      |
| THALOMID.....                   | 31      |
| theophylline er.....            | 136     |
| thioridazine hcl.....           | 51      |
| thiothixene.....                | 51      |
| tiadylt er.....                 | 76      |
| tiagabine hcl.....              | 16      |
| TIBSOVO.....                    | 45      |
| ticagrelor.....                 | 71      |
| TICOVAC.....                    | 119     |
| tigecycline.....                | 8       |
| timolol maleate.....            | 74,131  |
| tinidazole.....                 | 8       |
| tiotropium bromide.....         | 134     |
| TIVICAY.....                    | 58      |
| TIVICAY PD.....                 | 58      |
| tizanidine hcl.....             | 56      |
| TOBI PODHALER.....              | 135     |
| tobramycin.....                 | 130,135 |
| tobramycin sulfate.....         | 7       |
| tobramycin-dexamethasone.....   | 130     |
| TOLAK.....                      | 89      |
| tolterodine tartrate.....       | 97      |
| tolterodine tartrate er.....    | 97      |
| tolvaptan.....                  | 92      |
| TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE..... | 127     |
| topiramate.....                 | 15      |
| toremifene citrate.....         | 31      |
| torsemide.....                  | 79      |
| TOUJEO MAX SOLOSTAR.....        | 68      |
| TOUJEO SOLOSTAR.....            | 68      |
| TPN ELECTROLYTES.....           | 92      |

|                                    |         |
|------------------------------------|---------|
| TRADJENTA.....                     | 66      |
| tramadol hcl.....                  | 4       |
| tramadol hcl er.....               | 3       |
| tramadol-acetaminophen.....        | 4       |
| trandolapril.....                  | 73      |
| TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER..... | 78      |
| tranexamic acid.....               | 71      |
| tranylcypromine sulfate.....       | 21      |
| travoprost (bak free).....         | 132     |
| trazodone hcl.....                 | 23      |
| TRECTOR.....                       | 29      |
| TRELEGY ELLIPTA.....               | 138     |
| TREMFYA.....                       | 113,114 |
| TREMFYA ONE-PRESS.....             | 114     |
| TREMFYA PEN.....                   | 114     |
| TREMFYA-CD/UC INDUCTION.....       | 114     |
| TRESIBA.....                       | 68      |
| TRESIBA FLEXTOUCH.....             | 68      |
| tretinoin.....                     | 47,86   |
| tri-estarylla.....                 | 107     |
| tri-linyah.....                    | 107     |
| tri-mili.....                      | 107     |
| tri-sprintec.....                  | 107     |
| tri-vylibra.....                   | 107     |
| triamcinolone acetonide.....       | 86,88   |
| triamterene-hctz.....              | 79      |
| triazolam.....                     | 139     |
| triderm.....                       | 88      |
| trientine hcl.....                 | 93      |
| TRIENTINE HCL.....                 | 93      |
| trifluoperazine hcl.....           | 51      |
| TRIFLURIDINE.....                  | 130     |
| trihexyphenidyl hcl.....           | 49      |
| TRIKAFTA.....                      | 135     |
| trimethoprim.....                  | 8       |
| trimipramine maleate.....          | 24      |
| TRINTELLIX.....                    | 23      |
| TRIUMEQ.....                       | 59      |
| TRIUMEQ PD.....                    | 59      |
| trivora (28).....                  | 107     |

|                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| trospium chloride.....              | 97  |
| TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....   | 127 |
| TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....       | 127 |
| TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES.....   | 127 |
| TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE..... | 127 |
| TRULICITY.....                      | 66  |
| TRUMENBA.....                       | 119 |
| TRUQAP.....                         | 45  |
| TUKYSA.....                         | 45  |
| TURALIO.....                        | 45  |
| turqoz.....                         | 107 |
| TWINRIX.....                        | 119 |
| TYBOST.....                         | 60  |
| TYENNE.....                         | 114 |
| TYMLOS.....                         | 121 |
| TYPHIM VI.....                      | 119 |

## U

|                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| UDENYCA.....                        | 70  |
| ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE.....   | 127 |
| UNIFINE OTC PEN NEEDLES.....        | 127 |
| UNIFINE PENTIPS.....                | 128 |
| UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE.....     | 128 |
| UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE..... | 128 |
| UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE.....       | 128 |
| unithroid.....                      | 110 |
| UPTRAVI.....                        | 136 |
| ursodiol.....                       | 95  |

