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

فهرست داروهای تحت پوشش 2027 (*فهرست داروها* یا دارونامه)

لطفاً بخوانید: این سند شامل اطلاعاتی درباره داروهایی است که در این طرح پوشش می‌دهیم

شناسه دارونامه 27198 ، نسخه 12

این *فهرست داروها* در تاریخ 10/23/2026 به‌روزرسانی شده است.

برای کسب اطلاعات جدیدتر یا سایر سؤالات، هفت روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب به‌وقت منطقه زمانی اقیانوس آرام با ما با شماره (711 :TTY) 452-4413 (800) تماس بگیرید یا به blueshieldca.com/medformulary2027 مراجعه کنید.

H2819_26_149A_C Approved 08182026

A55568EAE-FA (11/26)

مقدمه

این سند *فهرست داروهای تحت پوشش* نامیده می‌شود (همچنین با عنوان *«فهرست دارویی»* شناخته می‌شود). این سند به شما می‌گوید که کدام داروها توسط Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan پوشش داده می‌شوند. همچنین اگر مقررات یا محدودیت‌های خاصی در مورد برخی داروهای تحت پوشش Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan وجود داشته باشد، در *فهرست دارویی* آمده است. عبارات کلیدی و تعاریف آن‌ها در فصل آخر *کتابچه راهنمای اعضا* آمده است.

فهرست مطالب

A. بیانیه‌های سلب مسئولیت iv

B. سؤالات متداول (FAQ)..... xiv

B1. کدام داروهای نسخه‌ای در *فهرست داروهای تحت پوشش* هستند؟ (*فهرست داروهای تحت پوشش* را به‌طور مختصر «*فهرست دارویی*» می‌نامیم.)..... xiv

B2. آیا *فهرست دارویی* تغییر می‌کند؟..... xiv

B3. در صورت بروز تغییر در *فهرست دارویی* چه اتفاقی می‌افتد؟..... xv

B4. آیا محدودیت‌ها یا ممنوعیت‌ها یا هر اقدام مورد نیاز دیگری در پوشش دارو برای دریافت برخی داروها وجود دارد؟..... xvii

B5. چطور بدانم که داروی مورد نظرم محدودیت‌هایی دارد یا برای تهیه دارو لازم است اقداماتی را انجام دهم؟..... xvii

B6. اگر Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan قوانین خود را در مورد نحوه پوشش برخی داروها (مثلاً مجوز قبلی، محدودیت‌های مقدار و/یا محدودیت‌های درمان مرحله‌ای) تغییر دهد، چه اتفاقی می‌افتد؟..... xvii

B7. چگونه می‌توانم یک دارو را در *فهرست دارویی* پیدا کنم؟..... xviii

B8. اگر دارویی که می‌خواهم مصرف کنم در *فهرست دارویی* نباشد، باید چه‌کار کنم؟..... xviii

B9. اگر عضو جدید Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan باشم و نتوانم داروی خود را در *فهرست دارویی* پیدا کنم یا در دریافت داروی خود مشکلی داشته باشم، باید چه کار کنم؟..... xviii

B10. می‌توانم برای پوشش داروی خود درخواست استثنا کنم؟..... xx

B11. چگونه می‌توانم برای استثنا درخواست دهم؟..... xx

B12. گرفتن استثنا چقدر طول می‌کشد؟..... xx

B13. داروهای عمومی چه هستند؟..... xx

B14. محصولات بیولوژیک اصلی چه هستند و چه ارتباطی با بیوسیمیلارها دارند؟..... xxi

B15. آیا Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan تأمین بلندمدت نسخه‌ها را پوشش می‌دهد؟..... xxi

B16. می‌توانم نسخه‌هایم را از داروخانه محلی در خانه خود تحویل بگیرم؟ xxi
B17. سهم بیمه‌شده من چقدر است؟..... xxii
C. مروری بر *فهرست داروهای تحت پوشش* xxv
C1. فهرست داروها براساس عارضه پزشکی..... xxvi
D. فهرست راهنما ی داروهای تحت پوشش 137

A. بیانیه‌های سلب مسئولیت

این فهرستی از داروهایی است که اعضا می‌توانند در Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan دریافت کنند.

- همیشه می‌توانید به‌روزرسانی *فهرست داروهای تحت پوشش* Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan را به‌صورت آنلاین در blueshieldca.com/medformulary2027 یا ازطریق تماس با (800) 452-4413 (TTY: 711) بررسی کنید. این تماس رایگان است.
- Blue Shield of California عضوی مستقل از Blue Shield Association است.
- می‌توانید این سند را در قالب‌های دیگر، مانند حروف درشت، خط بریل یا فایل صوتی به‌صورت رایگان دریافت کنید. با شماره‌های ذکرشده در پایین صفحات این سند تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
- Blue Shield of California یک طرح HMO D-SNP با قرارداد Medicare و California State Medicaid Program (برنامه Medicaid ایالت کالیفرنیا) است. ثبت‌نام در Blue Shield of California به تمدید قرارداد بستگی دارد.
- 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。
  این شرکت از قوانین حقوق مدنی فدرال و قوانین ایالتی حاکم تبعیت می‌کند و براساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، قومیت، مشکلات پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، تبار، مذهب، جنس، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسیتی، گرایش جنسی، سن، معلولیت روانی یا جسمانی تبعیض قائل نمی‌شود، افراد را مستثنی نمی‌کند یا با آن‌ها به شکلی متفاوت رفتار نمی‌کند.
- *این سند به‌صورت رایگان به زبان‌های انگلیسی، اسپانیایی، عربی، ارمنی، چینی ساده‌شده، چینی سنتی، فارسی، خمر (کامبوجی)، کره‌ای، روسی، تاگالوگ و ویتنامی در دسترس است.*

ادامه این بخش در صفحه بعد

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

الشعار بالعربية (Arabic)

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

Հայերեն պիտակ (Armenian)

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

ادامه این بخش در صفحه بعد

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|

ادامه این بخش در صفحه بعد

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.

ادامه این بخش در صفحه بعد

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.

ادامه این بخش در صفحه بعد

ແຈ້ງໃຫ້ຊາບພາສາລາວ (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.

ادامه این بخش در صفحه بعد

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.

ادامه این بخش در صفحه بعد

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.

ادامه این بخش در صفحه بعد

Tagalog Tagline (Tagalog)

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

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

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

ادامه این بخش در صفحه بعد

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.

- می‌توانید درخواستی دائمی ارائه دهید تا این سند و مکاتبات ضروری آینده را به زبانی به جز انگلیسی یا در قالب دیگری (چاپ درشت، خط بریل، فرمت صوتی و غیره) دریافت کنید. برای ارائه این درخواست، می‌توانید در هفت روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب به‌وقت منطقه زمانی اقیانوس آرام با بخش خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 452-4413 (800) تماس بگیرید. بخش خدمات مشتریان زبان و قالب ترجیحی شما را تا زمانی که آن را تغییر دهید، حفظ خواهد کرد.

- برای ایجاد تغییر در درخواست دائمی جهت دریافت مکاتبات الزامی به زبان ترجیحی یا در قالب جایگزین، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب به‌وقت منطقه زمانی اقیانوس آرام با خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan با شماره (TTY: 711) 452-4413 (800) تماس بگیرید.

B. سؤالات متداول (FAQ)

پاسخ سؤالات خود درباره *فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست دارویی)* را در این بخش بیابید. برای کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید همه FAQ را مطالعه یا پرسش و پاسخ مشخصی را جست‌وجو کنید.

B1. کدام داروهای نسخه‌ای در *فهرست داروهای تحت پوشش* هستند؟ (*فهرست داروهای تحت پوشش* را به‌طور مختصر «*فهرست دارویی*» می‌نامیم.)

داروهای موجود در *فهرست دارویی* که در **بخش C** شروع می‌شود، داروهای تحت پوشش Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan هستند. این داروها در داروخانه‌های شبکه ما موجود هستند. داروخانه‌هایی در شبکه ما هستند که ممکن است با آن‌ها قرارداد داشته باشیم تا با ما همکاری کنند و به شما خدمات دهند. این داروخانه‌ها را «داروخانه‌های شبکه» می‌نامیم.

داروهای دیگر، مانند برخی داروهای بدون نسخه (OTC) و برخی ویتامین‌ها، ممکن است توسط Medi-Cal Rx پوشش داده شوند. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر به وبسایت Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً کارت شناسایی عضویت Medi-Cal (BIC) خود را هنگام دریافت داروهای نسخه‌ای از Medi-Cal Rx همراه داشته باشید.

- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan هزینه همه داروهای موجود در *فهرست دارویی* را که ضرورت پزشکی دارند، در شرایط زیر پرداخت می‌کند:
  - پزشک شما یا تجویزکننده دیگر اظهار کند که شما برای بهبود یا حفظ سلامت خود به آن‌ها نیاز دارید،
  - Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan تایید کند که دارو برای شما از نظر پزشکی ضروری است، **و**
  - نسخه‌تان را در یکی از داروخانه‌های شبکه Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan تهیه کنید.
- در برخی موارد، قبل از اینکه بتوانید دارو را دریافت کنید باید کاری را انجام دهید. برای کسب اطلاعات بیشتر به سؤال B4 مراجعه کنید.

همچنین می‌توانید فهرست به‌روز داروهای تحت پوشش ما را در وبسایت ما به نشانی blueshieldca.com/medformulary2027 مشاهده کنید یا با خدمات مشتریان به شماره‌های درج‌شده در پایین صفحات این سند تماس بگیرید.

B2. آیا *فهرست دارویی* تغییر می‌کند؟

بله و Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan باید هنگام اعمال تغییرات، مقررات Medicare و Medi-Cal را رعایت کنند. ممکن است داروهایی را در طول سال به *فهرست دارویی* اضافه یا از آن حذف کنیم.

ممکن است قوانین مربوط به داروها را نیز تغییر دهیم. مثلاً ممکن است:

ادامه این بخش در صفحه بعد

- تصمیم بگیریم که دارویی نیاز به مجوز قبلی داشته باشد یا نداشته باشد. (مجوز قبلی به معنای اجازه از Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan قبل از دریافت دارو است.)
- اضافه کردن یا تغییر مقدار دارویی که می‌توانید دریافت کنید (که «محدودیت مقدار» نامیده می‌شود).
- محدودیت‌هایی را برای درمان مرحله‌ای با دارویی خاص اضافه کنیم یا آن‌ها را تغییر دهیم. (درمان مرحله‌ای یعنی پیش از اینکه دارویی را تحت پوشش قرار دهیم، لازم است که ابتدا دارویی دیگر را امتحان کرده باشید.)

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این مقررات دارویی، به پرسش B4 مراجعه کنید.

اگر دارویی مصرف می‌کنید که در **ابتدای** سال تحت پوشش قرار داشته است، معمولاً این دارو را **در ادامه سال** از فهرست حذف نمی‌کنیم یا آن را تغییر نمی‌دهیم، مگر اینکه:

- داروی جدید و ارزان‌تری به بازار عرضه شود که همان اثر دارویی را داشته باشد که اکنون در *فهرست دارویی* هست، یا
- متوجه شویم که دارویی ایمن نیست، یا
- یک دارو از بازار جمع شود.

پرسش‌های B3 و B6 که در زیر آمده‌اند حاوی اطلاعات بیشتری هستند در مورد اینکه هنگام تغییر *فهرست دارویی* چه اتفاقی می‌افتد.

- همواره می‌توانید با مراجعه به blueshieldca.com/medformulary2027 *فهرست دارویی* به‌روز Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan را بررسی کنید. به‌روزرسانی‌های *فهرست دارویی* هر ماه در وبسایت قرار می‌گیرد.
- همچنین می‌توانید با خدمات مشتریان با شماره‌های درج‌شده در پایین صفحات این سند تماس بگیرید تا فهرست فعلی *داروها* را بررسی کنید.

B3. در صورت بروز تغییر در *فهرست دارویی* چه اتفاقی می‌افتد؟

برخی تغییرات در *فهرست دارویی* **بلافاصله** اتفاق می‌افتند. مثلاً:

- **جایگزینی برخی نسخه‌های جدید داروها.** اگر داروها را با نسخه‌های جدید همان دارو جایگزین کنیم، ممکن است داروها را بلافاصله از *فهرست دارویی* حذف کنیم، اما هزینه شما برای داروی جدید همچنان 0$ خواهد بود. وقتی نسخه جدیدی از یک دارو را اضافه می‌کنیم، ممکن است تصمیم بگیریم که داروی تجاری یا محصول بیولوژیکی اصلی را نیز در فهرست نگه داریم اما قوانین یا محدودیت‌های پوشش آن را تغییر دهیم.
  - ممکن است قبل از اینکه این تغییر را انجام دهیم، موضوع را به شما اطلاع ندهیم، اما به‌محض ایجاد تغییر، اطلاعاتی را در مورد آن برای شما ارسال خواهیم کرد.
  - ما فقط در صورتی می‌توانیم این تغییرات را اعمال کنیم که داروی اضافه‌شده:

ادامه این بخش در صفحه بعد

- یک نسخه ژنریک جدید از یک داروی تجاری باشد، یا
- یک نسخه بیوسیمیلار جدید خاص از محصولات بیولوژیکی اصلی موجود در *فهرست دارویی* باشد (برای مثال، افزودن یک بیوسیمیلار قابل جایگزینی که می‌تواند بدون نسخه جدید جایگزین محصول بیولوژیکی اصلی شود).
- برخی از این انواع دارو ممکن است برای شما جدید باشند. برای کسب اطلاعات بیشتر به **بخش B14** مراجعه کنید.
  - شما یا ارائه‌دهنده‌تان همچنین می‌توانید درباره این محدودیت‌ها درخواست اعمال استثنا کنید. برای شما اطلاعیه‌ای ارسال می‌کنیم و در آن درباره مراحلی که باید برای درخواست اعمال استثناء طی شود اطلاع‌رسانی می‌کنیم. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر درباره موارد استثنا، به پرسش‌های B10 تا B12 مراجعه کنید.

- **حذف داروهای ناایمن و سایر داروهایی که از بازار جمع‌آوری شده‌اند.** گاهی اوقات ممکن است یک دارو ناایمن تشخیص داده شود یا به دلایل دیگر از بازار جمع‌آوری شود. اگر این اتفاق بیفتد، ممکن است آن را بلافاصله از *فهرست دارویی* حذف کنیم. اگر درحال مصرف این دارو باشید، پس از ایجاد تغییر، اطلاعیه‌ای برای شما ارسال خواهیم کرد. پزشک شما نیز از این تغییر مطلع خواهد شد و می‌تواند با شما همکاری کند تا داروی دیگری برای بیماری شما پیدا کند.

ممکن است تغییرات دیگری اعمال کنیم که بر داروهای مورد استفاده‌تان تأثیرگذار باشند. پیشاپیش درباره این تغییرات در *فهرست دارویی* به شما اطلاع‌رسانی خواهیم کرد. این تغییرات ممکن است در این موارد رخ دهد:

- Food and Drug Administration (FDA)، سازمان غذا و دارو) راهنمای جدیدی ارائه دهد یا دستورالعمل‌های بالینی جدیدی در مورد یک دارو صادر شود.
- هنگام افزودن یک داروی ژنریک که برای بازار جدید نیست، یک داروی تجاری را از *فهرست دارویی* حذف کنیم، یا
- هنگام افزودن یک بیوسیمیلار، یک محصول بیولوژیکی اصلی را حذف کنیم، یا
- قوانین یا محدودیت‌های پوشش داروی تجاری را تغییر دهیم.

در صورت اعمال این تغییرات، اقدامات زیر را انجام خواهیم داد:

- حداقل 30 روز قبل از اعمال تغییر در *فهرست دارویی* به شما اطلاع خواهیم داد **یا**
- وقتی درخواست تجدید نسخه می‌کنید، به شما اطلاع خواهیم داد و یک ذخیره 30 روزه از دارو را در اختیارتان می‌گذاریم.

این به شما فرصت می‌دهد که با پزشک معالج خود یا دیگر تجویزکنندگان مشورت کنید. آن‌ها می‌توانند به شما کمک کنند تصمیم بگیرید:

- آیا داروی مشابهی در *فهرست دارویی* وجود دارد که بتوانید جایگزین کنید یا
- برای این تغییرات درخواست استثنا کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره موارد استثنا، به پرسش B10 تا B12 رجوع کنید.

B4. آیا محدودیت‌ها یا ممنوعیت‌ها یا هر اقدام مورد نیاز دیگری در پوشش دارو برای دریافت برخی داروها وجود دارد؟

بله، برخی داروها دارای مقررات پوشش بیمه یا محدودیت‌هایی در مورد مقدار قابل دریافت هستند. در برخی موارد، شما یا پزشکتان یا تجویزکننده دیگر باید قبل از دریافت دارو کارهایی را انجام دهید. مثلاً:

- **مجوز قبلی:** برای برخی داروها، شما یا پزشکتان یا تجویزکننده دیگر باید قبل از دریافت دارو براساس معیارهای خاصی از Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan مجوز بگیرید. مجوز قبلی با ارجاع متفاوت است. اگر مجوز قبلی دریافت نکنید، Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ممکن است دارو را پوشش ندهد.
- **محدودیت مقدار:** گاهی‌اوقات، Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan مقدار دارویی را که می‌توانید دریافت کنید، محدود می‌کند.
- **درمان مرحله‌ای:** گاهی Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan شما را ملزم به انجام درمان مرحله‌ای می‌کند. یعنی لازم است برای درمان عارضه پزشکی خود، داروها را به ترتیب خاصی امتحان کنید. قبل از اینکه یک دارو را پوشش دهیم، باید داروی دیگری را امتحان کنید. اگر نظر تجویز کننده شما این باشد که داروی اول برای شما مؤثر نیست، آنگاه ما داروی دوم را پوشش خواهیم داد.

می‌توانید با مشاهده جداول موجود در **بخش C** متوجه شوید که داروی شما الزامات یا محدودیت‌های بیشتری دارد یا خیر. همچنین می‌توانید با مراجعه به وبسایت ما به نشانی blueshieldca.com/medformulary2027 اطلاعات بیشتری کسب کنید. اسنادی را به‌صورت آنلاین منتشر کرده‌ایم که مجوز قبلی ما و محدودیت‌های درمان مرحله‌ای در آن توضیح داده شده است. می‌توانید از ما درخواست کنید که یک نسخه از آن را برای شما ارسال کنیم.

همچنین می‌توانید درخواست استثنا از این محدودیت‌ها کنید. این به شما فرصت می‌دهد که با پزشک معالج خود یا دیگر تجویزکنندگان مشورت کنید. آن‌ها می‌توانند تصمیم بگیرند که داروی مشابهی در *فهرست دارویی* وجود دارد که بتوانید از آن استفاده کنید یا اینکه باید درخواست استثنا دهید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره موارد استثنا، به پرسش‌های B10 تا B12 مراجعه کنید.

B5. چطور بدانم که داروی مورد نظرم محدودیت‌هایی دارد یا برای تهیه دارو لازم است اقداماتی را انجام دهم؟

جدول موجود در بخش با عنوان «فهرست دارویی براساس عارضه پزشکی» ستونی با عنوان «اقدامات لازم، محدودیت‌ها یا شرایط مصرف» دارد.

B6. اگر Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan قوانین خود را در مورد نحوه پوشش برخی داروها (مثلاً مجوز قبلی، محدودیت‌های مقدار و/یا محدودیت‌های درمان مرحله‌ای) تغییر دهد، چه اتفاقی می‌افتد؟

در برخی موارد، در صورت تغییر یا اضافه کردن مقررات مربوط به مجوز قبلی، محدودیت‌های مقدار و/یا محدودیت‌های درمان مرحله‌ای در مورد داروها، از قبل به شما اطلاع می‌دهیم. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این اطلاعیه قبلی و مواقعی که ممکن است نتوانیم در زمان تغییر مقررات‌مان درباره داروهای مندرج در *فهرست دارویی*، موضوع را از قبل به شما اطلاع دهیم، به پرسش B3 رجوع کنید.

B7. چگونه می‌توانم یک دارو را در *فهرست دارویی* پیدا کنم؟

دو روش برای پیدا کردن دارو وجود دارد:

- می‌توانید به‌صورت الفبایی جست‌وجو کنید، **یا**
- می‌توانید بر حسب عارضه پزشکی جست‌وجو کنید.

برای جست‌وجو **بر حسب حروف الفبا**، در بخش «فهرست راهنمای داروهای تحت پوشش»، به‌دنبال داروی خود بگردید. می‌توانید در فهرست راهنما که از صفحه 137 شروع می‌شود، نام دارویتان را پیدا کنید. همه داروهای مندرج در این سند به ترتیب حروف الفبا در این فهرست راهنما آمده است. هم داروهای تجاری و هم داروهای ژنریک در این فهرست راهنما ارائه شده‌اند. در فهرست راهنما جست‌وجو کنید و داروی مورد نظر خود را پیدا کنید. در کنار نام دارویتان می‌توانید شمارهٔ صفحه‌ای را ببینید که در آن اطلاعات پوشش بیمه ارائه شده است.

برای جست‌وجو **بر حسب عارضه پزشکی**، بخش تحت عنوان «فهرست داروها براساس عارضه پزشکی» را پیدا کنید. داروهای مندرج در این بخش، بر حسب نوع عارضه‌های پزشکی که درمان می‌کنند، دسته‌بندی شده‌اند. مثلاً، اگر عارضه قلبی دارید، باید دسته داروهای قلبی-عروقی را جست‌وجو کنید. در آنجا داروهایی را خواهید یافت که عارضه قلبی را درمان می‌کنند.

B8. اگر دارویی که می‌خواهم مصرف کنم در *فهرست دارویی* نباشد، باید چه‌کار کنم؟

اگر داروی خود را در *فهرست دارویی*پیدا نکردید، با استفاده از شماره‌های درج‌شده در پایین صفحات این سند، با خدمات مشتریان تماس بگیرید و درباره آن سؤال کنید. اگر متوجه شدید که Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan آن دارو را پوشش نمی‌دهد، می‌توانید یکی از کارهای زیر را انجام دهید:

- از خدمات مشتریان فهرستی از داروهای مشابه داروی مورد نظرتان را درخواست کنید. سپس این فهرست را به پزشک خود یا تجویزکننده دیگر نشان دهید. او می‌تواند دارویی از این *فهرست دارویی* تجویز کند که مشابه داروی مورد نظر قبلی است. **یا**
- از Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan بخواهید برای پوشش داروی شما استثنا قائل شود. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره موارد استثنا، به پرسش‌های B10 تا B12 مراجعه کنید.

B9. اگر عضو جدید Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan باشم و نتوانم داروی خود را در *فهرست دارویی* پیدا کنم یا در دریافت داروی خود مشکلی داشته باشم، باید چه کار کنم؟

ما می‌توانیم به شما کمک کنیم. ممکن است ذخیره 30 روزه موقتی دارو را در طول 90 روز اولی که عضو Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan می‌شوید، پوشش دهیم. این به شما فرصت می‌دهد که با پزشک معالج خود یا دیگر تجویزکنندگان مشورت کنید. آن‌ها می‌توانند تصمیم بگیرند که داروی مشابهی در *فهرست دارویی* وجود دارد که بتوانید از آن استفاده کنید یا اینکه باید درخواست استثنا دهید.

اگر نسخه شما برای تعداد روزهای کمتری نوشته شده است، می‌توانیم تا چند تمدید نسخه در حد مصرف دارو برای حداکثر 30 روز به شما ارائه دهیم.

ادامه این بخش در صفحه بعد

ذخیره 30 روزه داروی شما را در موارد زیر پوشش می‌دهیم:

- دارویی را مصرف می‌کنید که در *فهرست دارویی* ما نیست، **یا**
- مقررات طرح ما به شما اجازه دریافت مقدار تجویزشده توسط تجویزکننده را نمی‌دهد، **یا**
- دارو نیاز به مجوز قبلی توسط Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan دارد، **یا**
- دارویی مصرف می‌کنید که بخشی از محدودیت درمان مرحله‌ای است.

اگر دارویی مصرف می‌کنید که Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan آن را به عنوان داروی بخش D در نظر نمی‌گیرد و دارو در *فهرست دارویی* نیست و در دریافت دارو مشکل دارید، ممکن است ازطریق Medi-Cal Rx پوشش داده شود. اگر داروی مستثنی‌شده از بخش D نیاز به استثنا داشته باشد و شما در وضعیت اورژانسی باشید، Medi-Cal Rx حداقل مقدار مصرف 72 ساعت از دارو را تأمین خواهد کرد. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر به وبسایت Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً کارت شناسایی عضویت Medi-Cal BIC خود را هنگام دریافت داروهای نسخه از Medi-Cal Rx همراه داشته باشید.

اگر در آسایشگاه یا مرکز مراقبت بلندمدت هستید و به دارویی نیاز دارید که در *فهرست دارویی* نیست یا اگر نمی‌توانید داروی مورد نیاز خود را به آسانی تهیه کنید، می‌توانیم کمک کنیم. اگر به مدت بیش از 90 روز عضو طرح بوده‌اید و در مرکز مراقبت بلندمدت زندگی کرده‌اید و فوراً به ذخیره دارو نیاز دارید:

- صرف‌نظر از اینکه عضو جدید Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan هستید یا خیر، ذخیره اضطراری 31 روزه از داروی مورد نیاز شما را پوشش خواهیم داد (مگر اینکه نسخه شما برای روزهای کمتری باشد).
- این علاوه بر ذخیره موقت دارویی است که در طول 90 روز اولی که عضو Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan می‌شوید، پوشش می‌دهیم.

سیاست انتقال

در شرایطی که بیمه‌شده از یک مجموعه درمانی به مجموعه دیگری جابه‌جا می‌شود، Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan تضمین خواهد کرد که فرایند سریعی را برای تأیید داروهای بخش D ناموجود در دارونامه ارائه دهد. این فرایند در مورد داروهای بخش D موجود در دارونامه نیز اعمال می‌شود که مستلزم مجوز قبلی یا درمان مرحله‌ای هستند. مثال‌هایی از تغییر سطح مراقبت: بیمه‌شدگانی که از بیمارستان به خانه مرخص شده‌اند؛ بیمه‌شدگانی که به اقامت خود در بخش A برنامه Medicare در مرکز پرستاری تخصصی خاتمه داده‌اند و لازم است که به طرح بخش D دارونامه خود برگردند؛ بیمه‌شدگانی که به اقامت در مرکز مراقبت بلندمدت خاتمه داده‌اند و به جامعه بازگشته‌اند؛ و بیمه‌شدگانی که با یک رژیم دارویی بسیار شخصی از بیمارستان روانی مرخص شده‌اند.

B10. می‌توانم برای پوشش داروی خود درخواست استثنا کنم؟

بله. می‌توانید برای پوشش دارویی که در *فهرست دارویی* نیست از Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan درخواست استثنا کنید.

می‌توانید برای تغییر مقررات مربوط به داروی خود نیز درخواست دهید.

- مثلاً، Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ممکن است مقدار داروی تحت پوشش ما را محدود کند. اگر داروی شما محدودیتی دارد، می‌توانید از ما بخواهید که محدودیت را تغییر دهیم و مقدار بیشتری را پوشش دهیم.
- سایر مثال‌ها: می‌توانید از ما بخواهید که محدودیت‌های درمان مرحله‌ای یا الزامات مجوز قبلی را برداریم.

B11. چگونه می‌توانم برای استثنا درخواست دهم؟

برای درخواست استثنا، با خدمات مشتریان تماس بگیرید. نماینده‌ای از خدمات مشتریان با شما و تجویز کننده‌تان همکاری می‌کند تا در ثبت درخواست استثنا به شما کمک کند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره موارد استثنا، می‌توانید **فصل 9، بخش G2** *کتابچه راهنمای اعضا* را نیز مطالعه کنید.

B12. گرفتن استثنا چقدر طول می‌کشد؟

پس از دریافت بیانیه‌ای از پزشک شما که درخواست استثنا را برای شما تأیید می‌کند، ظرف 72 ساعت به شما پاسخ خواهیم داد. پزشک شما می‌تواند این بیانیه را به‌صورت الکترونیکی (آنلاین یا فکس) یا ازطریق پست ارسال کند. ایشان همچنین می‌تواند با دپارتمان داروسازی Blue Shield به شماره 9481-535 (800) تماس بگیرد و بیانیه را به‌صورت شفاهی ارائه دهد و در صورت نیاز، بیانیه کتبی ارسال کند.

اگر شما یا تجویزکننده‌تان فکر می‌کنید که در صورت انتظار 72 ساعته برای نتیجه تصمیم‌گیری ممکن است سلامت شما در معرض خطر قرار گیرد، می‌توانید برای استثنای تسریع‌شده درخواست کنید. این نوع تصمیم‌گیری سریع‌تر است. اگر تجویزکننده‌تان از درخواست شما حمایت کند، ما ظرف 24 ساعت پس از دریافت اظهاریهٔ تجویزکننده شما تصمیم‌گیری خواهیم کرد.

B13. داروهای عمومی چه هستند؟

داروهای ژنریک از همان ترکیبات فعال داروهای تجاری ساخته شده‌اند. آن‌ها معمولاً هزینه کمتری نسبت به داروی تجاری دارند و عموماً به همان خوبی عمل می‌کنند. آن‌ها معمولاً نام‌های شناخته‌شده‌ای ندارند. داروهای ژنریک از طرف Food and Drug Administration (FDA) تأیید شده‌اند. برای بسیاری از داروهای تجاری، داروهای ژنریک موجود است. داروهای ژنریک معمولاً می‌توانند بدون نسخه جدید و بسته به قوانین ایالتی، به جای داروی تجاری در داروخانه جایگزین شوند.

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan هر دو نوع داروهای ژنریک و تجاری را پوشش می‌دهد.

B14. محصولات بیولوژیک اصلی چه هستند و چه ارتباطی با بیوسیمیلارها دارند؟

وقتی به داروها اشاره می‌کنیم، می‌تواند به معنای دارو یا محصول بیولوژیکی باشد. محصولات بیولوژیکی داروهایی هستند که نسبت به داروهای معمولی پیچیده‌ترند. ازآنجاکه محصولات بیولوژیکی پیچیده‌تر از داروهای معمولی هستند، به جای داشتن فرم ژنریک، فرم‌هایی دارند که بیوسیمیلار نامیده می‌شوند. به‌طور کلی، بیوسیمیلارها به همان خوبی محصول بیولوژیکی اصلی عمل می‌کنند و ممکن است هزینه کمتری داشته باشند. برای برخی از محصولات بیولوژیکی اصلی، جایگزین‌های بیوسیمیلار وجود دارد. برخی بیوسیمیلارها قابل جایگزینی هستند و بسته به قوانین ایالتی، ممکن است مانند داروهای ژنریک که به جای داروهای برند جایگزین می‌شوند، بدون نیاز به نسخه جدید در داروخانه به جای محصول بیولوژیکی اصلی جایگزین شوند.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره انواع داروها، به **فصل 5** از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

B15. آیا Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan تأمین بلندمدت نسخه‌ها را پوشش می‌دهد؟

برای برخی از انواع داروها، می‌توانید از ارائه‌دهنده تحویل خانگی شبکه طرح استفاده کنید. به‌طور کلی، داروهای ارائه‌شده ازطریق تحویل خانگی داروهایی هستند که به‌طور منظم و برای عارضه‌های پزشکی مزمن یا بلندمدت مصرف می‌کنید. داروهایی که توسط ارائه‌دهنده تحویل خانگی طرح ارائه نمی‌شوند با نماد NDS در فهرست دارویی ما مشخص شده‌اند.

- **خدمات تحویل خانگی.** ما خدمات تحویل خانگی را ارائه می‌دهیم که امکان دریافت ذخیره دارویی **تا 100 روزه داروهای ردیف 1: داروهای ژنریک ترجیحی، ردیف 2: داروهای ژنریک، ردیف 3: داروهای برند ترجیحی و ردیف 4: داروهای غیرترجیحی را به شما می‌دهد**. ذخیره 100 روزه برای ردیف 1: داروهای ژنریک ترجیحی و ردیف 2: داروهای ژنریک مبلغ سهم بیمه‌شده یکسانی با ذخیره یک ماهه ردیف‌های 1 و 2 دارند. ذخیره 100 روزه برای ردیف 3: داروهای برند ترجیحی و ردیف 4: سهم بیمه‌شده شما برای داروهای غیرترجیحی با میزان آن برای ذخیره یک‌ماهه برای ردیف‌های 3 و 4 یکسان است.

- **برنامه‌های داروخانه خرده‌فروشی.** برخی داروخانه‌های خرده‌فروشی نیز ممکن است ذخیره **حداکثر 100 روزه برای ردیف 1: داروهای ژنریک ترجیحی، ردیف 2: داروهای ژنریک، ردیف 3: داروهای برند ترجیحی و ردیف 4: داروهای غیرترجیحی را ارائه دهند**. ذخیره 100 روزه برای ردیف 1: داروهای ژنریک ترجیحی و ردیف 2: داروهای ژنریک مبلغ سهم بیمه‌شده یکسانی با ذخیره یک ماهه ردیف‌های 1 و 2 دارند. ذخیره 100 روزه برای ردیف 3: داروهای برند ترجیحی و ردیف 4: سهم بیمه‌شده شما برای داروهای غیرترجیحی با میزان آن برای ذخیره یک‌ماهه برای ردیف‌های 3 و 4 یکسان است.

B16. می‌توانم نسخه‌هایم را از داروخانه محلی در خانه خود تحویل بگیرم؟

ممکن است داروخانه محلی شما بتواند داروهای نسخه شما را به خانه‌تان تحویل دهد. می‌توانید با داروخانه خود تماس بگیرید تا ببینید خدمات تحویل در خانه ارائه می‌دهند یا خیر.

B17. سهم بیمه‌شده من چقدر است؟

اعضای Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan در صورتی که از قوانین طرح پیروی کنند، برای نسخه‌ها، سهم بیمه‌شده دارند.

منظور از «ردیف»، گروه داروهای موجود در *فهرست دارویی* ما است.

- داروهای ردیف 1 داروهای ژنریک ترجیحی هستند
- داروهای ردیف 2 داروهای ژنریک هستند
- داروهای ردیف 3 داروهای تجاری ترجیحی هستند
- داروهای ردیف 4 داروهای غیرترجیحی هستند
- داروهای ردیف 5 داروهای ردیف تخصصی هستند

اگر سؤالی دارید، ازطریق شماره‌های درج‌شده در پایین صفحات این سند با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

ردیف	توضیحات	سهم بیمه‌شده	
		ذخیره 30 روزه	**ذخیره 100 روزه**
ردیف 1	داروهای ژنریک ترجیحی	$0	$0
ردیف 2	داروهای ژنریک	$0	$0
ردیف 3	داروهای تجاری ترجیحی	اگر Extra Help (کمک مازاد) را دریافت می‌کنید، باید این مبالغ را پرداخت کنید: برای داروهای ژنریک تحت پوشش (شامل داروهای با نام تجاری که مشمول شرایط داروهای ژنریک محسوب می‌شوند): $0.00، $1.65، $5.80 برای سایر داروهای تحت پوشش: $0، $5.00، $14.40 اگر Extra Help دریافت می‌کنید، برای هر محصول انسولین تحت پوشش در این رده، مبلغی بین $0.00 تا $14.40 بابت سهمیه ماهانه پرداخت می‌کنید. اگر واجدشرایط دریافت Extra Help نیستید، برای هر محصول انسولین تحت پوشش در این رده، مبلغی بیش از کمترین مقدارِ بینِ $35.00 برای تأمین ماهانه، $70 برای تأمین 2ماهه، یا $105 برای تأمین 3ماهه	اگر Extra Help (کمک مازاد) را دریافت می‌کنید، باید این مبالغ را پرداخت کنید: برای داروهای ژنریک تحت پوشش (شامل داروهای با نام تجاری که مشمول شرایط داروهای ژنریک محسوب می‌شوند): $0.00، $1.65، $5.80 برای سایر داروهای تحت پوشش: $0، $5.00، $14.40 اگر Extra Help دریافت می‌کنید، برای هر محصول انسولین تحت پوشش در این رده، مبلغی بین $0.00 تا $14.40 بابت سهمیه ماهانه پرداخت می‌کنید. اگر واجدشرایط دریافت Extra Help نیستید، برای هر محصول انسولین تحت پوشش در این رده، مبلغی بیش از کمترین مقدارِ بینِ $35.00 برای تأمین ماهانه، $70 برای تأمین 2ماهه، یا $105 برای تأمین

		پرداخت نخواهید کرد؛ و برای سایر محصولات غیرانسولینی تحت پوشش در این رده 17% هزینه را به عنوان سهم بیمه‌شده می‌پردازید. مبالغ سهم بیمه‌شده برای داروها ممکن است بسته به سطح Extra Help دریافتی شما متفاوت باشد. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر با مسئولین طرح تماس بگیرید.	3ماهه پرداخت نخواهید کرد؛ و برای سایر محصولات غیرانسولینی تحت پوشش در این رده 17% هزینه را به عنوان سهم بیمه‌شده می‌پردازید. مبالغ سهم بیمه‌شده برای داروها ممکن است بسته به سطح Extra Help دریافتی شما متفاوت باشد. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر با مسئولین طرح تماس بگیرید.
ردیف 4	داروهای غیرترجیحی	اگر Extra Help (کمک مازاد) را دریافت می‌کنید، باید این مبالغ را پرداخت کنید: برای داروهای ژنریک تحت پوشش (شامل داروهای با نام تجاری که مشمول شرایط داروهای ژنریک محسوب می‌شوند): $0.00، $1.65، $5.80 برای سایر داروهای تحت پوشش: $0، $5.00، $14.40 اگر Extra Help دریافت می‌کنید، برای هر محصول انسولین تحت پوشش در این رده، مبلغی بین $0.00 تا $14.40 بابت سهمیه ماهانه پرداخت می‌کنید. اگر واجدشرایط دریافت Extra Help نیستید، برای هر محصول انسولین تحت پوشش در این رده، مبلغی بیش از کمترین مقدارِ بینِ $35.00 برای تأمین ماهانه، $70 برای تأمین 2ماهه، یا $105 برای تأمین 3ماهه پرداخت نخواهید کرد؛ و برای سایر محصولات غیرانسولینی تحت پوشش در این رده 17% هزینه را به عنوان سهم بیمه‌شده می‌پردازید.	اگر Extra Help (کمک مازاد) را دریافت می‌کنید، باید این مبالغ را پرداخت کنید: برای داروهای ژنریک تحت پوشش (شامل داروهای با نام تجاری که مشمول شرایط داروهای ژنریک محسوب می‌شوند): $0.00، $1.65، $5.80 برای سایر داروهای تحت پوشش: $0، $5.00، $14.40 اگر Extra Help دریافت می‌کنید، برای هر محصول انسولین تحت پوشش در این رده، مبلغی بین $0.00 تا $14.40 بابت سهمیه ماهانه پرداخت می‌کنید. اگر واجدشرایط دریافت Extra Help نیستید، برای هر محصول انسولین تحت پوشش در این رده، مبلغی بیش از کمترین مقدارِ بینِ $35.00 برای تأمین ماهانه، $70 برای تأمین 2ماهه، یا $105 برای تأمین 3ماهه پرداخت نخواهید کرد؛ و برای سایر محصولات غیرانسولینی تحت پوشش در این رده 17% هزینه را به عنوان سهم بیمه‌شده می‌پردازید.

		مبالغ سهم بیمه‌شده برای داروها ممکن است بسته به سطح Extra Help دریافتی شما متفاوت باشد. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر با مسئولین طرح تماس بگیرید.	مبالغ سهم بیمه‌شده برای داروها ممکن است بسته به سطح Extra Help دریافتی شما متفاوت باشد. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر با مسئولین طرح تماس بگیرید.
ردیف 5	داروهای ردیف تخصصی	اگر Extra Help (کمک مازاد) را دریافت می‌کنید، باید این مبالغ را پرداخت کنید: برای داروهای ژنریک تحت پوشش (شامل داروهای با نام تجاری که مشمول شرایط داروهای ژنریک محسوب می‌شوند): $0.00، $1.65، $5.80 برای سایر داروهای تحت پوشش: $0، $5.00، $14.40 اگر واجدشرایط Extra Help نیستید، بیشتر از 25% سهم بیمه‌شده را برای هر محصول تحت پوشش در این رده پرداخت نخواهید کرد. مبالغ سهم بیمه‌شده برای داروها ممکن است بسته به سطح Extra Help دریافتی شما متفاوت باشد. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر با مسئولین طرح تماس بگیرید.	موجود نیست

C. مروری بر *فهرست داروهای تحت پوشش*

فهرست داروهای تحت پوشش اطلاعاتی درباره داروهای تحت پوشش Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan در اختیار شما قرار می‌دهد. اگر در پیدا کردن داروی خود در فهرست مشکل دارید، به فهرست راهنمای داروهای تحت پوشش که در **بخش D** شروع می‌شود مراجعه کنید. این فهرست، تمام داروهای تحت پوشش Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan را به ترتیب حروف الفبا آورده است.

سایر داروها، مانند برخی داروهای بدون نسخه (OTC) و برخی ویتامین‌ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx باشند. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر به وبسایت Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً کارت شناسایی عضویت Medi-Cal (BIC) خود را هنگام دریافت داروهای نسخه‌ای از Medi-Cal Rx همراه داشته باشید.

فرآیند تجدید نظر تحت بخش D

- درخواست تجدید نظر نوعی شیوه رسمی تقاضا از ما برای بازنگری در تصمیممان درباره پوشش داروی شما و تغییر آن در مواقعی است که فکر می‌کنید ما اشتباه کرده‌ایم.
- مثلاً ممکن است تصمیم بگیریم که دارویی که شما می‌خواهید دیگر تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal نیست.
- اگر شما یا تجویز کننده‌تان با تصمیم ما مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر دهید. اگر هر گونه سؤالی دارید، ازطریق شماره‌های درج‌شده در پایین صفحات این سند با خدمات مشتریان تماس بگیرید.
- همچنین، برای اطلاع از نحوه ارائه درخواست تجدیدنظر درباره یک تصمیم می‌توانید **فصل 9** *کتابچه راهنمای اعضا* را مطالعه کنید.
- داروهایی که داروی بخش D نیستند، قوانین متفاوتی برای تجدیدنظر دارند.

C1. فهرست داروها براساس عارضه پزشکی

داروهای مندرج در این بخش، بر حسب نوع عارضه‌های پزشکی که درمان می‌کنند، دسته‌بندی شده‌اند. مثلاً، اگر عارضه قلبی دارید، باید دسته داروهای قلبی-عروقی را جست‌وجو کنید. در آنجا داروهایی را خواهید یافت که عارضه قلبی را درمان می‌کنند.

علائم و اختصارات

ردیف	نام
1	داروهای ژنریک ترجیحی
2	داروهای ژنریک
3	داروهای تجاری ترجیحی
4	داروهای غیرترجیحی
5	داروهای ردیف تخصصی

نماد	نام	توضیحات
LA	دسترسی محدود (Limited Access)	این دارو ممکن است فقط در برخی داروخانه‌ها موجود باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر، به فهرست راهنمای داروخانه‌ها مراجعه کنید یا با خدمات مشتریان ما تماس بگیرید.
PA	مجوز قبلی (Prior Authorization)	پوشش این نسخه نیاز به مجوز قبلی از Blue Shield دارد. برای ارائه اطلاعات لازم جهت تعیین پوشش، با Blue Shield تماس بگیرید. برخی داروها ممکن است براساس قوانین پوشش Medicare نیاز به تعیین پوشش بخش B یا بخش D داشته باشند.
QL	محدودیت مقدار (Quantity Limit)	این دارو دارای محدودیت دوز یا مقدار نسخه است. حداکثر دوز روزانه توسط FDA تعریف شده و در بروشور دارو ذکرشده است. سایر محدودیت‌های مقدار، مصرف تجمیعی را در صورت امکان تشویق می‌کنند.
ST	درمان مرحله‌ای (Step Therapy)	پوشش این نسخه زمانی ارائه می‌شود که سایر درمان‌های دارویی خط اول یا ترجیحی امتحان شده باشند (درمان مرحله‌ای).
NDS	ذخیره دارویی تمدیدنشده (Non-Extended Day Supply)	ذخیره دارویی بلندمدت موجود نیست.