## V

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| valacyclovir hcl.....              | 62 |
| VALCHLOR.....                      | 89 |
| valganciclovir hcl.....            | 57 |
| valproate sodium.....              | 15 |
| valproic acid.....                 | 15 |
| valsartan.....                     | 72 |
| valsartan-hydrochlorothiazide..... | 79 |
| VALTOCO 10 MG DOSE.....            | 16 |
| VALTOCO 15 MG DOSE.....            | 17 |
| VALTOCO 20 MG DOSE.....            | 17 |

|                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| VALTOCO 5 MG DOSE.....              | 17  |
| valtya 1/35.....                    | 107 |
| VALTYA 1/50.....                    | 107 |
| vancomycin hcl.....                 | 8   |
| VANFLYTA.....                       | 45  |
| VAQTA.....                          | 119 |
| varenicline tartrate.....           | 6   |
| varenicline tartrate (starter)..... | 6   |
| varenicline tartrate(continue)..... | 6   |
| VARIVAX.....                        | 119 |
| VAXCHORA.....                       | 119 |
| VELIVET.....                        | 107 |
| VELSIPITY.....                      | 114 |
| VENCLEXTA.....                      | 45  |
| VENCLEXTA STARTING PACK.....        | 45  |
| venlafaxine hcl.....                | 23  |
| venlafaxine hcl er.....             | 23  |
| VEOZAH.....                         | 84  |
| VEPPANU.....                        | 31  |
| verapamil hcl.....                  | 76  |
| VERAPAMIL HCL ER.....               | 76  |
| verapamil hcl er.....               | 76  |
| VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE.....    | 128 |
| VERIFINE INSULIN SYRINGE.....       | 128 |
| VERIFINE PLUS PEN NEEDLE.....       | 128 |
| VERISAFE SAFETY INSULIN SYR.....    | 128 |
| VERQUVO.....                        | 79  |
| VERSACLOZ.....                      | 56  |
| VERZENIO.....                       | 45  |
| vestura.....                        | 107 |
| vienva.....                         | 107 |
| vigabatrin.....                     | 17  |
| vigadrone.....                      | 17  |
| VIGAFYDE.....                       | 17  |
| vigpoder.....                       | 17  |
| vilazodone hcl.....                 | 23  |
| VIMKUNYA.....                       | 119 |
| viorele.....                        | 107 |
| VIRACEPT.....                       | 61  |
| VIREAD.....                         | 59  |

|                          |       |
|--------------------------|-------|
| VITRAKVI.....            | 45,46 |
| VIVOTIF.....             | 119   |
| VIZIMPRO.....            | 46    |
| volnea.....              | 107   |
| VONJO.....               | 48    |
| VOQUEZNA DUAL PAK.....   | 95    |
| VOQUEZNA TRIPLE PAK..... | 95    |
| VORANIGO.....            | 46    |
| voriconazole.....        | 27    |
| VOSEVI.....              | 57    |
| VOWST.....               | 128   |
| VRAYLAR.....             | 55    |
| vyfemla.....             | 107   |
| vylibra.....             | 107   |
| VYZULTA.....             | 132   |

## W

|                                |     |
|--------------------------------|-----|
| warfarin sodium.....           | 69  |
| WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE..... | 128 |
| WEGOVY.....                    | 79  |
| WELIREG.....                   | 33  |
| wera.....                      | 107 |
| WINREVAIR.....                 | 136 |
| wixela inhub.....              | 138 |
| wymzya fe.....                 | 108 |
| WYOST.....                     | 121 |

## X

|                                 |          |
|---------------------------------|----------|
| XALKORI.....                    | 46       |
| XARELTO.....                    | 69       |
| XARELTO STARTER PACK.....       | 69       |
| XATMEP.....                     | 117      |
| XCOPRI.....                     | 15,18,19 |
| XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)..... | 18       |
| XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)..... | 18       |
| XDEMVI.....                     | 130      |
| xelria fe.....                  | 108      |
| XERMELO.....                    | 94       |
| XIFAXAN.....                    | 8        |
| XIGDUO XR.....                  | 66       |

|                                  |     |
|----------------------------------|-----|
| XIIDRA.....                      | 130 |
| XOFLUZA (40 MG DOSE).....        | 61  |
| XOFLUZA (80 MG DOSE).....        | 61  |
| XOLAIR.....                      | 114 |
| XOSPATA.....                     | 46  |
| XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)..... | 46  |
| XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....  | 46  |
| XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)..... | 46  |
| XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....  | 47  |
| XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)..... | 47  |
| XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....  | 47  |
| XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)..... | 47  |
| XTANDI.....                      | 30  |
| XTRENBO.....                     | 121 |
| xulane.....                      | 108 |

## Y

|               |     |
|---------------|-----|
| YESINTEK..... | 114 |
| YF-VAX.....   | 119 |
| yuvaferm..... | 108 |