نام دارو در ستون اول جدول آمده است. داروهای ژنریک با حروف کوچک مورب نوشته می‌شوند (برای مثال، *simvastatin* (سیمواستاتین))، داروهای تجاری با حروف بزرگ نوشته می‌شوند (برای مثال، ELIQUIS (الیکوییس))، اطلاعات موجود در ستون «اقدامات لازم، محدودیت‌ها یا شرایط مصرف» به شما می‌گوید که Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan برای پوشش داروی شما قوانینی دارد یا خیر.

D. فهرست راهنمای داروهای تحت پوشش

در این بخش، می‌توانید دارو را با جست‌وجوی نام آن به‌صورت الفبایی پیدا کنید. این بخش شماره صفحه‌ای را که در آن اطلاعات بیشتر درباره پوشش بیمه داروی شما آمده است، در اختیارتان قرار می‌دهد.

ANALGESICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS		
butalbital-aspirin-caffeine 50-325-40 mg cap	Tier 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
celecoxib (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
celecoxib 400 mg cap	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
diclofenac potassium 50 mg tab	Tier 2	
diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr)	Tier 2	
diclofenac sodium 1.5 % solution	Tier 3	
diclofenac sodium 3 % gel	Tier 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
diclofenac sodium 75 mg tab dr	Tier 1	
diclofenac sodium er 100 mg tab er 24h	Tier 2	
diflunisal 500 mg tab	Tier 3	
ec-naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)	Tier 2	
etodolac (200 mg cap, 300 mg cap)	Tier 3	
etodolac (400 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	
etodolac er (400 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h, 600 mg tab er 24h)	Tier 3	
FLURBIPROFEN (100 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 2	
ibu (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)	Tier 1	
ibuprofen (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension)	Tier 2	
ibuprofen (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)	Tier 1	
indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANALGESICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
meloxicam (15 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 1	
nabumetone (500 mg tab, 750 mg tab)	Tier 2	
naproxen (250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab)	Tier 1	
naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)	Tier 2	
naproxen dr 500 mg tab dr	Tier 2	
naproxen sodium (275 mg tab, 550 mg tab)	Tier 3	
oxaprozin 600 mg tab	Tier 4	
piroxicam (10 mg cap, 20 mg cap)	Tier 3	
sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)	Tier 2	
OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING		
buprenorphine (10 mcg/hr patch wk, 15 mcg/hr patch wk, 20 mcg/hr patch wk, 5 mcg/hr patch wk, 7.5 mcg/hr patch wk)	Tier 4	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME), NDS
fentanyl (100 mcg/hr patch 72hr, 12 mcg/hr patch 72hr, 25 mcg/hr patch 72hr, 50 mcg/hr patch 72hr, 75 mcg/hr patch 72hr)	Tier 3	PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 10 mg tab	Tier 4	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 10 mg/5ml solution	Tier 4	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 10 mg/ml solution	Tier 4	PA, NDS
methadone hcl 5 mg tab	Tier 4	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 5 mg/5ml solution	Tier 4	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate er (100 mg tab er, 200 mg tab er, 60 mg tab er)	Tier 4	QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate er 15 mg tab er	Tier 4	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate er 30 mg tab er	Tier 4	QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANALGESICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
tramadol hcl er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h)	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS), NDS
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
acetaminophen-codeine (120-12 mg/5ml solution, 300-30 mg/12.5ml solution)	Tier 2	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS), NDS
acetaminophen-codeine 300-60 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS), NDS
butorphanol tartrate 10 mg/ml solution	Tier 3	QL (15 PER 28 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	Tier 4	QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS
codeine sulfate 30 mg tab	Tier 4	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 60 MG TAB	Tier 4	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
endocet 10-325 mg tab	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
endocet 7.5-325 mg tab	Tier 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
hydrocodone-acetaminophen (10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab)	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS), NDS
hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml solution, 5-217 mg/10ml solution, 7.5-325 mg/15ml solution)	Tier 4	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS
hydrocodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)	Tier 2	QL (240 PER 30 DAYS), NDS
hydromorphone hcl 2 mg tab	Tier 3	QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS
hydromorphone hcl 4 mg tab	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANALGESICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
hydromorphone hcl 8 mg tab	Tier 3	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate (15 mg tab, 30 mg tab)	Tier 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate (concentrate) (100 mg/5ml solution, 20 mg/ml solution)	Tier 3	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate 10 mg/5ml solution	Tier 3	QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate 20 mg/5ml solution	Tier 3	QL (315 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl (15 mg tab, 30 mg tab)	Tier 3	QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl 10 mg tab	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl 100 mg/5ml conc	Tier 4	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl 20 mg tab	Tier 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl 5 mg tab	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl 5 mg/5ml solution	Tier 3	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab	Tier 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
tramadol hcl 50 mg tab	Tier 2	QL (240 PER 30 DAYS), NDS
tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab	Tier 2	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANESTHETICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
LOCAL ANESTHETICS		
lidocaine 5 % ointment	Tier 4	QL (50 PER 30 DAYS)
lidocaine 5 % patch	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
lidocaine hcl 4 % solution	Tier 2	
lidocaine viscous hcl 2 % solution	Tier 2	
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
lidocan 5 % patch	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION	Tier 4	QL (10 PER 30 DAYS)
PREMIUM LIDOCAINE 5 % OINTMENT	Tier 4	QL (50 PER 30 DAYS)

ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
ALCOHOL DETERRENTS/ANTI-CRAVING		
acamprosate calcium 333 mg tab dr	Tier 4	
disulfiram (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	
OPIOID DEPENDENCE		
buprenorphine hcl (2 mg sl tab, 8 mg sl tab)	Tier 2	
buprenorphine hcl-naloxone hcl (12-3 mg film, 2-0.5 mg film, 2-0.5 mg sl tab, 4-1 mg film, 8-2 mg film, 8-2 mg sl tab)	Tier 2	
OPIOID REVERSAL AGENTS		
KLOXXADO 8 MG/0.1ML LIQUID	Tier 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
naloxone hcl (0.4 mg/ml soln cart, 0.4 mg/ml soln prsyr, 0.4 mg/ml solution, 2 mg/2ml soln prsyr, 4 mg/10ml solution)	Tier 2	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
naltrexone hcl 50 mg tab	Tier 2	
SMOKING CESSATION AGENTS		
bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab er 12h	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	Tier 4	
varenicline tartrate (0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42 tab thpk	Tier 4	QL (53 PER 30 OVER TIME)
varenicline tartrate(continue) 1 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)

ANTIBACTERIALS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
AMINOGLYCOSIDES		
amikacin sulfate 500 mg/2ml solution	Tier 4	
ARIKAYCE 590 MG/8.4ML SUSPENSION	Tier 5	PA, LA, QL (235.2 PER 28 DAYS)
gentamicin sulfate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)	Tier 2	
gentamicin sulfate 40 mg/ml solution	Tier 4	
neomycin sulfate 500 mg tab	Tier 2	
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	Tier 4	
tobramycin sulfate (1.2 gm recon soln, 1.2 gm/30ml solution, 10 mg/ml solution, 2 gm/50ml solution, 80 mg/2ml solution)	Tier 4	
ANTIBACTERIALS, OTHER		
aztreonam (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)	Tier 4	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTIBACTERIALS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	Tier 5	PA, LA, QL (84 PER 28 DAYS)
clindamycin hcl (150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap)	Tier 2	
clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln	Tier 4	
clindamycin phosphate (300 mg/2ml solution, 600 mg/4ml solution, 900 mg/6ml solution)	Tier 4	
clindamycin phosphate 2 % cream	Tier 2	
clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml solution, 600 mg/50ml solution, 900 mg/50ml solution)	Tier 4	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL (300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	Tier 4	
colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln	Tier 4	
daptomycin (350 mg recon soln, 500 mg recon soln)	Tier 4	
fosfomycin tromethamine 3 gm packet	Tier 4	QL (4 PACKETS PER 28 OVER TIME)
lincomycin hcl 300 mg/ml solution	Tier 4	
linezolid 100 mg/5ml recon susp	Tier 5	PA
linezolid 600 mg tab	Tier 4	PA
linezolid 600 mg/300ml solution	Tier 4	
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION	Tier 5	
methenamine hippurate 1 gm tab	Tier 4	
metronidazole (0.75 % gel, 250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	
metronidazole (0.75 % lotion, 1 % gel, 500 mg/100ml solution)	Tier 4	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTIBACTERIALS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
metronidazole 0.75 % cream	Tier 3	
nitrofurantoin macrocrystal (100 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	
nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap	Tier 2	
tigecycline 50 mg recon soln	Tier 4	
tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 4	
trimethoprim 100 mg tab	Tier 2	
vancomycin hcl (1 gm recon soln, 1.25 gm recon soln, 1.5 gm recon soln, 1.75 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 125 mg cap, 2 gm recon soln, 250 mg cap, 500 mg recon soln, 750 mg recon soln)	Tier 4	
vancomycin hcl 5 gm recon soln	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
XIFAXAN 200 MG TAB	Tier 3	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
XIFAXAN 550 MG TAB	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
BETA-LACTAM, CEPHALOSPORINS		
CEFACLOR (250 MG CAP, 250 MG/5ML RECON SUSP, 500 MG CAP)	Tier 2	
cefadroxil (1 gm tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg/5ml recon susp)	Tier 3	
cefadroxil 500 mg cap	Tier 2	
cefazolin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 2 gm recon soln, 3 gm recon soln, 300 gm recon soln, 500 mg recon soln)	Tier 4	
cefdinir (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp)	Tier 3	
cefdinir 300 mg cap	Tier 2	

ANTIBACTERIALS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
cefepime hcl (1 gm recon soln, 1 gm/50ml solution, 2 gm recon soln, 2 gm/100ml solution)	Tier 4	
cefixime (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 400 mg cap)	Tier 4	
cefoxitin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)	Tier 4	
CEFPODOXIME PROXETIL (100 MG TAB, 100 MG/5ML RECON SUSP, 200 MG TAB, 50 MG/5ML RECON SUSP)	Tier 4	
cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)	Tier 2	
ceftaroline fosamil (400 mg recon soln, 600 mg recon soln)	Tier 5	
CEFTAZIDIME (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	Tier 4	
ceftriaxone sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)	Tier 4	
cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	
cefuroxime sodium (1.5 gm recon soln, 750 mg recon soln)	Tier 4	
cephalexin (125 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap)	Tier 2	
TAZICEF (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	Tier 4	

ANTIBACTERIALS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
BETA-LACTAM, PENICILLINS		
amoxicillin (125 mg chew tab, 125 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg chew tab, 250 mg/5ml recon susp, 400 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab)	Tier 2	
amoxicillin trihydrate 250 mg/5ml recon susp	Tier 2	
amoxicillin-pot clavulanate (200-28.5 mg/5ml recon susp, 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml recon susp, 400-57 mg/5ml recon susp, 500-125 mg tab, 600-42.9 mg/5ml recon susp, 875-125 mg tab)	Tier 2	
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE 400-57 MG CHEW TAB	Tier 3	
amoxicillin-pot clavulanate er 1000-62.5 mg tab er 12h	Tier 4	
ampicillin 500 mg cap	Tier 2	
ampicillin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 125 mg recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)	Tier 4	
ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm recon soln, 15 (10-5) gm recon soln, 3 (2-1) gm recon soln)	Tier 4	
BICILLIN L-A (1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR, 600000 UNIT/ML SUSP PRSYR)	Tier 4	
dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)	Tier 2	
nafcillin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)	Tier 4	
penicillin g potassium (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)	Tier 4	
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	Tier 4	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTIBACTERIALS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
penicillin v potassium (125 mg/5ml recon soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon soln, 500 mg tab)	Tier 2	
pfizerpen (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)	Tier 4	
piperacillin sod-tazobactam so (13.5 (12-1.5) gm recon ln, 2.25 (2-0.25) gm recon ln, 3-0.375 gm recon ln, 3.375 (3-0.375) gm recon ln, 4-0.5 gm recon ln, 4.5 (4-0.5) gm recon ln, 40.5 (36-4.5) gm recon ln)	Tier 4	
CARBAPENEMS		
ertapenem sodium 1 gm recon soln	Tier 3	
imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, 500 mg recon soln)	Tier 4	
meropenem (1 gm recon soln, 500 mg recon soln)	Tier 4	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)	Tier 4	
MACROLIDES		
azithromycin (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 500 mg tab, 600 mg tab)	Tier 2	
azithromycin 500 mg recon soln	Tier 4	
CLARITHROMYCIN (125 MG/5ML RECON SUSP, 250 MG/5ML RECON SUSP)	Tier 4	
clarithromycin (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	
clarithromycin er 500 mg tab er 24h	Tier 4	
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	Tier 5	PA, QL (136 PER 10 OVER TIME)
e.e.s. 400 400 mg tab	Tier 4	

ANTIBACTERIALS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
erythrocin lactobionate 500 mg recon soln	Tier 4	
erythromycin base (250 mg cp dr part, 250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 4	
erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5ml recon susp	Tier 4	
erythromycin lactobionate 500 mg recon soln	Tier 4	
fidaxomicin 200 mg tab	Tier 5	PA, QL (20 PER 10 OVER TIME)
QUINOLONES		
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	Tier 3	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	Tier 4	
ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)	Tier 2	
ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution	Tier 4	
levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)	Tier 2	
levofloxacin 25 mg/ml solution	Tier 4	
levofloxacin in d5w (500 mg/100ml solution, 750 mg/150ml solution)	Tier 4	
moxifloxacin hcl 400 mg tab	Tier 3	
MOXIFLOXACIN HCL 400 MG/250ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL 400 MG/250ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
SULFONAMIDES		
sulfadiazine 500 mg tab	Tier 3	
sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 400-80 mg tab, 800-160 mg tab, 800-160 mg/20ml suspension)	Tier 2	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution	Tier 4	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTIBACTERIALS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
sulfatrim pediatric 200-40 mg/5ml suspension	Tier 2	
TETRACYCLINES		
avidoxy 100 mg tab	Tier 3	
doxy 100 100 mg recon soln	Tier 4	
doxycycline hyclate (100 mg cap, 100 mg tab, 20 mg tab, 50 mg cap)	Tier 2	
doxycycline hyclate 100 mg recon soln	Tier 4	
doxycycline monohydrate (100 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	
doxycycline monohydrate (100 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 3	
minocycline hcl (100 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	Tier 2	
mondoxyne nl 100 mg cap	Tier 2	
tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)	Tier 4	

ANTICONVULSANTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
ANTICONVULSANTS, OTHER		
brivaracetam (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 5	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
brivaracetam 10 mg/ml solution	Tier 5	ST, QL (600 PER 30 DAYS)
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET)	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET)	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)	Tier 2	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTICONVULSANTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
divalproex sodium er (250 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h)	Tier 2	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)	Tier 4	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
lamotrigine (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)	Tier 1	
lamotrigine (25 mg chew tab, 5 mg chew tab)	Tier 2	
levetiracetam (100 mg/ml solution, 1000 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab)	Tier 2	
levetiracetam er 500 mg tab er 24h	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
levetiracetam er 750 mg tab er 24h	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
perampanel (10 mg tab, 12 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
perampanel 0.5 mg/ml suspension	Tier 4	QL (720 PER 30 DAYS)
perampanel 2 mg tab	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
roweepra 500 mg tab	Tier 2	
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 1000 MG TAB	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 750 MG TAB	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
subvenite (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)	Tier 2	
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (1500 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTICONVULSANTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
topiramate (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
topiramate (15 mg cap sprink, 25 mg cap sprink, 50 mg cap sprink)	Tier 2	
topiramate 25 mg/ml solution	Tier 4	QL (480 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
valproate sodium (100 mg/ml solution, 500 mg/5ml solution)	Tier 4	
valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)	Tier 2	
XCOPRI (100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALCIUM CHANNEL MODIFYING AGENTS		
ethosuximide (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)	Tier 2	
methsuximide 300 mg cap	Tier 4	
GAMMA-AMINOBUTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS		
clobazam 10 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
clobazam 2.5 mg/ml suspension	Tier 4	QL (480 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
clobazam 20 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
diazepam 10 mg gel	Tier 4	QL (20 PER 30 DAYS)
diazepam 2.5 mg gel	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)
diazepam 20 mg gel	Tier 4	QL (40 PER 30 DAYS)
gabapentin (250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution)	Tier 3	QL (2160 PER 30 DAYS)

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTICONVULSANTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
gabapentin 100 mg cap	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
gabapentin 300 mg cap	Tier 2	QL (240 PER 30 DAYS)
gabapentin 400 mg cap	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
phenobarbital (100 mg tab, 15 mg tab, 16.2 mg tab, 20 mg/5ml elixir, 30 mg tab, 30 mg/7.5ml elixir, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 60 mg/15ml elixir, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab)	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
primidone (125 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
SYMPAZAN (10 MG FILM, 20 MG FILM)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SYMPAZAN 5 MG FILM	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
tiagabine hcl (12 mg tab, 16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	Tier 4	
VALTOCO 10 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQUID	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 15 MG DOSE 2 X 7.5 MG/0.1ML LIQD THPK	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 20 MG DOSE 2 X 10 MG/0.1ML LIQD THPK	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1ML LIQUID	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
vigadrone 500 mg packet	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
vigadrone 500 mg tab	Tier 5	QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (750 ML PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTICONVULSANTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
vigpoder 500 mg packet	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	LA, QL (1080 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SODIUM CHANNEL AGENTS		
carbamazepine (100 mg chew tab, 100 mg/5ml suspension, 200 mg chew tab, 200 mg tab, 200 mg/10ml suspension)	Tier 2	
carbamazepine er (100 mg cap er 12h, 100 mg tab er 12h, 200 mg cap er 12h, 200 mg tab er 12h, 300 mg cap er 12h, 400 mg tab er 12h)	Tier 3	
DILANTIN (100 MG CAP, 30 MG CAP)	Tier 4	
epitol 200 mg tab	Tier 2	
eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
lacosamide (10 mg/ml solution, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)	Tier 4	QL (1200 PER 30 DAYS)
lacosamide (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
lacosamide 200 mg/20ml solution	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab)	Tier 2	
oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension	Tier 4	
phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)	Tier 2	
phenytoin (100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension, 50 mg chew tab)	Tier 2	

ANTICONVULSANTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
phenytoin infatabs 50 mg chew tab	Tier 2	
phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)	Tier 2	
rufinamide 200 mg tab	Tier 4	QL (480 PER 30 DAYS)
rufinamide 40 mg/ml suspension	Tier 5	QL (2400 PER 30 DAYS)
rufinamide 400 mg tab	Tier 4	QL (240 PER 30 DAYS)
XCOPRI (14 X 150 MG & 14 X200 MG TAB THPK, 14 X 50 MG & 14 X100 MG TAB THPK)	Tier 5	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 MG TAB THPK	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG TAB THPK	Tier 4	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	
zonisamide (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	

ANTIDEMENTIA AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
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)

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTIDEMENTIA AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
CHOLINESTERASE INHIBITORS		
donepezil hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
donepezil hcl 23 mg tab	Tier 4	ST
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg	Tier 2	
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg	Tier 2	
galantamine hydrobromide (12 mg tab, 4 mg tab, 4 mg/ml solution, 8 mg tab)	Tier 4	
galantamine hydrobromide er (16 mg cap er 24h, 24 mg cap er 24h, 8 mg cap er 24h)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
rivastigmine (13.3 mg/24hr patch 24hr, 4.6 mg/24hr patch 24hr, 9.5 mg/24hr patch 24hr)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)	Tier 3	
N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONIST		
memantine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
memantine hcl (10 mg/5ml solution, 2 mg/ml solution)	Tier 3	
memantine hcl er (14 mg cap er 24h, 21 mg cap er 24h, 28 mg cap er 24h, 7 mg cap er 24h)	Tier 4	

ANTIDEPRESSANTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
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

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTIDEPRESSANTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
bupropion hcl 100 mg tab	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
bupropion hcl 75 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12h	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 150 mg tab er 12h	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 200 mg tab er 12h	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24h	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (xl) 300 mg tab er 24h	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
EXXUA (18.2 MG TAB ER 24H, 36.3 MG TAB ER 24H, 54.5 MG TAB ER 24H, 72.6 MG TAB ER 24H)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EXXUA TITRATION PACK 18.2 MG TAB ER 24H	Tier 5	QL (64 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYBALVI (10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB, 5-10 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
mirtazapine (15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab, 45 mg tab disp, 7.5 mg tab)	Tier 2	
mirtazapine (15 mg tab, 30 mg tab)	Tier 1	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE (2-10 MG TAB, 2-25 MG TAB, 4-10 MG TAB, 4-25 MG TAB, 4-50 MG TAB)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP)	Tier 5	QL (28 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE 30 MG CAP	Tier 5	QL (14 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS		
EMSAM (12 MG/24HR PATCH 24HR, 6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR)	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTIDEPRESSANTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
MARPLAN 10 MG TAB	Tier 4	
PHENELZINE SULFATE 15 MG TAB	Tier 2	
tranylcypromine sulfate 10 mg tab	Tier 4	
SSRIS/SNRIS (SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITOR/SEROTONIN AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR)		
citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	Tier 1	
citalopram hydrobromide (10 mg/5ml solution, 20 mg/10ml solution)	Tier 3	
desvenlafaxine succinate er (25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
desvenlafaxine succinate er 100 mg tab er 24h	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
escitalopram oxalate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
escitalopram oxalate (10 mg/10ml solution, 5 mg/5ml solution)	Tier 2	
FETZIMA (120 MG CAP ER 24H, 20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK	Tier 4	QL (28 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
fluoxetine hcl (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	Tier 1	
fluoxetine hcl 20 mg/5ml solution	Tier 2	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	Tier 4	QL (4 PER 28 DAYS)
fluvoxamine maleate 100 mg tab	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
fluvoxamine maleate 25 mg tab	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
fluvoxamine maleate 50 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
NEFAZODONE HCL (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 3	
paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)	Tier 1	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTIDEPRESSANTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
PAROXETINE HCL 10 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	QL (900 PER 30 DAYS)
paroxetine hcl er (12.5 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 37.5 mg tab er 24h)	Tier 4	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (1200 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sertraline hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
sertraline hcl 20 mg/ml conc	Tier 3	
trazodone hcl (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
trazodone hcl 300 mg tab	Tier 3	
TRINTELLIX (10 MG TAB, 20 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
venlafaxine hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 2	
venlafaxine hcl er (150 mg cap er 24h, 37.5 mg cap er 24h)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
venlafaxine hcl er 75 mg cap er 24h	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
TRICYCLICS		
amitriptyline hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
amoxapine (100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 3	
clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
desipramine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 4	
doxepin hcl (10 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	Tier 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTIDEPRESSANTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
doxepin hcl 10 mg/ml conc	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
nortriptyline hcl (10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	Tier 2	
nortriptyline hcl 10 mg/5ml solution	Tier 4	
protriptyline hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	
trimipramine maleate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIEMETICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
ANTIEMETICS, OTHER		
compro 25 mg suppos	Tier 4	
meclizine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab)	Tier 2	
metoclopramide hcl (10 mg tab, 10 mg/10ml solution, 5 mg tab, 5 mg/5ml solution)	Tier 2	
metoclopramide hcl 5 mg/ml solution	Tier 4	
perphenazine (16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	Tier 2	
prochlorperazine 25 mg suppos	Tier 4	
prochlorperazine maleate (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
promethazine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	PA
scopolamine 1 mg/3days patch 72hr	Tier 4	

ANTIEMETICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
EMETOGENIC THERAPY ADJUNCTS		
aprepitant (125 mg cap, 80 & 125 mg cap thpk, 80 mg cap)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
aprepitant 40 mg cap	Tier 4	PA, QL (1 PER 30 DAYS)
dronabinol (10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)	Tier 4	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
granisetron hcl 1 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron 4 mg tab disp	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron 8 mg tab disp	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ONDANSETRON HCL 24 MG TAB	Tier 2	QL (15 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 4 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 4 mg/5ml solution	Tier 4	QL (900 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 8 mg tab	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIFUNGALS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
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

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTIFUNGALS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
amphotericin b liposome 50 mg recon susp	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)	Tier 2	
CRESEMBA 186 MG CAP	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
CRESEMBA 74.5 MG CAP	Tier 5	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
econazole nitrate 1 % cream	Tier 4	
fluconazole (10 mg/ml recon susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)	Tier 2	
fluconazole in sodium chloride (200-0.9 mg/100ml-% solution, 400-0.9 mg/200ml-% solution)	Tier 4	
flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)	Tier 5	
griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)	Tier 4	
griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)	Tier 4	
itraconazole 100 mg cap	Tier 4	
ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)	Tier 2	
klayesta 100000 unit/gm powder	Tier 4	
micafungin sodium (100 mg recon soln, 50 mg recon soln)	Tier 4	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	Tier 3	
nyamyc 100000 unit/gm powder	Tier 4	
nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)	Tier 2	
nystatin 100000 unit/gm powder	Tier 4	
nystop 100000 unit/gm powder	Tier 4	
posaconazole 100 mg tab dr	Tier 4	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTIFUNGALS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
terbinafine hcl 250 mg tab	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
terconazole (0.4 % cream, 0.8 % cream)	Tier 3	
terconazole 80 mg suppos	Tier 4	
voriconazole (200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)	Tier 4	PA
voriconazole 200 mg recon soln	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIGOUT AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
ANTIGOUT AGENTS		
allopurinol (100 mg tab, 300 mg tab)	Tier 1	
colchicine 0.6 mg tab	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab	Tier 2	
febuxostat (40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
probenecid 500 mg tab	Tier 2	

ANTIMIGRAINE AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
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)

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTIMIGRAINE AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
ERGOT ALKALOIDS		
dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution	Tier 4	PA, QL (8 PER 30 DAYS)
ERGOTAMINE-CAFFEINE 1-100 MG TAB	Tier 3	QL (40 PER 28 DAYS)
SEROTONIN (5-HT) RECEPTOR AGONIST		
naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)	Tier 3	QL (18 PER 30 OVER TIME)
rizatriptan benzoate (10 mg tab, 10 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)	Tier 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan (20 mg/act solution, 5 mg/act solution)	Tier 4	QL (18 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan succinate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution)	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL (4 MG/0.5ML SOLN CART, 6 MG/0.5ML SOLN CART)	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)

ANTIMYASTHENIC AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
PARASYMPATHOMIMETICS		
pyridostigmine bromide 60 mg tab	Tier 2	
pyridostigmine bromide er 180 mg tab er	Tier 4	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTIMYCOBACTERIALS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
ANTIMYCOBACTERIALS, OTHER		
dapsone (100 mg tab, 25 mg tab)	Tier 3	
rifabutin 150 mg cap	Tier 4	
ANTITUBERCULARS		
ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)	Tier 2	
isoniazid (100 mg tab, 300 mg tab, 50 mg/5ml syrup)	Tier 2	
PRETOMANID 200 MG TAB	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
pyrazinamide 500 mg tab	Tier 2	
rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)	Tier 2	
rifampin 600 mg recon soln	Tier 4	
rifapentine 150 mg tab	Tier 4	
SIRTURO (100 MG TAB, 20 MG TAB)	Tier 5	PA
TRECATOR 250 MG TAB	Tier 4	

ANTINEOPLASTICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
ALKYLATING AGENTS		
CYCLOPHOSPHAMIDE (25 MG CAP, 25 MG TAB, 50 MG CAP, 50 MG TAB)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
LEUKERAN 2 MG TAB	Tier 4	
lomustine (10 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
lomustine 100 mg cap	Tier 5	
MATULANE 50 MG CAP	Tier 5	LA
ANTIANDROGENS		
abiraterone acetate 250 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTINEOPLASTICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
abiraterone acetate 500 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
abirtega 250 mg tab	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bicalutamide 50 mg tab	Tier 2	
ERLEADA 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERLEADA 60 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EULEXIN 125 MG CAP	Tier 3	
nilutamide 150 mg tab	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
NUBEQA 300 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 345 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 86 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 80 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIANGIOGENIC AGENTS		
lenalidomide (10 mg cap, 15 mg cap, 2.5 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
pomalidomide (1 mg cap, 2 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTINEOPLASTICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
POMALYST (1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 100 MG CAP	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 50 MG CAP	Tier 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIESTROGENS/MODIFIERS		
fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr	Tier 5	
INLURIYO 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
toremifene citrate 60 mg tab	Tier 4	
VEPPANU (100 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIMETABOLITES		
mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
mercaptopurine 50 mg tab	Tier 2	
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	QL (14 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABLOID 40 MG TAB	Tier 3	
ANTINEOPLASTICS, OTHER		
AKEEGA (100-500 MG TAB, 50-500 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 160 MG CAP	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTINEOPLASTICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
AUGTYRO 40 MG CAP	Tier 5	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI PEN 500 MCG/0.5ML SOLN PEN	Tier 5	LA, QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 1 MG CAP	Tier 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 5 MG CAP	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
hydroxyurea 500 mg cap	Tier 2	
INQOVI 35-100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (5 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IWILFIN 192 MG TAB	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LEDERLE LEUCOVORIN 5 MG TAB	Tier 2	
leucovorin calcium (10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
leucovorin calcium (100 mg recon soln, 350 mg recon soln)	Tier 4	
LONSURF 15-6.14 MG TAB	Tier 5	LA, QL (100 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LONSURF 20-8.19 MG TAB	Tier 5	LA, QL (80 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYSODREN 500 MG TAB	Tier 5	
MODEYSO 125 MG CAP	Tier 5	LA, QL (20 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
QINLOCK 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTINEOPLASTICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
WELIREG 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZENBEXUS (0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	Tier 5	QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZOLINZA 100 MG CAP	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AROMATASE INHIBITORS, 3RD GENERATION		
anastrozole 1 mg tab	Tier 1	
exemestane 25 mg tab	Tier 4	
letrozole 2.5 mg tab	Tier 2	
ENZYME INHIBITORS		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 0.8 & 200 MG THER PACK	Tier 5	LA, QL (66 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 80 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MOLECULAR TARGET INHIBITORS		
ALECENSA 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG (180 MG TAB, 90 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 30 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTINEOPLASTICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AYVAKIT (100 MG TAB, 200 MG TAB, 25 MG TAB, 300 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 3 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 4 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG CAP	Tier 5	QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 50 MG CAP	Tier 5	QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 500 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bosutinib (400 mg tab, 500 mg tab)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bosutinib 100 mg tab	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRAFTOVI 75 MG CAP	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 160 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 80 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTINEOPLASTICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALQUENCE 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 300 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAVHANZA (60 MG TAB DISP, 80 MG TAB DISP)	Tier 5	LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 MG KIT	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 MG & 80 MG KIT	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 MG KIT	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (56 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COTELLIC 20 MG TAB	Tier 5	LA, QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
dasatinib (20 mg tab, 50 mg tab)	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTINEOPLASTICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
DAURISMO 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERIVEDGE 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
erlotinib hcl 25 mg tab	Tier 3	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (10 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (2 mg tab sol, 3 mg tab sol, 5 mg tab sol)	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FOTIVDA (0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GAVRETO 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
gefitinib 250 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 1 MG CAP	Tier 5	LA, QL (126 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 1 MG TAB SOL	Tier 5	LA, QL (168 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 2 MG CAP	Tier 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTINEOPLASTICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
HERNEXEOS 60 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
HYRNUO 10 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE (100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB, 75 MG CAP, 75 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBTROZI 200 MG CAP	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IDHIFA (100 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
imatinib mesylate 100 mg tab	Tier 3	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
imatinib mesylate 400 mg tab	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (140 MG CAP, 140 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (280 MG TAB, 420 MG TAB, 70 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	LA, QL (216 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 1 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTINEOPLASTICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
INLYTA 5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INREBIC 100 MG CAP	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 3 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 9 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H, 33 MG TAB ER 24H, 44 MG TAB ER 24H, 55 MG TAB ER 24H)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JIDEYTRO 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JIDEYTRO 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (200 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (400 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (42 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (600 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTINEOPLASTICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
KOMZIFTI 200 MG CAP	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 10 MG CAP	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 5 MG CAP SPRINK	Tier 5	QL (600 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 7.5 MG CAP SPRINK	Tier 5	QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KRAZATI 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
lapatinib ditosylate 250 mg tab	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 10 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTINEOPLASTICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LIFYORLI (125 MG DOSE) 1 X 25 MG & 1 X 100 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (18 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LIFYORLI (150 MG DOSE) 2 X 25 MG & 1 X 100 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (27 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 120 MG TAB	Tier 5	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 240 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 320 MG TAB	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (140 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	Tier 5	LA, QL (1200 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTINEOPLASTICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
MEKINIST 2 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKTOVI 15 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NERLYNX 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
nilotinib hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NINLARO (2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	Tier 5	QL (3 PER 21 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ODOMZO 200 MG CAP	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 150 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP	Tier 5	LA, QL (96 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
pazopanib hcl 200 mg tab	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PAZOPANIB HCL 400 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEMAZYRE (13.5 MG TAB, 4.5 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTINEOPLASTICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & 50 MG TAB THPK	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 MG TAB THPK	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO (120 MG TAB, 160 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG TAB	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 110 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 160 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZLIDHIA 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROMVIMZA (14 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 100 MG CAP	Tier 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 200 MG CAP	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 50 MG PACKET	Tier 5	QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTINEOPLASTICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
RYDAPT 25 MG CAP	Tier 5	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 20 MG TAB	Tier 5	QL (600 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 40 MG TAB	Tier 5	QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sorafenib tosylate 200 mg tab	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
STIVARGA 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate 12.5 mg cap	Tier 5	QL (210 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate 25 mg cap	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	Tier 5	LA, QL (900 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAGRISSO (40 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTINEOPLASTICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
TALZENNA 0.25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAZVERIK 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TEPMETKO 225 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TIBSOVO 250 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRUQAP (160 MG TAB, 160 MG TAB THPK, 200 MG TAB, 200 MG TAB THPK)	Tier 5	LA, QL (64 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TUKYSA (150 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TURALIO 125 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 17.7 MG TAB	Tier 5	LA, QL (28 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 26.5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 10 MG TAB	Tier 3	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 50 MG TAB	Tier 4	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (84 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTINEOPLASTICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
VITRAKVI 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 10 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI (200 MG CAP, 250 MG CAP, 50 MG CAP SPRINK)	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 20 MG CAP SPRINK	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XOSPATA 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 10 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (16 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTINEOPLASTICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 80 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (32 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZEJULA (100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZELBORAF 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYDELIG (100 MG TAB, 150 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYKADIA 150 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETINOIDS		
bexarotene 1 % gel	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bexarotene 75 mg cap	Tier 3	QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PANRETIN 0.1 % GEL	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
tretinoin 10 mg cap	Tier 5	

ANTINEOPLASTICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
TREATMENT ADJUNCTS		
mesna 400 mg tab	Tier 4	
VONJO 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIPARASITICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
ANTHELMINTHICS		
albendazole 200 mg tab	Tier 4	
ivermectin 3 mg tab	Tier 2	
praziquantel 600 mg tab	Tier 3	
ANTIPROTOZOALS		
atovaquone 750 mg/5ml suspension	Tier 4	PA
atovaquone-proguanil hcl (250-100 mg tab, 62.5-25 mg tab)	Tier 2	
BENZNIDAZOLE 100 MG TAB	Tier 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB	Tier 4	QL (720 PER 365 OVER TIME)
chloroquine phosphate (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	QL (25 PER 30 DAYS)
COARTEM 20-120 MG TAB	Tier 4	QL (24 PER 2 OVER TIME)
hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTIPARASITICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
IMPAVIDO 50 MG CAP	Tier 5	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
mefloquine hcl 250 mg tab	Tier 2	
nitazoxanide 500 mg tab	Tier 5	PA, QL (6 PER 3 OVER TIME)
pentamidine isethionate 300 mg recon soln	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
pentamidine isethionate 300 mg recon soln	Tier 3	
primaquine phosphate 26.3 (15 base) mg tab	Tier 2	
pyrimethamine 25 mg tab	Tier 5	PA
quinine sulfate 324 mg cap	Tier 3	PA, QL (180 PER 30 DAYS)

ANTIPARKINSON AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
ANTICHOLINERGICS		
benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 2	
benztropine mesylate 1 mg/ml solution	Tier 4	
trihexyphenidyl hcl (0.4 mg/ml solution, 2 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
ANTIPARKINSON AGENTS, OTHER		
amantadine hcl (100 mg cap, 100 mg tab, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)	Tier 2	
carbidopa-levodopa-entacapone (12.5-50-200 mg tab, 18.75-75-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab)	Tier 4	
entacapone 200 mg tab	Tier 4	QL (240 PER 30 DAYS)

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTIPARKINSON AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
DOPAMINE AGONISTS		
bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)	Tier 4	
pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)	Tier 2	
ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
ropinirole hcl er (2 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h, 6 mg tab er 24h)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
ropinirole hcl er 12 mg tab er 24h	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
ropinirole hcl er 8 mg tab er 24h	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
DOPAMINE PRECURSORS AND/OR L-AMINO ACID DECARBOXYLASE INHIBITORS		
carbidopa 25 mg tab	Tier 4	
carbidopa-levodopa (10-100 mg tab disp, 25-100 mg tab disp, 25-250 mg tab disp)	Tier 4	
carbidopa-levodopa (10-100 mg tab, 25-100 mg tab, 25-250 mg tab)	Tier 2	
carbidopa-levodopa er (25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er)	Tier 2	
MONOAMINE OXIDASE B (MAO-B) INHIBITORS		
rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)	Tier 2	

ANTIPSYCHOTICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
1ST GENERATION/TYPICAL		
chlorpromazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 100 mg/ml conc, 200 mg tab, 25 mg tab, 25 mg/ml solution, 30 mg/ml conc, 50 mg tab, 50 mg/2ml solution)	Tier 4	
fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution	Tier 4	
fluphenazine hcl (1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 2.5 mg/5ml elixir, 2.5 mg/ml solution, 5 mg tab, 5 mg/ml conc)	Tier 4	
haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
haloperidol decanoate (100 mg/ml solution, 50 mg/ml solution)	Tier 3	
haloperidol lactate 2 mg/ml conc	Tier 3	
haloperidol lactate 5 mg/ml solution	Tier 2	
loxapine succinate (10 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	
MOLINDONE HCL 10 MG TAB	Tier 4	QL (240 PER 30 DAYS)
MOLINDONE HCL 25 MG TAB	Tier 4	QL (270 PER 30 DAYS)
MOLINDONE HCL 5 MG TAB	Tier 4	QL (360 PER 30 DAYS)
pimozide (1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 3	
thioridazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
thiothixene (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	Tier 3	
trifluoperazine hcl (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
2ND GENERATION/ATYPICAL		
ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIPSYCHOTICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
aripiprazole (10 mg tab disp, 15 mg tab disp)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
aripiprazole 1 mg/ml solution	Tier 4	QL (750 PER 30 DAYS)
aripiprazole 2 mg tab	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
aripiprazole 5 mg tab	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
asenapine maleate (10 mg sl tab, 2.5 mg sl tab, 5 mg sl tab)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI (1 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK A 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB THPK	Tier 5	QL (16 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TAB THPK	Tier 5	QL (24 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK C 1 & 2 & 6 MG TAB THPK	Tier 5	QL (16 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERZOFRI 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 156 MG/ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 351 MG/2.25ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (4.5 ML PER 365 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTIPSYCHOTICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
ERZOFRI 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT (10 MG TAB, 12 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK A 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TAB	Tier 4	QL (12 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK C 1 & 2 & 6 MG TAB	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (3.5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.88 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTIPSYCHOTICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.32 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.75 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (2.63 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
lurasidone hcl (120 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
lurasidone hcl 80 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
olanzapine (10 mg recon soln, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 20 mg tab disp, 5 mg tab disp)	Tier 4	
olanzapine (10 mg tab, 15 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 2	
OPIPZA (10 MG FILM, 5 MG FILM)	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OPIPZA 2 MG FILM	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
paliperidone er (1.5 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 9 mg tab er 24h)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
paliperidone er 6 mg tab er 24h	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PERSERIS (120 MG PRSYR, 90 MG PRSYR)	Tier 5	QL (1 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
quetiapine fumarate (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTIPSYCHOTICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
quetiapine fumarate er (150 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 400 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)	Tier 4	
REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
risperidone (0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp, 3 mg tab disp, 4 mg tab disp)	Tier 4	
risperidone (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab)	Tier 2	
risperidone 1 mg/ml solution	Tier 3	
risperidone microspheres er (12.5 mg srer, 25 mg srer)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
risperidone microspheres er (37.5 mg srer, 50 mg srer)	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
SECUADO (3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR (0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
WELTRUZA (318 MG SRER, 425 MG SRER, 531 MG SRER)	Tier 5	QL (1 VIAL PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)	Tier 3	
ziprasidone mesylate 20 mg recon soln	Tier 4	
ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ANTIPSYCHOTICS, OTHER		
COBENFY (100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP, 50-20 MG CAP)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTIPSYCHOTICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
COBENFY STARTER PACK 50-20 & 100-20 MG CAP THPK	Tier 5	QL (112 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TREATMENT-RESISTANT		
clozapine (100 mg tab disp, 12.5 mg tab disp, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp, 25 mg tab disp)	Tier 4	
clozapine (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (540 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTISPASTICITY AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
ANTISPASTICITY AGENTS		
baclofen (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
baclofen 15 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
baclofen 5 mg tab	Tier 2	QL (480 PER 30 DAYS)
dantrolene sodium (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 4	
tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)	Tier 2	

ANTIVIRALS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
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)