## Z

|                           |     |
|---------------------------|-----|
| zafemy.....               | 108 |
| zafirlukast.....          | 134 |
| zaleplon.....             | 139 |
| ZARXIO.....               | 71  |
| ZEJULA.....               | 47  |
| ZELBORAF.....             | 47  |
| zenatane.....             | 86  |
| ZENBEXUS.....             | 33  |
| ZENPEP.....               | 97  |
| zidovudine.....           | 59  |
| ziprasidone hcl.....      | 55  |
| ziprasidone mesylate..... | 55  |
| ZIRGAN.....               | 130 |
| zoledronic acid.....      | 121 |
| ZOLINZA.....              | 33  |
| zolpidem tartrate.....    | 139 |
| ZONISADE.....             | 19  |
| zonisamide.....           | 19  |

|                            |     |
|----------------------------|-----|
| zovia 1/35 (28).....       | 108 |
| ZTALMY.....                | 17  |
| zumandimine.....           | 108 |
| ZURZUVAE.....              | 21  |
| ZYDELIG.....               | 47  |
| ZYKADIA.....               | 47  |
| ZYMFENTRA (1 PEN).....     | 117 |
| ZYMFENTRA (2 PEN).....     | 117 |
| ZYMFENTRA (2 SYRINGE)..... | 117 |
| ZYPREXA RELPREVV.....      | 55  |

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

|                                                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ANALGESICS.....                                                                   | 1   |
| ANESTHETICS.....                                                                  | 5   |
| ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS.....                              | 5   |
| ANTIBACTERIALS.....                                                               | 6   |
| ANTICONVULSANTS.....                                                              | 13  |
| ANTIDEMENTIA AGENTS.....                                                          | 19  |
| ANTIDEPRESSANTS.....                                                              | 20  |
| ANTIEMETICS.....                                                                  | 24  |
| ANTIFUNGALS.....                                                                  | 25  |
| ANTIGOUT AGENTS.....                                                              | 27  |
| ANTIMIGRAINE AGENTS.....                                                          | 27  |
| ANTIMYASTHENIC AGENTS.....                                                        | 28  |
| ANTIMYCOBACTERIALS.....                                                           | 29  |
| ANTINEOPLASTICS.....                                                              | 29  |
| ANTIPARASITICS.....                                                               | 48  |
| ANTIPARKINSON AGENTS.....                                                         | 49  |
| ANTIPSYCHOTICS.....                                                               | 51  |
| ANTISPASTICITY AGENTS.....                                                        | 56  |
| ANTIVIRALS.....                                                                   | 57  |
| ANXIOLYTICS.....                                                                  | 62  |
| BIPOLAR AGENTS.....                                                               | 63  |
| BLOOD GLUCOSE REGULATORS.....                                                     | 64  |
| BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS.....                                                 | 68  |
| CARDIOVASCULAR AGENTS.....                                                        | 71  |
| CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS.....                                                | 82  |
| DENTAL AND ORAL AGENTS.....                                                       | 85  |
| DERMATOLOGICAL AGENTS.....                                                        | 86  |
| ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS.....                                        | 90  |
| GASTROINTESTINAL AGENTS.....                                                      | 93  |
| GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT.....     | 96  |
| GENITOURINARY AGENTS.....                                                         | 97  |
| HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL).....                   | 98  |
| HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY).....                 | 99  |
| HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX<br>HORMONES/MODIFIERS)..... | 100 |

|                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------|-----|
| HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)..... | 109 |
| HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY).....        | 110 |
| HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID).....                     | 111 |
| IMMUNOLOGICAL AGENTS.....                                       | 112 |
| INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS.....                          | 120 |
| METABOLIC BONE DISEASE AGENTS.....                              | 120 |
| MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS.....                           | 121 |
| OPHTHALMIC AGENTS.....                                          | 129 |
| OTIC AGENTS.....                                                | 132 |
| RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS.....                         | 133 |
| SKELETAL MUSCLE RELAXANTS.....                                  | 138 |
| SLEEP DISORDER AGENTS.....                                      | 139 |

## 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 أيضا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ **1-800-452-4413 (TTY:711)**. هذه الخدمات مجانية.

### Հայերեն պիտակ (Armenian)

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

խոշորատառ տպագրված նյութեր: 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.

## ເທກໄລພາສາລາວ (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 hluc 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))

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

### 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.

### **แจ้งไลน์ภาษาไทย (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)

---

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

A57166DSN-RU\_0726

H2819\_26\_193A\_COM\_C 07262026

---

## **КАК ПОДАТЬ ПРЕТЕНЗИЮ**

Если вы считаете, что план Blue Shield of California не выполняет свои 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](mailto: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](http://blueshieldca.com).

---

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

Бланки жалоб можно найти на веб-сайте

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

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

Этот *Список препаратов* был обновлён 09/01/2026 .

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](https://blueshieldca.com/medformulary2027).

---

**Если у вас есть вопросы**, пожалуйста, позвоните в 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. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027).



09/01/2026