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTIVIRALS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
valganciclovir hcl 450 mg tab	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln	Tier 4	QL (540 PER 30 DAYS)
ANTI-HEPATITIS B (HBV) AGENTS		
adefovir dipivoxil 10 mg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (630 PER 30 DAYS)
entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
lamivudine 100 mg tab	Tier 3	
ANTI-HEPATITIS C (HCV) AGENTS		
MAVYRET 100-40 MG TAB	Tier 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
MAVYRET 50-20 MG PACKET	Tier 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
RIBAVIRIN (200 MG CAP, 200 MG TAB)	Tier 2	
ribavirin 6 gm recon soln	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, INTEGRASE INHIBITORS (INSTI)		
BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
BIXLENVO 75-50 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	Tier 5	QL (180 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	Tier 3	QL (180 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
ISENTRESS HD 600 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
raltegravir potassium 400 mg tab	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTIVIRALS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
raltegravir potassium 600 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
TIVICAY 50 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NNRTI)		
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
EDURANT PED 2.5 MG TAB SOL	Tier 5	QL (180 PER 30 DAYS)
efavirenz 600 mg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
efavirenz-lamivudine-tenofovir (400-300-300 mg tab, 600-300-300 mg tab)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
emtricitab-rilpivir-tenofov df 200-25-300 mg tab	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
etravirine 100 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
etravirine 200 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	Tier 4	QL (360 PER 30 DAYS)
nevirapine 200 mg tab	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	QL (1200 PER 30 DAYS)
nevirapine er 400 mg tab er 24h	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
PIFELTRO 100 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
rilpivirine hcl 25 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, NUCLEOSIDE AND NUCLEOTIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NRTI)		
abacavir sulfate 20 mg/ml solution	Tier 4	QL (900 PER 30 DAYS)
abacavir sulfate 300 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTIVIRALS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
CIMDUO 300-300 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
emtricitabine 200 mg cap	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (720 PER 30 DAYS)
lamivudine (10 mg/ml solution, 300 mg/30ml solution)	Tier 3	QL (900 PER 30 DAYS)
lamivudine 150 mg tab	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
lamivudine 300 mg tab	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
VIREAD (200 MG TAB, 250 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
VIREAD 150 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
VIREAD 40 MG/GM POWDER	Tier 4	QL (240 PER 30 DAYS)
zidovudine 100 mg cap	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
zidovudine 300 mg tab	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
zidovudine 50 mg/5ml syrup	Tier 2	QL (1800 PER 30 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, OTHER		
BIXLENVO SUNLENCA STARTER PACK 75-50 & 4 X 300 MG TAB THPK	Tier 5	QL (68 PER 365 OVER TIME)
CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP	Tier 5	QL (4 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	Tier 5	QL (6 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTIVIRALS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
IDVYNSO 100-0.25 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
maraviroc 150 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
maraviroc 300 mg tab	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (1800 PER 30 DAYS)
SUNLENCA 300 MG TAB	Tier 5	LA, QL (24 PER 168 OVER TIME)
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	Tier 5	QL (4 PER 180 OVER TIME)
SUNLENCA 463.5 MG/1.5ML SOLUTION	Tier 5	QL (3 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	Tier 5	QL (5 PER 180 OVER TIME)
TYBOST 150 MG TAB	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, PROTEASE INHIBITORS (PI)		
APTIVUS 250 MG CAP	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
atazanavir sulfate 300 mg cap	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
darunavir 600 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
darunavir 800 mg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
fosamprenavir calcium 700 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
KALETRA 400-100 MG/5ML SOLUTION	Tier 4	QL (390 PER 30 DAYS)
lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab	Tier 4	QL (300 PER 30 DAYS)
lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
NORVIR 100 MG PACKET	Tier 4	QL (360 PER 30 DAYS)
PREZCOBIX (675-150 MG TAB, 800-150 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTIVIRALS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
PREZCOBIX PED 600-90 MG TAB SOL	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (360 PER 30 DAYS)
PREZISTA 150 MG TAB	Tier 3	QL (240 PER 30 DAYS)
PREZISTA 75 MG TAB	Tier 3	QL (300 PER 30 DAYS)
REYATAZ 50 MG PACKET	Tier 5	QL (240 PER 30 DAYS)
ritonavir 100 mg tab	Tier 3	QL (360 PER 30 DAYS)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TAB	Tier 5	QL (270 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
ANTI-INFLUENZA AGENTS		
oseltamivir phosphate 30 mg cap	Tier 3	QL (120 PER 180 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 45 mg cap	Tier 3	QL (42 PER 180 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp	Tier 3	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 75 mg cap	Tier 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RIMANTADINE HCL 100 MG TAB	Tier 4	
XOFLUZA (40 MG DOSE) 1 X 40 MG TAB THPK	Tier 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
XOFLUZA (80 MG DOSE) 1 X 80 MG TAB THPK	Tier 4	QL (1 PER 30 OVER TIME)
ANTIHERPETIC AGENTS		
acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)	Tier 2	
acyclovir (200 mg/5ml suspension, 800 mg/20ml suspension)	Tier 4	
acyclovir sodium 50 mg/ml solution	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANTIVIRALS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	
valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)	Tier 2	
ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS		
LAGEVRIO 200 MG CAP	Tier 5	QL (40 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (150/100) 10 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	Tier 2	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100 & 150/100) 6 X 150 MG & 5 X 100MG TAB THPK	Tier 2	QL (11 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100) 20 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	Tier 2	QL (30 PER 30 OVER TIME)

ANXIOLYTICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
ANXIOLYTICS, OTHER		
buspirone hcl (10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 2	
BENZODIAZEPINES		
alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
alprazolam 2 mg tab	Tier 2	QL (150 PER 30 DAYS)
clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp)	Tier 3	QL (1200 PER 30 DAYS)
clonazepam 0.5 mg tab	Tier 2	QL (1200 PER 30 DAYS)
clonazepam 1 mg tab	Tier 2	QL (600 PER 30 DAYS)
clonazepam 1 mg tab disp	Tier 3	QL (600 PER 30 DAYS)
clonazepam 2 mg tab	Tier 2	QL (300 PER 30 DAYS)
clonazepam 2 mg tab disp	Tier 3	QL (300 PER 30 DAYS)
clorazepate dipotassium 15 mg tab	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ANXIOLYTICS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
clorazepate dipotassium 3.75 mg tab	Tier 4	QL (720 PER 30 DAYS)
clorazepate dipotassium 7.5 mg tab	Tier 4	QL (360 PER 30 DAYS)
diazepam (5 mg tab, 5 mg/ml conc)	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
diazepam 10 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
diazepam 2 mg tab	Tier 2	QL (900 PER 30 DAYS)
diazepam 5 mg/5ml solution	Tier 2	QL (1800 PER 30 DAYS)
diazepam intensol 5 mg/ml conc	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
lorazepam 0.5 mg tab	Tier 2	QL (600 PER 30 DAYS)
lorazepam 1 mg tab	Tier 2	QL (300 PER 30 DAYS)
lorazepam 2 mg tab	Tier 2	QL (150 PER 30 DAYS)
lorazepam 2 mg/ml conc	Tier 3	QL (150 PER 30 DAYS)
lorazepam intensol 2 mg/ml conc	Tier 3	QL (150 PER 30 DAYS)

BIPOLAR AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
MOOD STABILIZERS		
lithium 8 meq/5ml solution	Tier 2	
lithium carbonate (150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg cap)	Tier 2	
lithium carbonate er (300 mg tab er, 450 mg tab er)	Tier 2	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
ANTIDIABETIC AGENTS		
acarbose (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
dapagliflozin base-metformin er (10-1000 mg tab er 24h, 10-500 mg tab er 24h, 5-500 mg tab er 24h)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
dapagliflozin base-metformin er 5-1000 mg tab er 24h	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	Tier 1	
glipizide (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
glipizide er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	Tier 1	
glipizide xl (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	Tier 1	
glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)	Tier 1	
glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)	Tier 1	
glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)	Tier 1	
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
JENTADUETO (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 2.5-850 MG TAB)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB, 40 MG TAB)	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
metformin hcl (1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab)	Tier 1	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
metformin hcl er (500 mg tab er 24h, 750 mg tab er 24h)	Tier 1	
MOUNJARO (10 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 12.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 15 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 2.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 7.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
nateglinide (120 mg tab, 60 mg tab)	Tier 1	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 4 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (1.5 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)	Tier 1	
pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)	Tier 1	QL (30 PER 30 DAYS)
pioglitazone hcl-metformin hcl (15-500 mg tab, 15-850 mg tab)	Tier 1	
repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 1	
RYBELSUS (14 MG TAB, 3 MG TAB, 7 MG TAB)	Tier 3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
sitaglip phos-metformin hcl er (100-1000 mg tab er 24h, 50-500 mg tab er 24h)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
sitaglip phos-metformin hcl er 50-1000 mg tab er 24h	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
sitagliptin phos-metformin hcl (50-1000 mg tab, 50-500 mg tab)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
sitagliptin phosphate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
SYNJARDY (12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB, 5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
SYNJARDY XR (10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRADJENTA 5 MG TAB	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRULICITY (0.75 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 3 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 4.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
XIGDUO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
GLYCEMIC AGENTS		
BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	Tier 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	Tier 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
diazoxide 50 mg/ml suspension	Tier 5	
glucagon emergency (1 mg recon soln, 1 mg/ml recon soln)	Tier 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
INSULINS		
HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART	Tier 3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	Tier 3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN (50-50) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
HUMULIN 70/30 KWIKPEN (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMULIN N 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	
HUMULIN N KWIKPEN 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMULIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 500 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 500 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	QL (40 PER 30 DAYS)
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (45 PER 30 DAYS)
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
NOVOLIN R FLEXPEN RELION 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (18 PER 28 DAYS)
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (18 PER 28 DAYS)
TRESIBA 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (27 PER 30 DAYS)

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
ANTICOAGULANTS		
dabigatran etexilate mesylate (110 mg cap, 150 mg cap, 75 mg cap)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS (0.15 MG CAP SPRINK, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS (1.5 MG PACK) 3 X 0.5 MG TAB SOL	Tier 3	QL (360 PER 30 DAYS)
ELIQUIS (2 MG PACK) 4 X 0.5 MG TAB SOL	Tier 3	QL (480 PER 30 DAYS)
ELIQUIS 0.5 MG TAB SOL	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	Tier 3	QL (74 PER 180 OVER TIME)
enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsyr, 150 mg/ml soln prsyr, 300 mg/3ml solution)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium (120 mg/0.8ml soln prsyr, 80 mg/0.8ml soln prsyr)	Tier 4	QL (48 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsyr	Tier 4	QL (18 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsyr	Tier 4	QL (24 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsyr	Tier 4	QL (36 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution	Tier 5	QL (24 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution	Tier 4	QL (15 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution	Tier 5	QL (12 PER 30 DAYS)

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution	Tier 4	QL (18 PER 30 DAYS)
heparin sodium (porcine) (1000 unit/ml solution, 10000 unit/ml solution, 20000 unit/ml solution, 5000 unit/ml solution)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
jantoven (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 1	
rivaroxaban 1 mg/ml recon susp	Tier 3	QL (600 PER 30 DAYS)
rivaroxaban 2.5 mg tab	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
warfarin sodium (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 1	
XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	Tier 3	QL (51 PER 180 OVER TIME)
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS, OTHER		
anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)	Tier 3	
ARANESP (ALBUMIN FREE) (10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, 25 MCG/ML SOLUTION, 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR, 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MCG/ML SOLUTION, 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 60 MCG/ML SOLUTION)	Tier 4	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) (100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 100 MCG/ML SOLUTION, 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 200 MCG/ML SOLUTION)	Tier 5	PA

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
ARANESP (ALBUMIN FREE) 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA
eltrombopag olamine (12.5 mg packet, 12.5 mg tab)	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
eltrombopag olamine (25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
eltrombopag olamine 25 mg packet	Tier 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
eltrombopag olamine 75 mg tab	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
FULPHILA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA
LEUKINE 250 MCG RECON SOLN	Tier 5	PA
NIVESTYM (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION)	Tier 5	PA
RETACRIT (10000 UNIT/ML SOLUTION, 2000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION)	Tier 4	PA
UDENYCA (6 MG/0.6ML SOLN A-INJ, 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
HEMOSTASIS AGENTS		
tranexamic acid 650 mg tab	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
PLATELET MODIFYING AGENTS		
aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap er 12h	Tier 4	
cilostazol (100 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
clopidogrel bisulfate 75 mg tab	Tier 1	QL (30 PER 30 DAYS)
dipyridamole (25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 3	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
prasugrel hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ticagrelor (60 mg tab, 90 mg tab)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)

CARDIOVASCULAR AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS		
clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)	Tier 3	
clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)	Tier 1	
droxidopa 100 mg cap	Tier 4	PA, QL (540 PER 30 DAYS)
droxidopa 200 mg cap	Tier 4	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
droxidopa 300 mg cap	Tier 4	PA, QL (84 PER 90 OVER TIME)
guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 2	
METHYLDOPA (250 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 2	
midodrine hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 3	
ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	Tier 2	
prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	Tier 2	
terazosin hcl (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	Tier 1	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
candesartan cilexetil (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	Tier 1	
irbesartan (150 mg tab, 300 mg tab, 75 mg tab)	Tier 1	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

CARDIOVASCULAR AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
losartan potassium (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
olmesartan medoxomil (20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 1	
valsartan (160 mg tab, 320 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 1	
ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME (ACE) INHIBITORS		
benazepril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
captopril (100 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
enalapril maleate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	Tier 1	
lisinopril (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
moexipril hcl (15 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 1	
PERINDOPRIL ERBUMINE (2 MG TAB, 4 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 1	
quinapril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
ramipril (1.25 mg cap, 10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)	Tier 1	
trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	Tier 1	
ANTIARRHYTHMICS		
amiodarone hcl (100 mg tab, 400 mg tab)	Tier 4	
amiodarone hcl 200 mg tab	Tier 2	
digox 125 mcg tab	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)

CARDIOVASCULAR AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)	Tier 4	
flecainide acetate (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)	Tier 2	
MULTAQ 400 MG TAB	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
pacerone (100 mg tab, 400 mg tab)	Tier 4	
pacerone 200 mg tab	Tier 2	
propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)	Tier 2	
QUINIDINE SULFATE (200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 2	
sotalol hcl (120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab)	Tier 2	
sotalol hcl (af) (120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab)	Tier 2	
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)	Tier 2	
atenolol (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
bisoprolol fumarate (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
carvedilol (12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab)	Tier 1	
labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)	Tier 2	
metoprolol succinate er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)	Tier 1	
metoprolol tartrate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

CARDIOVASCULAR AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 2	
nebivolol hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 3	
pindolol (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)	Tier 2	
PROPRANOLOL HCL (20 MG/5ML SOLUTION, 40 MG/5ML SOLUTION)	Tier 3	
propranolol hcl er (120 mg cap er 24h, 160 mg cap er 24h, 60 mg cap er 24h, 80 mg cap er 24h)	Tier 2	
timolol maleate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, DIHYDROPYRIDINES		
amlodipine besylate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
felodipine er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	Tier 2	
isradipine (2.5 mg cap, 5 mg cap)	Tier 3	
nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)	Tier 2	
nifedipine er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)	Tier 2	
nifedipine er osmotic release (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)	Tier 2	
nimodipine 30 mg cap	Tier 4	
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, NONDIHYDROPYRIDINES		
cartia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h)	Tier 2	
dilt-xr (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h)	Tier 2	

CARDIOVASCULAR AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
diltiazem hcl (120 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)	Tier 2	
diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	
diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	
diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	
diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	
diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	
diltiazem hcl er (120 mg cap er 12h, 120 mg cap er 24h, 120 mg tab er 24h, 180 mg cap er 24h, 180 mg tab er 24h, 240 mg cap er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h, 60 mg cap er 12h, 90 mg cap er 12h)	Tier 2	
diltiazem hcl er beads 420 mg cap er 24h	Tier 2	
matzim la (180 mg tab er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h)	Tier 2	
tiadylt er (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h, 420 mg cap er 24h)	Tier 2	
verapamil hcl (120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 1	
VERAPAMIL HCL ER (100 MG CAP ER 24H, 200 MG CAP ER 24H, 300 MG CAP ER 24H, 360 MG CAP ER 24H)	Tier 4	
verapamil hcl er (120 mg cap er 24h, 120 mg tab er, 180 mg cap er 24h, 180 mg tab er, 240 mg cap er 24h, 240 mg tab er)	Tier 2	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

CARDIOVASCULAR AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
CARDIOVASCULAR AGENTS, OTHER		
acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)	Tier 2	
aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)	Tier 4	
amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab	Tier 2	
amlodipine besy-benazepril hcl (10-20 mg cap, 10-40 mg cap, 2.5-10 mg cap, 5-10 mg cap, 5-20 mg cap, 5-40 mg cap)	Tier 1	
amlodipine besylate-valsartan (10-160 mg tab, 10-320 mg tab, 5-160 mg tab, 5-320 mg tab)	Tier 1	
amlodipine-atorvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab, 2.5-10 mg tab, 2.5-20 mg tab, 2.5-40 mg tab, 5-10 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 5-80 mg tab)	Tier 3	
amlodipine-olmesartan (10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab)	Tier 1	
amlodipine-valsartan-hctz (10-160-12.5 mg tab, 10-160-25 mg tab, 10-320-25 mg tab, 5-160-12.5 mg tab, 5-160-25 mg tab)	Tier 1	
atenolol-chlorthalidone (100-25 mg tab, 50-25 mg tab)	Tier 1	
benazepril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab, 5-6.25 mg tab)	Tier 1	
bisoprolol-hydrochlorothiazide (10-6.25 mg tab, 2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab)	Tier 2	
candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)	Tier 1	
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE (25-15 MG TAB, 25-25 MG TAB, 50-15 MG TAB, 50-25 MG TAB)	Tier 1	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

CARDIOVASCULAR AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	Tier 4	PA, QL (600 PER 30 DAYS)
enalapril-hydrochlorothiazide (10-25 mg tab, 5-12.5 mg tab)	Tier 1	
fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)	Tier 1	
irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)	Tier 1	
ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	Tier 1	
losartan potassium-hctz (100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab)	Tier 1	
metoprolol-hydrochlorothiazide (100-25 mg tab, 100-50 mg tab, 50-25 mg tab)	Tier 2	
metyrosine 250 mg cap	Tier 5	
olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)	Tier 1	
olmesartan-amlodipine-hctz (20-5-12.5 mg tab, 40-10-12.5 mg tab, 40-10-25 mg tab, 40-5-12.5 mg tab, 40-5-25 mg tab)	Tier 1	
pentoxifylline er 400 mg tab er	Tier 2	
quinapril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	Tier 1	
ranolazine er (1000 mg tab er 12h, 500 mg tab er 12h)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
sacubitril-valsartan (49-51 mg tab, 97-103 mg tab)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
sacubitril-valsartan 24-26 mg tab	Tier 3	QL (180 PER 30 DAYS)
spironolactone-hctz 25-25 mg tab	Tier 2	

CARDIOVASCULAR AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
telmisartan-amlodipine (40-10 mg tab, 40-5 mg tab, 80-10 mg tab, 80-5 mg tab)	Tier 1	
telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)	Tier 1	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER (1-240 MG TAB ER, 2-180 MG TAB ER, 2-240 MG TAB ER, 4-240 MG TAB ER)	Tier 1	
triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)	Tier 1	
valsartan-hydrochlorothiazide (160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab, 80-12.5 mg tab)	Tier 1	
VERQUVO (10 MG TAB, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
WEGOVY (0.25 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 0.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS), NDS
WEGOVY (1.5 MG TAB, 25 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
WEGOVY (1.7 MG/0.75ML SOLN A-INJ, 2.4 MG/0.75ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS), NDS
DIURETICS, LOOP		
bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 2	
bumetanide 0.25 mg/ml solution	Tier 4	
FUROSEMIDE (10 MG/ML SOLUTION, 20 MG TAB, 40 MG TAB, 8 MG/ML SOLUTION, 80 MG TAB)	Tier 1	
furosemide 10 mg/ml solution	Tier 4	
torsemide (10 mg tab, 100 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
DIURETICS, POTASSIUM-SPARING		
amiloride hcl 5 mg tab	Tier 2	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

CARDIOVASCULAR AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 3	
spironolactone (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
DIURETICS, THIAZIDE		
chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)	Tier 1	
metolazone (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
DYSLIPIDEMICS, FIBRIC ACID DERIVATIVES		
fenofibrate (134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab, 200 mg cap, 48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap)	Tier 2	
fenofibrate micronized (130 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap, 43 mg cap, 67 mg cap)	Tier 2	
fenofibric acid (135 mg cap dr, 45 mg cap dr)	Tier 3	
gemfibrozil 600 mg tab	Tier 2	
DYSLIPIDEMICS, HMG COA REDUCTASE INHIBITORS		
atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 1	
fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)	Tier 1	
fluvastatin sodium er 80 mg tab er 24h	Tier 2	
lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	Tier 1	
pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 1	
rosuvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

CARDIOVASCULAR AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
simvastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab)	Tier 1	
DYSLIPIDEMICS, OTHER		
cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	Tier 3	
cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	Tier 2	
colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)	Tier 4	
colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)	Tier 3	
colestipol hcl 1 gm tab	Tier 2	
ezetimibe 10 mg tab	Tier 2	
ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)	Tier 2	
icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 500 MG TAB	Tier 4	
niacin er (antihyperlipidemic) (1000 mg tab er, 750 mg tab er)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab er	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
NIACOR 500 MG TAB	Tier 4	
omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	Tier 3	
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	Tier 3	PA
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 3	PA

CARDIOVASCULAR AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)		
dapagliflozin (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
FARXIGA (10 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 3	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL		
hydralazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
minoxidil (10 mg tab, 2.5 mg tab)	Tier 2	
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS		
isosorbide dinitrate (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
isosorbide mononitrate er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h)	Tier 1	
isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24h	Tier 2	
nitro-bid 2 % ointment	Tier 3	
nitroglycerin (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.3 mg sl tab, 0.4 mg sl tab, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg sl tab, 0.6 mg/hr patch 24hr)	Tier 2	
nitroglycerin 0.4 % ointment	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
nitroglycerin 2 % ointment	Tier 3	

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, AMPHETAMINES		
amphetamine-dextroamphet er (10 mg cap er 24h, 15 mg cap er 24h, 20 mg cap er 24h, 25 mg cap er 24h, 30 mg cap er 24h, 5 mg cap er 24h)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
amphetamine-dextroamphetamine (10 mg tab, 15 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab	Tier 2	QL (150 PER 30 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 15 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 20 mg tab	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 30 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, NON-AMPHETAMINES		
atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
atomoxetine hcl (100 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
atomoxetine hcl 40 mg cap	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
dexmethylphenidate hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
guanfacine hcl er (1 mg tab er 24h, 2 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab)	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 10 mg chew tab	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 10 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 20 mg tab	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 5 mg tab	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl er 10 mg tab er	Tier 3	QL (180 PER 30 DAYS)

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
methylphenidate hcl er 20 mg tab er	Tier 3	QL (90 PER 30 DAYS)
CENTRAL NERVOUS SYSTEM, OTHER		
AUSTEDO (12 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
AUSTEDO 6 MG TAB	Tier 5	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR (12 MG TAB ER 24H, 18 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H, 36 MG TAB ER 24H, 42 MG TAB ER 24H, 48 MG TAB ER 24H, 6 MG TAB ER 24H)	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR 24 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 12 & 18 & 24 & 30 MG TBER THPK	Tier 5	PA, QL (28 PER 30 DAYS)
bac (butalbital-acetamin-caff) 50-325-40 mg tab	Tier 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg tab	Tier 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
riluzole 50 mg tab	Tier 3	
tetrabenazine 12.5 mg tab	Tier 4	PA, LA, QL (240 PER 30 DAYS)
tetrabenazine 25 mg tab	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
VEOZAH 45 MG TAB	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
FIBROMYALGIA AGENTS		
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAP DR	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP DR	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 40 MG CAP DR	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 60 MG CAP DR	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
duloxetine hcl 20 mg cp dr part	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
duloxetine hcl 30 mg cp dr part	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
duloxetine hcl 40 mg cp dr part	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
duloxetine hcl 60 mg cp dr part	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
pregabalin (100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	Tier 3	QL (90 PER 30 DAYS)
pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
pregabalin 20 mg/ml solution	Tier 3	QL (900 PER 30 DAYS)
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS		
BETASERON 0.3 MG KIT	Tier 5	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
dalfampridine er 10 mg tab er 12h	Tier 3	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
dimethyl fumarate (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
fingolimod hcl 0.5 mg cap	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr	Tier 4	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
glatopa 20 mg/ml soln prsyr	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatopa 40 mg/ml soln prsyr	Tier 4	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
teriflunomide (14 mg tab, 7 mg tab)	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

DENTAL AND ORAL AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
DENTAL AND ORAL AGENTS		
cevimeline hcl 30 mg cap	Tier 4	
chlorhexidine gluconate 0.12 % solution	Tier 2	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

DENTAL AND ORAL AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
kourzeq 0.1 % paste	Tier 3	
oralone 0.1 % paste	Tier 3	
periogard 0.12 % solution	Tier 2	
pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 3	
triamcinolone acetonide 0.1 % paste	Tier 3	

DERMATOLOGICAL AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
ACNE AND ROSACEA AGENTS		
accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)	Tier 4	
amnesteem (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel	Tier 4	
claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
clindamycin phos-benzoyl perox 1.2-5 % gel	Tier 3	
isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion	Tier 3	
tazarotene (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.1 % cream, 0.1 % gel)	Tier 4	
tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.1 % cream)	Tier 4	PA
tretinoin 0.025 % cream	Tier 3	PA
zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

DERMATOLOGICAL AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
DERMATITIS AND PRURITUS AGENTS		
ala-cort 1 % cream	Tier 2	
alclometasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)	Tier 3	
ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)	Tier 2	
betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)	Tier 2	
betamethasone dipropionate aug (0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)	Tier 3	
betamethasone dipropionate aug 0.05 % cream	Tier 2	
betamethasone valerate (0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment)	Tier 2	
clobetasol prop emollient base 0.05 % cream	Tier 4	
clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % foam, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)	Tier 4	
clobetasol propionate 0.05 % liquid	Tier 4	QL (250 PER 30 DAYS)
desonide (0.05 % cream, 0.05 % ointment)	Tier 4	
desoximetasone 0.25 % cream	Tier 4	
EUCRISA 2 % OINTMENT	Tier 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)	Tier 3	
fluocinolone acetonide 0.01 % solution	Tier 4	
fluocinolone acetonide body 0.01 % oil	Tier 4	
fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil	Tier 4	

DERMATOLOGICAL AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution, 0.1 % cream)	Tier 3	
fluocinonide emulsified base 0.05 % cream	Tier 3	
fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)	Tier 2	
halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)	Tier 4	QL (200 PER 28 DAYS)
hydrocortisone (1 % cream, 1 % ointment, 2.5 % cream, 2.5 % lotion, 2.5 % ointment)	Tier 2	
hydrocortisone (perianal) (1 % cream, 2.5 % cream)	Tier 2	
hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment	Tier 4	
mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution)	Tier 2	
procto-med hc 2.5 % cream	Tier 2	
proctosol hc 2.5 % cream	Tier 2	
proctozone-hc 2.5 % cream	Tier 2	
selenium sulfide 2.5 % lotion	Tier 2	
tacrolimus (0.03 % ointment, 0.1 % ointment)	Tier 4	QL (100 PER 30 DAYS)
triamcinolone acetonide (0.025 % cream, 0.025 % lotion, 0.025 % ointment, 0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment, 0.5 % cream, 0.5 % ointment)	Tier 2	
triderm 0.5 % cream	Tier 2	
DERMATOLOGICAL AGENTS, OTHER		
alcohol wipes 70 % misc	Tier 2	
calcipotriene (0.005 % cream, 0.005 % ointment)	Tier 4	
calcipotriene 0.005 % solution	Tier 3	
calcitrene 0.005 % ointment	Tier 3	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

DERMATOLOGICAL AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream	Tier 2	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion	Tier 4	
cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc	Tier 2	
fluorouracil (2 % solution, 5 % solution)	Tier 2	
fluorouracil 5 % cream	Tier 3	
imiquimod 5 % cream	Tier 2	QL (24 PER 30 DAYS)
isopropyl alcohol 70 % misc	Tier 2	
isopropyl alcohol wipes 70 % misc	Tier 2	
medpura alcohol pads 70 % misc	Tier 2	
METHOXSALEN RAPID 10 MG CAP	Tier 5	
nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)	Tier 4	
OTEZLA (20 MG TAB, 30 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
OTEZLA XR 75 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
podofilox 0.5 % solution	Tier 2	
qc alcohol 70 % misc	Tier 2	
ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc	Tier 2	
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
silver sulfadiazine 1 % cream	Tier 2	
ssd 1 % cream	Tier 2	
TOLAK 4 % CREAM	Tier 3	
VALCHLOR 0.016 % GEL	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEDICULICIDES/SCABICIDES		
malathion 0.5 % lotion	Tier 4	
permethrin 5 % cream	Tier 2	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

DERMATOLOGICAL AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
TOPICAL ANTI-INFECTIVES		
acyclovir 5 % ointment	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ciclodan 8 % solution	Tier 2	
ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo)	Tier 4	
ciclopirox 8 % solution	Tier 2	
ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)	Tier 2	
clindamycin phos (once-daily) 1 % gel	Tier 2	
clindamycin phos (twice-daily) 1 % gel	Tier 2	
clindamycin phosphate (1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab)	Tier 2	
ERY 2 % PAD	Tier 3	
erythromycin 2 % gel	Tier 4	
erythromycin 2 % solution	Tier 2	
mupirocin 2 % ointment	Tier 2	

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
ELECTROLYTE/MINERAL REPLACEMENT		
dextrose 10 % solution	Tier 4	
dextrose 5 % solution	Tier 3	
dextrose in lactated ringers 5 % solution	Tier 4	
DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION	Tier 3	
dextrose-sodium chloride (10-0.2 % solution, 10-0.45 % solution, 2.5-0.45 % solution, 5-0.2 % solution, 5-0.225 % solution, 5-0.3 % solution, 5-0.33 % solution)	Tier 4	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
dextrose-sodium chloride (5-0.45 % solution, 5-0.9 % solution)	Tier 3	
kcl in dextrose-nacl (20-5-0.2 meq/l-%-% solution, 20-5-0.225 meq/l-%-% solution, 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, 40-5-0.9 meq/l-%-% solution)	Tier 4	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	Tier 4	
klor-con 10 10 meq tab er	Tier 2	
klor-con 8 meq tab er	Tier 2	
klor-con m10 10 meq tab er	Tier 2	
klor-con m15 15 meq tab er	Tier 2	
klor-con m20 20 meq tab er	Tier 2	
lactated ringers solution	Tier 4	
magnesium sulfate 50 % solution	Tier 4	
PNV 27-CA/FE/FA 60-1 MG TAB	Tier 3	
potassium chloride (10 % solution, 10 meq/100ml solution, 2 meq/ml solution, 20 meq/100ml solution, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/15ml (20%) solution)	Tier 4	
potassium chloride crys er (10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er)	Tier 2	
potassium chloride er (10 meq cap er, 10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er, 8 meq cap er, 8 meq tab er)	Tier 2	
potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution	Tier 4	
potassium chloride in nacl (20-0.9 meq/l-% solution, 40-0.9 meq/l-% solution)	Tier 4	
potassium citrate er (10 meq (1080 mg) tab er, 15 meq (1620 mg) tab er, 5 meq (540 mg) tab er)	Tier 3	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 20 MEQ/L SOLUTION	Tier 4	
PREMASOL 10 % SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
prenatal vitamins	Tier 3	
ringers solution	Tier 4	
sodium chloride (0.45 % solution, 0.9 % solution, 2.5 meq/ml solution, 3 % solution, 5 % solution)	Tier 4	
sodium chloride (pf) 0.9 % solution	Tier 4	
SODIUM FLUORIDE (0.55 (0.25 F) MG CHEW TAB, 1.1 (0.5 F) MG CHEW TAB, 1.1 (0.5 F) MG/ML SOLUTION, 2.2 (1 F) MG CHEW TAB)	Tier 2	
TPN ELECTROLYTES CONC	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ELECTROLYTE/MINERAL/METAL MODIFIERS		
deferasirox (250 mg tab sol, 500 mg tab sol)	Tier 5	
deferasirox 125 mg tab sol	Tier 3	
tolvaptan (15 mg tab thpk, 30 & 15 mg tab thpk, 45 & 15 mg tab thpk, 60 & 30 mg tab thpk, 90 & 30 mg tab thpk)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
tolvaptan 15 mg tab	Tier 5	PA, LA, QL (240 PER 30 DAYS)
tolvaptan 30 mg tab	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
trientine hcl 250 mg cap	Tier 5	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
TRIENTINE HCL 500 MG CAP	Tier 5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
PHOSPHATE BINDERS		
calcium acetate (phos binder) 667 mg cap	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
sevelamer carbonate 800 mg tab	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
POTASSIUM BINDERS		
kionex 15 gm/60ml suspension	Tier 2	
LOKELMA (10 GM PACKET, 5 GM PACKET)	Tier 3	
sodium polystyrene sulfonate (15 gm/60ml suspension, powder)	Tier 2	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (15 GM/60ML SUSPENSION, 30 GM/120ML SUSPENSION)	Tier 2	

GASTROINTESTINAL AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
ANTI-CONSTIPATION AGENTS		
constulose 10 gm/15ml solution	Tier 2	
enulose 10 gm/15ml solution	Tier 2	
gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln	Tier 2	
generlac 10 gm/15ml solution	Tier 2	
lactulose (10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution)	Tier 2	
lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution	Tier 2	
LINZESS (145 MCG CAP, 290 MCG CAP, 72 MCG CAP)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
lubiprostone (24 mcg cap, 8 mcg cap)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution	Tier 3	
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln	Tier 2	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

GASTROINTESTINAL AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
ANTI-DIARRHEAL AGENTS		
alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 4	PA
diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab	Tier 2	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG/5ML LIQUID	Tier 4	
loperamide hcl 2 mg cap	Tier 2	
XERMELO 250 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (90 PER 30 DAYS)
ANTISPASMODICS, GASTROINTESTINAL		
dicyclomine hcl (10 mg cap, 20 mg tab)	Tier 2	PA
dicyclomine hcl 10 mg/5ml solution	Tier 4	PA
glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 2	
methscopolamine bromide (2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	
GASTROINTESTINAL AGENTS, OTHER		
bis subcit-metronid-tetracyc 140-125-125 mg cap	Tier 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
bismuth/metronidaz/tetracyclin 140-125-125 mg cap	Tier 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
cromolyn sodium 100 mg/5ml conc	Tier 4	
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	Tier 2	
gavilyte-g 236 gm recon soln	Tier 2	
OMNITROPE 10 MG/1.5ML SOLN CART	Tier 5	PA
peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln	Tier 2	
ursodiol (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 3	
ursodiol 300 mg cap	Tier 4	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

GASTROINTESTINAL AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
VOQUEZNA DUAL PAK 500-20 MG THER PACK	Tier 4	PA, QL (112 PER 14 DAYS)
VOQUEZNA TRIPLE PAK 500-500-20 MG THER PACK	Tier 4	PA, QL (112 PER 14 DAYS)
HISTAMINE2 (H2) RECEPTOR ANTAGONISTS		
cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)	Tier 2	
famotidine (20 mg tab, 40 mg tab)	Tier 1	
NIZATIDINE (150 MG CAP, 300 MG CAP)	Tier 2	
PROTECTANTS		
misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)	Tier 2	
sucralfate 1 gm tab	Tier 2	
PROTON PUMP INHIBITORS		
esomeprazole magnesium 20 mg cap dr	Tier 4	
esomeprazole magnesium 40 mg cap dr	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
lansoprazole 15 mg cap dr	Tier 2	
lansoprazole 30 mg cap dr	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
omeprazole 10 mg cap dr	Tier 2	
omeprazole 20 mg cap dr	Tier 1	
omeprazole 40 mg cap dr	Tier 1	QL (60 PER 30 DAYS)
pantoprazole sodium 20 mg tab dr	Tier 1	
pantoprazole sodium 40 mg recon soln	Tier 4	
pantoprazole sodium 40 mg tab dr	Tier 1	QL (60 PER 30 DAYS)
rabeprazole sodium 20 mg tab dr	Tier 3	

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

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT		
ALDURAZYME 2.9 MG/5ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
ARALAST NP (1000 MG RECON SOLN, 500 MG RECON SOLN)	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
betaine powder	Tier 5	
carglumic acid 200 mg tab sol	Tier 5	PA, LA
CREON (12000-38000 UNIT CP DR PART, 24000-76000 UNIT CP DR PART, 3000-9500 UNIT CP DR PART, 36000-114000 UNIT CP DR PART, 6000-19000 UNIT CP DR PART)	Tier 3	
DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP)	Tier 3	
ELAPRASE 6 MG/3ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
l-glutamine 5 gm packet	Tier 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
levocarnitine 330 mg tab	Tier 2	
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
nitisinone (10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	Tier 5	PA
REVCOVI 2.4 MG/1.5ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA
sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)	Tier 5	PA
sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)	Tier 5	PA
ZENPEP (10000-32000 UNIT CP DR PART, 15000-47000 UNIT CP DR PART, 20000-63000 UNIT CP DR PART, 25000-79000 UNIT CP DR PART, 3000-10000 UNIT CP DR PART, 40000-126000 UNIT CP DR PART, 5000-24000 UNIT CP DR PART, 60000-189600 UNIT CP DR PART)	Tier 3	

GENITOURINARY AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
ANTISPASMODICS, URINARY		
GEMTESA 75 MG TAB	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)	Tier 3	
MYRBETRIQ 8 MG/ML SRER	Tier 3	QL (300 PER 30 DAYS)
oxybutynin chloride 5 mg tab	Tier 2	
oxybutynin chloride er (10 mg tab er 24h, 15 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	Tier 2	
solifenacin succinate (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 4	ST
tolterodine tartrate er (2 mg cap er 24h, 4 mg cap er 24h)	Tier 4	ST
trospium chloride 20 mg tab	Tier 2	
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS		
alfuzosin hcl er 10 mg tab er 24h	Tier 2	
dutasteride 0.5 mg cap	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
finasteride 5 mg tab	Tier 1	
silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
tadalafil 2.5 mg tab	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
tadalafil 5 mg tab	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
tamsulosin hcl 0.4 mg cap	Tier 1	
GENITOURINARY AGENTS, OTHER		
bethanechol chloride (10 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
FILSPARI 200 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)
FILSPARI 400 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

GENITOURINARY AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
penicillamine 250 mg tab	Tier 5	PA

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)		
CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	Tier 4	
dexamethasone (0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml elixir, 0.5 mg/5ml solution, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)	Tier 2	
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 4 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	
dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 4 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	
fludrocortisone acetate 0.1 mg tab	Tier 2	
methylprednisolone (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab)	Tier 2	
methylprednisolone acetate (40 mg/ml suspension, 80 mg/ml suspension)	Tier 4	
methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln	Tier 4	
prednisolone 15 mg/5ml solution	Tier 2	
prednisolone sodium phosphate (15 mg/5ml solution, 25 mg/5ml solution, 5 mg/5ml solution, 6.7 (5 base) mg/5ml solution)	Tier 2	

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
prednisone (1 mg tab, 10 mg (21) tab thpk, 10 mg (48) tab thpk, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg (21) tab thpk, 5 mg (48) tab thpk, 5 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
PREDNISONE 5 MG/5ML SOLUTION	Tier 3	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	Tier 4	
TARPEYO 4 MG CAP DR	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)		
desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution	Tier 4	
desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)	Tier 3	
desmopressin acetate 4 mcg/ml solution	Tier 4	
desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution	Tier 4	
desmopressin acetate spray 0.01 % solution	Tier 4	
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA
OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN)	Tier 5	PA

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

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
ANDROGENS		
danazol (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)	Tier 4	
depo-testosterone (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)	Tier 3	
testosterone (12.5 mg/act (1%) gel, 25 mg/2.5gm (1%) gel, 50 mg/5gm (1%) gel)	Tier 3	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
testosterone (20.25 mg/act (1.62%) gel, 40.5 mg/2.5gm (1.62%) gel)	Tier 4	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel	Tier 4	PA, QL (37.5 PER 30 DAYS)
testosterone cypionate (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)	Tier 3	
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)
ESTROGENS		
afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
altavera 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
apri 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
ARANELLE 0.5/1/0.5-35 MG-MCG TAB	Tier 3	
ashlyna 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
aubra 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	

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

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
aviane 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
ayuna 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
balziva 0.4-35 mg-mcg tab	Tier 3	
blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
briellyn 0.4-35 mg-mcg tab	Tier 3	
camrese 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
camrese lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab	Tier 3	
chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
cryselle 0.3-30 mg-mcg tab	Tier 3	
cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab	Tier 3	
cyred 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
daysee 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
delyla 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)	Tier 3	
dotti (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)	Tier 3	
elinest 0.3-30 mg-mcg tab	Tier 3	
eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring	Tier 3	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

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

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
enilloring 0.12-0.015 mg/24hr ring	Tier 3	
enpresse-28 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	Tier 3	
enskyce 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
estarylla 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
estradiol (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
estradiol (0.025 mg/24hr patch wk, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch wk)	Tier 3	QL (8 PER 28 DAYS)
estradiol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 1	
estradiol 0.01 % cream	Tier 2	
estradiol 10 mcg tab	Tier 3	
estradiol valerate (10 mg/ml oil, 20 mg/ml oil, 40 mg/ml oil)	Tier 4	
ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)	Tier 3	QL (1 PER 84 OVER TIME)
estrogens conjugated (0.3 mg tab, 0.45 mg tab, 0.625 mg tab, 0.9 mg tab, 1.25 mg tab)	Tier 4	
ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 mg-mcg tab, 1-50 mg-mcg tab)	Tier 3	
etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring	Tier 3	
falmina 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
feirza 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
fyavolv (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)	Tier 4	
hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

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

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring	Tier 3	
iclevia 0.15-0.03 mg tab	Tier 3	
introvale 0.15-0.03 mg tab	Tier 3	
isibloom 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
jaimiess 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
jasmiel 3-0.02 mg tab	Tier 3	
jinteli 1-5 mg-mcg tab	Tier 4	
jolessa 0.15-0.03 mg tab	Tier 3	
joyeaux 0.1-20 mg-mcg(21) tab	Tier 3	
juleber 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
junel 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
kalliga 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab	Tier 3	
kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
larin 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab	Tier 3	
lessina 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
levonest 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	Tier 3	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

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

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	Tier 3	
levonorgest-eth estrad 91-day (0.1-0.02 & 0.01 mg tab, 0.15-0.03 mg tab)	Tier 3	
levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
levonorgest-eth estradiol-iron 0.1-20 mg-mcg(21) tab	Tier 3	
levonorgestrel-ethinyl estrad (0.1-20 mg-mcg tab, 0.15-30 mg-mcg tab)	Tier 3	
levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
lo-zumandimine 3-0.02 mg tab	Tier 3	
loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
lojaimiess 0.1-0.02 & 0.01 mg tab	Tier 3	
loryna 3-0.02 mg tab	Tier 3	
low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab	Tier 3	
luizza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
luizza 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
lutera 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
lyllana (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
marlissa 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)	Tier 4	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

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

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
mili 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
minzoya 0.1-20 mg-mcg(21) tab	Tier 3	
mono-linyah 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nikki 3-0.02 mg tab	Tier 3	
norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk	Tier 3	
norethin ace-eth estrad-fe (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)	Tier 3	
norethin-eth estradiol-fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	Tier 3	
norethindrone acet-ethinyl est (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)	Tier 3	
norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)	Tier 4	
norgestim-eth estrad triphasic 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	Tier 3	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

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

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
ocella 3-0.03 mg tab	Tier 3	
philith 0.4-35 mg-mcg tab	Tier 3	
pimtrea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
portia-28 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	Tier 3	
reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
setlakin 0.15-0.03 mg tab	Tier 3	
simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
simpesse 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
sronyx 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
syeda 3-0.03 mg tab	Tier 3	
tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	Tier 3	
turqoz 0.3-30 mg-mcg tab	Tier 3	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

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

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
valtya 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
VALTYA 1/50 1-50 MG-MCG TAB	Tier 3	
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	Tier 3	
vestura 3-0.02 mg tab	Tier 3	
vienva 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab	Tier 3	
vylibra 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
wera 0.5-35 mg-mcg tab	Tier 3	
wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	Tier 3	
xelria fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	Tier 3	
xulane 150-35 mcg/24hr patch wk	Tier 3	
yuvafem 10 mcg tab	Tier 3	
zafemy 150-35 mcg/24hr patch wk	Tier 3	
zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
zumandimine 3-0.03 mg tab	Tier 3	
PROGESTINS		
camila 0.35 mg tab	Tier 3	
deblitane 0.35 mg tab	Tier 3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	Tier 3	
emzahh 0.35 mg tab	Tier 3	
errin 0.35 mg tab	Tier 3	
gallifrey 5 mg tab	Tier 2	
heather 0.35 mg tab	Tier 3	
incassia 0.35 mg tab	Tier 3	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

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

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
jencycla 0.35 mg tab	Tier 3	
LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD	Tier 3	
lyleq 0.35 mg tab	Tier 3	
lyza 0.35 mg tab	Tier 3	
medroxyprogesterone acetate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsyr, 150 mg/ml suspension)	Tier 3	
megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
meleya 0.35 mg tab	Tier 3	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	Tier 3	
nora-be 0.35 mg tab	Tier 3	
norethindrone 0.35 mg tab	Tier 3	
norethindrone acetate 5 mg tab	Tier 2	
norlyroc 0.35 mg tab	Tier 3	
orquidea 0.35 mg tab	Tier 3	
progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)	Tier 2	
sharobel 0.35 mg tab	Tier 3	
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODIFYING AGENTS		
OSPHENA 60 MG TAB	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
raloxifene hcl 60 mg tab	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
euthyrox (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)	Tier 1	
levo-t (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)	Tier 3	
levothyroxine sodium (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)	Tier 1	
levoxyl (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)	Tier 3	
liothyronine sodium (25 mcg tab, 5 mcg tab, 50 mcg tab)	Tier 2	
REZDIFFRA (100 MG TAB, 60 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SYNTHROID (100 MCG TAB, 112 MCG TAB, 125 MCG TAB, 137 MCG TAB, 150 MCG TAB, 175 MCG TAB, 200 MCG TAB, 25 MCG TAB, 300 MCG TAB, 50 MCG TAB, 75 MCG TAB, 88 MCG TAB)	Tier 3	
unithroid (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)	Tier 3	

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)		
cabergoline 0.5 mg tab	Tier 3	
leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit	Tier 4	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) (3.75 MG KIT, 7.5 MG KIT)	Tier 5	
LUPRON DEPOT (3-MONTH) (11.25 MG KIT, 22.5 MG KIT)	Tier 5	
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	Tier 5	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	Tier 5	
mifepristone 300 mg tab	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
octreotide acetate (100 mcg/ml soln prsyr, 100 mcg/ml solution, 1000 mcg/ml solution, 200 mcg/ml solution, 50 mcg/ml soln prsyr, 50 mcg/ml solution, 500 mcg/ml solution)	Tier 4	PA
OCTREOTIDE ACETATE 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA
ORGOVYX 120 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SIGNIFOR (0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
SOMAVERT (10 MG RECON SOLN, 15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN, 25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN)	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	Tier 5	

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
ANTITHYROID AGENTS		
methimazole (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
propylthiouracil 50 mg tab	Tier 2	

IMMUNOLOGICAL AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
ANGIOEDEMA AGENTS		
HAEGARDA (2000 UNIT RECON SOLN, 3000 UNIT RECON SOLN)	Tier 5	PA, LA
icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsyr	Tier 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
sajazir 30 mg/3ml soln prsyr	Tier 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
IMMUNOGLOBULINS		
GAMUNEX-C (1 GM/10ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	Tier 5	PA
HIZENTRA (1 GM/5ML SOLN PRSYR, 1 GM/5ML SOLUTION, 10 GM/50ML SOLN PRSYR, 10 GM/50ML SOLUTION, 2 GM/10ML SOLN PRSYR, 2 GM/10ML SOLUTION, 4 GM/20ML SOLN PRSYR, 4 GM/20ML SOLUTION)	Tier 5	PA, LA
IMMUNOLOGICAL AGENTS, OTHER		
ARCALYST 220 MG RECON SOLN	Tier 5	PA, LA
AURANOFIN 3 MG CAP	Tier 3	
BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 28 DAYS)
COSENTYX (150 MG/ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

IMMUNOLOGICAL AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
COSENTYX (300 MG DOSE) 150 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA
COSENTYX UNOREADY 300 MG/2ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA
DUPIXENT (200 MG/1.14ML SOLN A-INJ, 200 MG/1.14ML SOLN PRSYR, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
ENTYVIO PEN 108 MG/0.68ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (1.36 ML PER 28 DAYS)
KINERET 100 MG/0.67ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (18.76 ML PER 28 DAYS)
OTEZLA (10 & 20 & 30 MG TAB THPK, 4 X 10 & 51 X20 MG TAB THPK)	Tier 5	PA, QL (55 PER 28 OVER TIME)
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK 10&20&30&(ER)75 MG TAB THPK	Tier 5	PA, QL (41 PER 28 DAYS)
RIDAURA 3 MG CAP	Tier 3	
RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
RINVOQ 45 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA, QL (168 PER 365 OVER TIME)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
SKYRIZI 150 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 180 MG/1.2ML SOLN CART	Tier 5	PA, QL (1.2 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 360 MG/2.4ML SOLN CART	Tier 5	PA, QL (2.4 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 55 MG/0.37ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2.22 ML PER 365 OVER TIME)

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

IMMUNOLOGICAL AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
SKYRIZI 600 MG/10ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (30 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
TREMFYA 100 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (1 SYRINGE PER 56 DAYS)
TREMFYA 200 MG/20ML SOLUTION	Tier 5	PA
TREMFYA 200 MG/2ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2 ML PER 28 DAYS)
TREMFYA ONE-PRESS 100 MG/ML SOLN PEN	Tier 5	PA, QL (1 PEN PER 56 DAYS)
TREMFYA PEN 100 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (1 PEN PER 56 DAYS)
TREMFYA PEN 200 MG/2ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (2 ML PER 28 DAYS)
TREMFYA-CD/UC INDUCTION 200 MG/2ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (24 ML PER 365 OVER TIME)
TYENNE (162 MG/0.9ML SOLN A-INJ, 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, QL (3.6 PER 28 DAYS)
VELSIPITY 2 MG TAB	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
XOLAIR (150 MG/ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
XOLAIR (150 MG/ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (8 PER 28 DAYS)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ	Tier 4	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
YESINTEK 130 MG/26ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (104 ML PER 365 OVER TIME)
YESINTEK 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
YESINTEK 45 MG/0.5ML SOLUTION	Tier 4	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
YESINTEK 90 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (1 ML PER 28 DAYS)

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

IMMUNOLOGICAL AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
IMMUNOSTIMULANTS		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	LA, QL (2 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (4 PER 30 DAYS)
IMMUNOSUPPRESSANTS		
azathioprine 50 mg tab	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine (100 mg cap, 25 mg cap)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine modified (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (4.08 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
ENBREL 50 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL MINI 50 MG/ML SOLN CART	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENVARSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENVARSUS XR 4 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
everolimus 1 mg tab	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

IMMUNOLOGICAL AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
gengraf (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
HADLIMA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.4ML SOLN A-INJ	Tier 4	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ	Tier 4	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
METHOTREXATE SODIUM (250 MG/10ML SOLUTION, 50 MG/2ML SOLUTION)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium (pf) (1 gm/40ml solution, 1000 mg/40ml solution, 250 mg/10ml solution)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium 2.5 mg tab	Tier 2	
mycophenolate mofetil (200 mg/ml recon susp, 500 mg recon soln)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate mofetil (250 mg cap, 500 mg tab)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate mofetil hcl 500 mg recon soln	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SIMLANDI (1 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	Tier 4	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 PEN) 80 MG/0.8ML AUT-IJ KIT	Tier 4	PA, QL (3 PER 28 DAYS)

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

IMMUNOLOGICAL AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
SIMLANDI (1 SYRINGE) 80 MG/0.8ML PREF SY KT	Tier 4	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	Tier 4	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) 20 MG/0.2ML PREF SY KT	Tier 4	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) 40 MG/0.4ML PREF SY KT	Tier 4	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYMFENTRA (1 PEN) 120 MG/ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
ZYMFENTRA (2 PEN) 120 MG/ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) 120 MG/ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
VACCINES		
ABRYSVO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN	Tier 3	VAC
ACTHIB RECON SOLN	Tier 3	
ADACEL (5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	Tier 3	VAC
AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN	Tier 3	VAC
BEXSERO SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
BOOSTRIX 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
DAPTACEL 23-15-5 SUSPENSION	Tier 3	
DENGVAXIA RECON SUSP	Tier 4	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

IMMUNOLOGICAL AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
ENGERIX-B (10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSPENSION)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
GARDASIL 9 (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 3	VAC
HAVRIX (720 EL U/0.5ML SUSP PRSYR, 720 EL U/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	
HAVRIX 1440 EL U/ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	Tier 3	
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
INFANRIX 25-58-10 SUSPENSION	Tier 3	
IPOL SUSPENSION	Tier 3	VAC
IXIARO SUSPENSION	Tier 4	VAC
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
KINRIX 0.5 ML SUSP PRSYR	Tier 3	
M-M-R II RECON SOLN	Tier 3	VAC
MENQUADFI (0.5 ML SOLUTION, SOLUTION)	Tier 3	VAC
MENVEO (RECON SOLN, SOLUTION)	Tier 3	VAC
MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
PEDIARIX SUSP PRSYR	Tier 3	
PEDVAXHIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	
PENMENVY RECON SUSP	Tier 3	
PENTACEL RECON SUSP	Tier 3	
PRIORIX RECON SUSP	Tier 3	VAC
PROQUAD RECON SUSP	Tier 3	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

IMMUNOLOGICAL AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 3	
RABAVERT RECON SUSP	Tier 3	VAC
RECOMBIVAX HB (10 MCG/ML SUSP PRSYR, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION, 5 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 5 MCG/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
ROTARIX SUSPENSION	Tier 3	
ROTATEQ SOLUTION	Tier 3	
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	QL (2 PER 365 OVER TIME), VAC
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	QL (1 ML PER 365 DAYS), VAC
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
TENIVAC 5-2 LF/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
TICOVAC 1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 3	
TICOVAC 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
TRUMENBA SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION)	Tier 4	VAC
VAQTA (25 UNIT/0.5ML SUSP PRSYR, 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	
VAQTA (50 UNIT/ML SUSP PRSYR, 50 UNIT/ML SUSPENSION)	Tier 3	VAC
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
VAXCHORA RECON SUSP	Tier 4	VAC

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

IMMUNOLOGICAL AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
VIMKUNYA 40 MCG/0.8ML SUSP PRSYR	Tier 4	
VIVOTIF CAP DR	Tier 4	
YF-VAX RECON SUSP	Tier 4	VAC

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
AMINOSALICYLATES		
balsalazide disodium 750 mg cap	Tier 3	
mesalamine (1000 mg suppos, 4 gm enema)	Tier 4	
mesalamine 1.2 gm tab dr	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
mesalamine er 0.375 gm cap er 24h	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)	Tier 2	
GLUCOCORTICOIDS		
budesonide 3 mg cp dr part	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
budesonide er 9 mg tab er 24h	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
CORTIFOAM 10 % FOAM	Tier 4	
hydrocortisone (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
hydrocortisone 100 mg/60ml enema	Tier 3	

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
alendronate sodium (10 mg tab, 35 mg tab, 70 mg tab)	Tier 1	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
alendronate sodium 70 mg/75ml solution	Tier 4	
BILDYOS 60 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA
BILPREVDA 120 MG/1.7ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (1.7 ML PER 28 DAYS)
calcitonin (salmon) 200 unit/act solution	Tier 2	QL (3.7 PER 30 DAYS)
calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)	Tier 2	
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
doxercalciferol 4 mcg/2ml solution	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ENOBY 60 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA
ibandronate sodium 150 mg tab	Tier 1	
ibandronate sodium 3 mg/3ml solution	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
JUBBONTI 60 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA
paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 2 mcg/ml solution, 4 mcg cap, 5 mcg/ml solution)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
risedronate sodium (150 mg tab, 35 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	
teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen	Tier 5	PA
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	Tier 5	PA, QL (1.56 PER 28 DAYS)
WYOST 120 MG/1.7ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (1.7 PER 28 DAYS)
XTRENBO 120 MG/1.7ML SOLUTION	Tier 4	PA, QL (1.7 ML PER 28 DAYS)
zoledronic acid (4 mg/100ml solution, 4 mg/5ml conc, 5 mg/100ml solution)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
ALCOHOL 70% PADS	Tier 2	
ALCOHOL PADS 70 % PAD	Tier 2	
ALCOHOL PREP PAD	Tier 2	
ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
ALCOHOL SWABS 70 % PAD	Tier 2	
ALCOHOL SWABSTICK PAD	Tier 2	
AQ INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
AQINJECT PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
ARGYLE STERILE WATER SOLUTION	Tier 2	
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC	Tier 3	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30G X 5 MM MISC	Tier 3	
AUM ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE (31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	Tier 3	
AUM PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC)	Tier 3	
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE (30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC)	Tier 3	
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC	Tier 3	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC	Tier 3	
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	Tier 2	
CLEVER CHOICE COMFORT EZ PLUS 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (27G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC)	Tier 3	
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (30G X 8 MM MISC, 31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	Tier 3	
CVS ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE 2"X2" PAD	Tier 2	
DROPLET INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 0.3 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.3 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM MISC	Tier 3	
DROPLET PEN NEEDLES (29G X 10MM MISC, 29G X 12.7MM MISC, 29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC)	Tier 3	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO (X 4 MM MISC, X 5 MM MISC, X 8 MM MISC)	Tier 3	
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (29G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE (29G X 5/16" 0.5 ML MISC, 29G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 1/2" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 32G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
EASY COMFORT PEN NEEDLES (29G X 4MM MISC, 29G X 5MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
EASY TOUCH INSULIN BARRELS U-100 1 ML MISC	Tier 3	
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM MISC	Tier 3	
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT (31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE (29G X 1/2" 0.3 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.5 ML MISC, X 1/2" 1 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 27G X 5/8" 1 ML MISC	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML MISC	Tier 3	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F (30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE U/F 29G X 12.7MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE (29G X 12.7MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
EMBRACE PEN NEEDLES (29G X 12MM MISC, 30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
gauze pads 2	Tier 2	
GNP PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
GOODSENSE ALCOHOL SWABS 70 % PAD	Tier 2	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 1 ML	Tier 3	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (27G X 1/2" 0.5 ML MISC, 27G X 1/2" 1 ML MISC, 28G X 1/2" 0.5 ML MISC, 28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
INSUPEN PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
INSUPEN32G EXTR3ME 32G X 6 MM MISC	Tier 3	
INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
lactated ringers solution	Tier 2	
methergine 0.2 mg tab	Tier 4	
methylergonovine maleate 0.2 mg tab	Tier 4	
novofine 32g x 6 mm misc	Tier 3	
NUTRILIPID 20 % EMULSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
OPVEE 2.7 MG/0.1ML SOLUTION	Tier 4	QL (2 PER 30 DAYS)
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP (31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
PEN NEEDLES (30G X 5 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
PENBRAYA RECON SUSP	Tier 3	VAC
PRO COMFORT ALCOHOL 70 % PAD	Tier 2	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE (29G X 12.7MM MISC, 31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC, 33G X 8 MM MISC)	Tier 3	
ringers irrigation solution	Tier 2	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.5 ML MISC, X 1/2" 1 ML MISC)	Tier 3	
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC	Tier 3	
SILIGENTLE FOAM DRESSING 2"X2" PAD	Tier 2	
SMOFLIPID 20 % EMULSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
sterile water for irrigation solution	Tier 2	
SUPER TOUCH INSULIN SYRINGE (27G X 1/2" 0.5 ML MISC, 27G X 5/8" 1 ML MISC, 28G X 1/2" 0.5 ML MISC, 28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.3 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
SUPER TOUCH PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
SURE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM MISC	Tier 3	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE (30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC, 32G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
ULTRA COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
UNIFINE OTC PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE PENTIPS 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE (30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE (29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 34G X 3.5 MM MISC)	Tier 3	
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE (29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
VERIFINE INSULIN SYRINGE (28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR 29G X 1/2" 1 ML MISC	Tier 3	
VOWST CAP	Tier 5	PA, LA, QL (12 PER 30 OVER TIME)
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE 70 % PAD	Tier 2	

OPHTHALMIC AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
OPHTHALMIC AGENTS, OTHER		
atropine sulfate 1 % solution	Tier 3	
bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment	Tier 2	
BACITRACIN-POLYMYXIN B 500-10000 UNIT/GM OINTMENT	Tier 2	
brimonidine tartrate-timolol 0.2-0.5 % solution	Tier 3	
dorzolamide hcl-timolol mal (2-0.5 % solution, 22.3-6.8 mg/ml solution)	Tier 2	
dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution	Tier 3	
loteprednol-tobramycin 0.5-0.3 % suspension	Tier 3	
neo-polycin 3.5-400-10000 ointment	Tier 2	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

OPHTHALMIC AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
neo-polycin hc 1 % ointment	Tier 2	
neomycin-bacitracin zn-polymyx (3.5-400-10000 ointment, 5-400-10000 ointment)	Tier 2	
neomycin-polymyxin-dexameth (0.1 % suspension, 3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)	Tier 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION	Tier 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5-10000-1 SUSPENSION	Tier 4	
polycin 500-10000 unit/gm ointment	Tier 2	
RESTASIS 0.05 % EMULSION	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION	Tier 3	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION	Tier 2	
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension	Tier 2	
XDEMVY 0.25 % SOLUTION	Tier 5	PA, QL (10 PER 30 DAYS)
XIIDRA 5 % SOLUTION	Tier 3	
OPHTHALMIC ANTI-ALLERGY AGENTS		
azelastine hcl 0.05 % solution	Tier 2	
cromolyn sodium 4 % solution	Tier 2	
OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVES		
BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	Tier 4	
erythromycin 5 mg/gm ointment	Tier 2	
gentamicin sulfate 0.3 % solution	Tier 2	
LEVOFLOXACIN (0.5 % SOLUTION, 1.5 % SOLUTION)	Tier 3	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

OPHTHALMIC AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	Tier 2	
moxifloxacin hcl 0.5 % solution	Tier 3	
NATACYN 5 % SUSPENSION	Tier 3	
ofloxacin 0.3 % solution	Tier 2	
polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution	Tier 2	
SULFACETAMIDE SODIUM 10 % OINTMENT	Tier 3	
sulfacetamide sodium 10 % solution	Tier 2	
tobramycin 0.3 % solution	Tier 2	
TRIFLURIDINE 1 % SOLUTION	Tier 3	
ZIRGAN 0.15 % GEL	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)
OPHTHALMIC ANTI-INFLAMMATORIES		
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	Tier 2	
diclofenac sodium 0.1 % solution	Tier 2	
difluprednate 0.05 % emulsion	Tier 4	
fluorometholone 0.1 % suspension	Tier 2	
FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION	Tier 2	
FML FORTE 0.25 % SUSPENSION	Tier 4	
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	Tier 3	QL (3 PER 30 DAYS)
ketorolac tromethamine (0.4 % solution, 0.5 % solution)	Tier 2	
prednisolone acetate 1 % suspension	Tier 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	Tier 3	
OPHTHALMIC BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
betaxolol hcl 0.5 % solution	Tier 2	
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	Tier 2	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

OPHTHALMIC AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	Tier 2	
timolol maleate (0.25 % gel f soln, 0.5 % gel f soln)	Tier 3	
timolol maleate (0.25 % solution, 0.5 % solution)	Tier 1	
OPHTHALMIC INTRAOCULAR PRESSURE LOWERING AGENTS, OTHER		
acetazolamide er 500 mg cap er 12h	Tier 2	
apraclonidine hcl 0.5 % solution	Tier 3	
brimonidine tartrate 0.1 % solution	Tier 3	
brimonidine tartrate 0.15 % solution	Tier 4	
brimonidine tartrate 0.2 % solution	Tier 2	
brinzolamide 1 % suspension	Tier 3	
dorzolamide hcl 2 % solution	Tier 2	
methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 4	
pilocarpine hcl (1 % solution, 2 % solution, 4 % solution)	Tier 2	
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	Tier 3	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION	Tier 3	
OPHTHALMIC PROSTAGLANDIN AND PROSTAMIDE ANALOGS		
bimatoprost 0.03 % solution	Tier 3	QL (5 PER 30 DAYS)
latanoprost 0.005 % solution	Tier 1	
travoprost (bak free) 0.004 % solution	Tier 2	QL (5 PER 30 DAYS)
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	Tier 4	

OTIC AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
OTIC AGENTS		
acetic acid 2 % solution	Tier 2	

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

OTIC AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension	Tier 4	
CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	Tier 3	
DERMOTIC 0.01 % OIL	Tier 3	
hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution	Tier 3	
neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)	Tier 2	
ofloxacin 0.3 % solution	Tier 2	

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
ANTI-INFLAMMATORIES, INHALED CORTICOSTEROIDS		
ARNUITY ELLIPTA (100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA, 50 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ASMANEX (120 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (14 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (30 METERED DOSES) (110 MCG/ACT AER POW BA, 220 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (60 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX HFA (100 MCG/ACT AEROSOL, 200 MCG/ACT AEROSOL, 50 MCG/ACT AEROSOL)	Tier 3	QL (13 PER 30 DAYS)
budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
QVAR REDIHALER (40 MCG/ACT AERO BA, 80 MCG/ACT AERO BA)	Tier 3	QL (21.2 PER 30 DAYS)
ANTIHISTAMINES		
azelastine hcl (0.1 % solution, 137 mcg/spray solution)	Tier 2	QL (30 PER 25 DAYS)
cetirizine hcl (1 mg/ml solution, 5 mg/5ml solution)	Tier 2	
cyproheptadine hcl 4 mg tab	Tier 3	PA
hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	PA
hydroxyzine pamoate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 4	PA
levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab	Tier 1	
promethazine hcl (12.5 mg/10ml solution, 6.25 mg/5ml solution)	Tier 2	PA
ANTILEUKOTRIENES		
montelukast sodium (4 mg chew tab, 4 mg packet, 5 mg chew tab)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
montelukast sodium 10 mg tab	Tier 1	QL (30 PER 30 DAYS)
zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
BRONCHODILATORS, ANTICHOLINERGIC		
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide 0.02 % solution	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
ipratropium bromide 0.03 % solution	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide 0.06 % solution	Tier 2	QL (45 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide hfa 17 mcg/act aero soln	Tier 4	QL (25.8 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN)	Tier 3	QL (4 PER 30 DAYS)
tiotropium bromide 18 mcg cap	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
BRONCHODILATORS, SYMPATHOMIMETIC		
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)	Tier 2	QL (17 PER 30 DAYS)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)	Tier 2	QL (17 PER 30 DAYS)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)	Tier 2	QL (13.4 PER 30 DAYS)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin)	Tier 2	QL (36 PER 30 DAYS)
albuterol sulfate ((2.5 mg/3ml) 0.083% nebu soln, (5 mg/ml) 0.5% nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln, 2.5 mg/0.5ml nebu soln)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
albuterol sulfate (2 mg tab, 4 mg tab)	Tier 4	
albuterol sulfate (2 mg/5ml syrup, 8 mg/20ml syrup)	Tier 2	
albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln	Tier 2	QL (36 PER 30 DAYS)
epinephrine (0.15 mg/0.15ml soln a-inj, 0.15 mg/0.3ml soln a-inj, 0.3 mg/0.3ml soln a-inj)	Tier 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	Tier 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/0.5ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln)	Tier 4	PA
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
CYSTIC FIBROSIS AGENTS		
KALYDECO (13.4 MG PACKET, 150 MG TAB, 25 MG PACKET, 5.8 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	Tier 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
TOBI PODHALER 28 MG CAP	Tier 5	PA, LA, QL (224 PER 56 OVER TIME)
tobramycin 300 mg/4ml nebu soln	Tier 4	PA, QL (224 PER 28 DAYS)
tobramycin 300 mg/5ml nebu soln	Tier 4	PA, QL (280 PER 56 OVER TIME)
TRIKAFTA (100-50-75 & 150 MG TAB THPK, 50-25-37.5 & 75 MG TAB THPK)	Tier 5	PA, LA, QL (90 PER 30 DAYS)
MAST CELL STABILIZERS		
cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS, AIRWAYS DISEASE		
roflumilast 250 mcg tab	Tier 4	QL (28 PER 180 OVER TIME)
roflumilast 500 mcg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
theophylline er (100 mg tab er 12h, 200 mg tab er 12h, 300 mg tab er 12h, 400 mg tab er 24h, 450 mg tab er 12h, 600 mg tab er 24h)	Tier 3	
PULMONARY ANTIHYPERTENSIVES		
ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB)	Tier 5	PA, LA, QL (90 PER 30 DAYS)
alyq 20 mg tab	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ambrisentan (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)
bosentan (125 mg tab, 62.5 mg tab)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
bosentan 32 mg tab sol	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
macitentan 10 mg tab	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
riociguat (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab)	Tier 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
sildenafil citrate 20 mg tab	Tier 3	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
tadalafil (pah) 20 mg tab	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
UPTRAVI (1000 MCG TAB, 1200 MCG TAB, 1400 MCG TAB, 1600 MCG TAB, 200 MCG TAB, 400 MCG TAB, 600 MCG TAB, 800 MCG TAB)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
UPTRAVI 100 MCG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (420 PER 30 DAYS)
UPTRAVI 150 MCG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (560 PER 28 DAYS)
UPTRAVI 200 & 800 MCG TAB THPK	Tier 5	PA, LA, QL (200 PER 180 OVER TIME)
WINREVAIR (2 X 45 MG KIT, 2 X 60 MG KIT, 45 MG KIT, 60 MG KIT)	Tier 5	PA, QL (1 PER 21 OVER TIME)
PULMONARY FIBROSIS AGENTS		
nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)	Tier 3	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
PIRFENIDONE 534 MG TAB	Tier 5	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
pirfenidone 801 mg tab	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
RESPIRATORY TRACT AGENTS, OTHER		
acetylcysteine (10 % solution, 20 % solution)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
ADVAIR HFA (115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL, 45-21 MCG/ACT AEROSOL)	Tier 3	QL (12 PER 30 DAYS)

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
BREO ELLIPTA (100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA, 50-25 MCG/INH AER POW BA)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
breyna (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)	Tier 3	QL (10.3 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-18-4.8 MCG/ACT AEROSOL	Tier 3	QL (10.7 GM PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	Tier 3	QL (10.7 PER 30 DAYS)
budesonide-formoterol fumarate (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)	Tier 3	QL (10.2 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	Tier 4	QL (4 PER 30 DAYS)
flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution	Tier 2	QL (50 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL (100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
fluticasone propionate 50 mcg/act suspension	Tier 2	QL (16 PER 30 DAYS)
fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE-SALMETEROL (113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA, 55-14 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 2	QL (1 PER 30 DAYS)
ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
NUCALA (100 MG RECON SOLN, 100 MG/ML SOLN A-INJ, 100 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 28 DAYS)
NUCALA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, LA, QL (0.4 PER 28 DAYS)

شما می‌توانید اطلاعات مربوط به معنی نمادها و اختصارات موجود در
این جدول را با مراجعه به راهنمای علائم ذکر شده در بخش C1 پیدا کنید

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACT AERO SOLN	Tier 3	
TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
wixela inhub (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)

SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS		
carisoprodol 350 mg tab	Tier 2	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
cyclobenzaprine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	PA
methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)	Tier 3	PA

SLEEP DISORDER AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
SLEEP PROMOTING AGENTS		
eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ramelteon 8 mg tab	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
tasimelteon 20 mg cap	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
temazepam 15 mg cap	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
temazepam 30 mg cap	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
triazolam 0.125 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
triazolam 0.25 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)

SLEEP DISORDER AGENTS

نام دارو	این دارو برای شما چقدر هزینه خواهد داشت (سطح ردیف)	اقدامات لازم، استثناها یا محدودیت‌های استفاده
zaleplon 10 mg cap	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
zaleplon 5 mg cap	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
zolpidem tartrate 10 mg tab	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
zolpidem tartrate 5 mg tab	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
WAKEFULNESS PROMOTING AGENTS		
armodafinil (150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
modafinil 100 mg tab	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
modafinil 200 mg tab	Tier 3	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
sodium oxybate 500 mg/ml solution	Tier 5	PA, LA, QL (540 PER 30 DAYS)

د نیا ،شخبامشد یم دیناوتوراد ار ابوجتسج ربسا ساماه ب بیترتفورحابفلا ادیپ
.دیبایب دوخ .دوراد یورابرد هرابرد یرتشیپ شوپ شاجک هکه یم دیناوتتاعلاطا شوپ یرتشیپ هرابرد یورادوخ .دیبایب

albuterol sulfate 158
albuterol sulfate hfa 158
alclometasone dipropionate 111
ALCOHOL 70% PADS 145
ALCOHOL PADS 145
ALCOHOL PREP 145
ALCOHOL PREP PADS 145
ALCOHOL SWABS 145
ALCOHOL SWABSTICK 145
alcohol wipes 112
ALDURAZYME 120
ALECENSA 59
alendronate sodium 143,144
alfuzosin hcl er 121
aliskiren fumarate 101
allopurinol 53
alosetron hcl 118
alprazolam 87
altavera 124
ALUNBRIG 59,60
alyacen 1/35 124
alyacen 7/7/7 124
alyq 159
amantadine hcl 74
ambrisentan 159
amikacin sulfate 33
amiloride hcl 103
amiloride-hydrochlorothiazide 101
amiodarone hcl 97
amitriptyline hcl 49
amlodipine besy-benazepril hcl 101
amlodipine besylate 99
amlodipine besylate-valsartan 101
amlodipine-atorvastatin 101
amlodipine-olmesartan 101
amlodipine-valsartan-hctz 101
ammonium lactate 111
amnesteem 110
amoxapine 49
amoxicillin 37

A

abacavir sulfate 83
abacavir sulfate-lamivudine 83
ABELCET 51
ABILIFY MAINTENA 76
abiraterone acetate 55,56
abirtega 56
ABRYSVO 140
acamprosate calcium 32
acarbose 89
accutane 110
acebutolol hcl 98
acetaminophen-codeine 30
acetazolamide 101
acetazolamide er 155
acetic acid 155
acetylcysteine 160
acitretin 110
ACTHIB 140
ACTIMMUNE 138
acyclovir 86,114
acyclovir sodium 86
ADACEL 140
adefovir dipivoxil 82
ADEMPAS 159
ADVAIR HFA 160
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 145
afirmelle 124
AIMOVIG 53
AKEEGA 57
ala-cort 111
albendazole 73
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair) 158
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair) 158
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil) 158
albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin) 158

amoxicillin trihydrate . . . 37
amoxicillin-pot clavulanate . . . 37
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE . . . 37
amoxicillin-pot clavulanate er . . . 37
amphetamine-dextroamphet er . . . 106
amphetamine-dextroamphetamine . . . 107
AMPHOTERICIN B . . . 51
amphotericin b liposome . . . 52
ampicillin . . . 37
ampicillin sodium . . . 37
ampicillin-sulbactam sodium . . . 37
anagrelide hcl . . . 94
anastrozole . . . 59
ANORO ELLIPTA . . . 161
apraclonidine hcl . . . 155
aprepitant . . . 51
apri . . . 124
APTIVUS . . . 85
AQ INSULIN SYRINGE . . . 145
AQINJECT PEN NEEDLE . . . 145
ARALAST NP . . . 120
ARANELLE . . . 124
ARANESP (ALBUMIN FREE) . . . 94,95
ARCALYST . . . 135
AREXVY . . . 140
ARGYLE STERILE WATER . . . 145
ARIKAYCE . . . 33
aripiprazole . . . 77
armodafinil . . . 163
ARNUITY ELLIPTA . . . 156
asenapine maleate . . . 77
ashlyna . . . 124
ASMANEX (120 METERED DOSES) . . . 156
ASMANEX (14 METERED DOSES) . . . 156
ASMANEX (30 METERED DOSES) . . . 156
ASMANEX (60 METERED DOSES) . . . 156
ASMANEX HFA . . . 156
aspirin-dipyridamole er . . . 95
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES . . . 145
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES . . . 145
atazanavir sulfate . . . 85
atenolol . . . 98
atenolol-chlorthalidone . . . 101
atomoxetine hcl . . . 107
atorvastatin calcium . . . 104
atovaquone . . . 73
atovaquone-proguanil hcl . . . 73
atropine sulfate . . . 152
aubra . . . 124
aubra eq . . . 124
AUGTYRO . . . 57,58
AUM ALCOHOL PREP PADS . . . 145
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE . . . 145
AUM PEN NEEDLE . . . 145
AURANOFIN . . . 135
aurovela 1.5/30 . . . 124
aurovela 1/20 . . . 124
aurovela fe 1.5/30 . . . 124
aurovela fe 1/20 . . . 125
AUSTEDO . . . 108
AUSTEDO XR . . . 108
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION . . . 108
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE . . . 145
AUVELITY . . . 46
AUVELITY TITRATION PACK . . . 46
aviane . . . 125
avidoxy . . . 40
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK . . . 59
ayuna . . . 125
AYVAKIT . . . 60
azathioprine . . . 138
AZATHIOPRINE SODIUM . . . 138
azelastine hcl . . . 153,157
azithromycin . . . 38
aztreonam . . . 33
azurette . . . 125

B

bac (butalbital-acetamin-caff) . . . 108
bacitra-neomycin-polymyxin-hc . . . 152

BACITRACIN 153
BACITRACIN-POLYMYXIN B 152
baclofen 81
balsalazide disodium 143
BALVERSA 60
balziva 125
BAQSIMI ONE PACK 91
BAQSIMI TWO PACK 91
BARACLUDE 82
BCG VACCINE 140
BD INSULIN SYRINGE 145
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC 145
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC 146
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC 146
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC 146
benazepril hcl 97
benazepril-hydrochlorothiazide 101
BENLYSTA 135
BENZNIDAZOLE 73
benzoyl peroxide-erythromycin 110
benztropine mesylate 74
BESIVANCE 39
BESREMI 138
BESREMI PEN 58
betaine 120
betamethasone dipropionate 111
betamethasone dipropionate aug 111
betamethasone valerate 111
BETASERON 109
betaxolol hcl 98,154
bethanechol chloride 121
bexarotene 72
BEXSERO 140
bicalutamide 56
BICILLIN L-A 37
BIKTARVY 82
BILDYOS 144
BILPREVDA 144
bimatoprost 155
bis subcit-metronid-tetracyc 118
bismuth/metronidaz/tetracyclin 118
bisoprolol fumarate 98
bisoprolol-hydrochlorothiazide 101
BIXLENVO 82
BIXLENVO SUNLENCA STARTER PACK . 84
blisovi fe 1.5/30 125
blisovi fe 1/20 125
BOOSTRIX 140
bosentan 159
BOSULIF 60
bosutinib 60
BRAFTOVI 60
BREO ELLIPTA 161
breyna 161
BREZTRI AEROSPHERE 161
briellyn 125
brimonidine tartrate 155
brimonidine tartrate-timolol 152
brinzolamide 155
brivaracetam 40
bromocriptine mesylate 75
BRUKINSA 60
budesonide 143,156
budesonide er 143
budesonide-formoterol fumarate 161
bumetanide 103
buprenorphine 29
buprenorphine hcl 32
buprenorphine hcl-naloxone hcl 32
bupropion hcl 47
bupropion hcl er (smoking det) 33
bupropion hcl er (sr) 47
bupropion hcl er (xl) 47
buspirone hcl 87
butalbital-apap-caffeine 108
butalbital-aspirin-caffeine 28

butorphanol tartrate . . . 30
BYSANTI . . . 77
BYSANTI TITRATION PACK A . . . 77
BYSANTI TITRATION PACK B . . . 77
BYSANTI TITRATION PACK C . . . 77

C

CABENUVA . . . 84
cabergoline . . . 134
CABOMETYX . . . 61
calcipotriene . . . 112
calcitonin (salmon) . . . 144
calcitrene . . . 112
calcitriol . . . 144
CALCITRIOL . . . 144
calcium acetate (phos binder) . . . 116
CALQUENCE . . . 61
camila . . . 131
camrese . . . 125
camrese lo . . . 125
candesartan cilexetil . . . 96
candesartan cilexetil-hctz . . . 101
CAPLYTA . . . 77
CAPRELSA . . . 61
captopril . . . 97
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE . . . 101
carbamazepine . . . 44
carbamazepine er . . . 44
carbidopa . . . 75
carbidopa-levodopa . . . 75
carbidopa-levodopa er . . . 75
carbidopa-levodopa-entacapone . . . 74
CARETOUCH ALCOHOL PREP . . . 146
carglumic acid . . . 120
carisoprodol . . . 162
CARTEOLOL HCL . . . 154
cartia xt . . . 99
carvedilol . . . 98
CAVHANZA . . . 61
CAYSTON . . . 34
CEFACLOR . . . 35
cefadroxil . . . 35
cefazolin sodium . . . 35
cefdinir . . . 35
cefepime hcl . . . 36
cefixime . . . 36
cefoxitin sodium . . . 36
CEFPODOXIME PROXETIL . . . 36
cefprozil . . . 36
ceftaroline fosamil . . . 36
CEFTAZIDIME . . . 36
ceftriaxone sodium . . . 36
cefuroxime axetil . . . 36
cefuroxime sodium . . . 36
celecoxib . . . 28
cephalexin . . . 36
cetirizine hcl . . . 157
cevimeline hcl . . . 109
chateal eq . . . 125
chlorhexidine gluconate . . . 109
chloroquine phosphate . . . 73
chlorpromazine hcl . . . 76
chlorthalidone . . . 104
cholestyramine . . . 105
cholestyramine light . . . 105
ciclodan . . . 114
ciclopirox . . . 114
ciclopirox olamine . . . 114
cilostazol . . . 95
CILOXAN . . . 39
CIMDUO . . . 84
cimetidine . . . 119
cinacalcet hcl . . . 144
ciprofloxacin hcl . . . 39
ciprofloxacin in d5w . . . 39
ciprofloxacin-dexamethasone . . . 156
citalopram hydrobromide . . . 48
claravis . . . 110
CLARITHROMYCIN . . . 38
clarithromycin . . . 38

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

D

dabigatran etexilate mesylate . . . 93
dalfampridine er . . . 109
danazol . . . 124
dantrolene sodium . . . 81
dapaglifloz base-metformin er . . . 89
dapagliflozin . . . 106
dapsone . . . 55
DAPTACEL . . . 140
daptomycin . . . 34
darunavir . . . 85
dasatinib . . . 61
dasetta 1/35 . . . 125

dasetta 7/7/7 . . . 125
DAURISMO . . . 61,62
daysee . . . 125
deblitane . . . 131
deferasirox . . . 116
DELSTRIGO . . . 83
delyla . . . 125
DENGVAXIA . . . 140
DEPO-SUBQ PROVERA 104 . . . 131
depo-testosterone . . . 124
DERMOTIC . . . 156
DESCOVY . . . 84
desipramine hcl . . . 49
desmopressin ace spray refrig . . . 123
desmopressin acetate . . . 123
desmopressin acetate pf . . . 123
desmopressin acetate spray . . . 123
desogestrel-ethinyl estradiol . . . 125
desonide . . . 111
desoximetasone . . . 111
desvenlafaxine succinate er . . . 48
dexamethasone . . . 122
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID . . . 122
dexamethasone sod phosphate pf . . . 122
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE . . . 122,154
dexmethylphenidate hcl . . . 107
dextroamphetamine sulfate . . . 107
dextrose . . . 114
dextrose in lactated ringers . . . 114
DEXTROSE-NACL . . . 114
dextrose-sodium chloride . . . 114,115
DIACOMIT . . . 40
diazepam . . . 42,88
diazepam intensol . . . 88
diazoxide . . . 91
diclofenac potassium . . . 28
diclofenac sodium . . . 28,154
diclofenac sodium er . . . 28
dicloxacillin sodium . . . 37
dicyclomine hcl . . . 118
DIFICID . . . 38
diflunisal . . . 28
difluprednate . . . 154
digox . . . 97
digoxin . . . 98
dihydroergotamine mesylate . . . 54
DILANTIN . . . 44
dilt-xr . . . 99
diltiazem hcl . . . 100
diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule . . . 100
diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule . . . 100
diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule . . . 100
diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule . . . 100
diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule . . . 100
diltiazem hcl er . . . 100
diltiazem hcl er beads . . . 100
dimethyl fumarate . . . 109
dimethyl fumarate starter pack . . . 109
diphenoxylate-atropine . . . 118
DIPHENOXYLATE-ATROPINE . . . 118
dipyridamole . . . 95
disulfiram . . . 32
divalproex sodium . . . 40
divalproex sodium er . . . 41
dofetilide . . . 98
donepezil hcl . . . 46
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg . . . 46
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg . . . 46
dorzolamide hcl . . . 155
dorzolamide hcl-timolol mal . . . 152
dorzolamide hcl-timolol mal pf . . . 152
dotti . . . 125

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

E

e.e.s. 400 . . . 38
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE . . . 147
EASY COMFORT PEN NEEDLES . . . 147
EASY TOUCH INSULIN BARRELS . . . 147
ec-naproxen . . . 28
econazole nitrate . . . 52
EDURANT PED . . . 83
efavirenz . . . 83
efavirenz-emtricitab-tenofo df . . . 83
efavirenz-lamivudine-tenofovir . . . 83
ELAPRASE . . . 120
elinest . . . 125
ELIQUIS . . . 93
ELIQUIS (1.5 MG PACK) . . . 93
ELIQUIS (2 MG PACK) . . . 93
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK . . . 93
eltrombopag olamine . . . 95
eluryng . . . 125
EMBECTA AUTOSHIELD DUO . . . 147
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT . . . 147
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE . . . 147
EMBECTA INSULIN SYRINGE . . . 147
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 . . . 147
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 . . . 147
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F . . . 148
EMBECTA PEN NEEDLE NANO . . . 148
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN . . . 148
EMBECTA PEN NEEDLE U/F . . . 148
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE . . . 148
EMBRACE PEN NEEDLES . . . 148
EMGALITY . . . 53
EMGALITY (300 MG DOSE) . . . 53
EMSAM . . . 47
emtricitab-rilpivir-tenofov df . . . 83
emtricitabine . . . 84
emtricitabine-tenofovir df . . . 84
EMTRIVA . . . 84
emzahh . . . 131
enalapril maleate . . . 97
enalapril-hydrochlorothiazide . . . 102
ENBREL . . . 138
ENBREL MINI . . . 138
ENBREL SURECLICK . . . 138
endocet . . . 30
ENGERIX-B . . . 141
enilloring . . . 126
ENOBY . . . 144
enoxaparin sodium . . . 93
enpresse-28 . . . 126
ENSACOVE . . . 59
enskyce . . . 126
entacapone . . . 74
entecavir . . . 82
ENTYVIO PEN . . . 136
enulose . . . 117
ENVARSUS XR . . . 138
EPIDIOLEX . . . 41

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

F

falmina . . . 126
famciclovir . . . 87
famotidine . . . 119
FANAPT . . . 78
FANAPT TITRATION PACK A . . . 78
FANAPT TITRATION PACK B . . . 78
FANAPT TITRATION PACK C . . . 78
FARXIGA . . . 106
febuxostat . . . 53
feirza 1.5/30 . . . 126
feirza 1/20 . . . 126
felbamate . . . 41
felodipine er . . . 99
fenofibrate . . . 104
fenofibrate micronized . . . 104
fenofibric acid . . . 104
fentanyl . . . 29
FETZIMA . . . 48
FETZIMA TITRATION . . . 48
fidaxomicin . . . 39
FILSPARI . . . 121
finasteride . . . 121
fingolimod hcl . . . 109
FINTEPLA . . . 41
flecainide acetate . . . 98
fluconazole . . . 52
fluconazole in sodium chloride . . . 52
flucytosine . . . 52
fludrocortisone acetate . . . 122
flunisolide . . . 161
fluocinolone acetonide . . . 111
fluocinolone acetonide body . . . 111
fluocinolone acetonide scalp . . . 111

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

G

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

H

HADLIMA . . . 139
HADLIMA PUSHTOUCH . . . 139
HAEGARDA . . . 135
hailey 1.5/30 . . . 126
hailey fe 1.5/30 . . . 127
hailey fe 1/20 . . . 127

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

I

ibandronate sodium . . . 144
IBRANCE . . . 63
IBTROZI . . . 63
ibu . . . 28
ibuprofen . . . 28
icatibant acetate . . . 135
iclevia . . . 127
ICLUSIG . . . 63
icosapent ethyl . . . 105
IDHIFA . . . 63
IDVYNSO . . . 85
ILEVRO . . . 154
imatinib mesylate . . . 63
IMBRUVICA . . . 63
imipenem-cilastatin . . . 38
imipramine hcl . . . 50
imiquimod . . . 113
IMKELDI . . . 63
IMOVAX RABIES . . . 141
IMPAVIDO . . . 74
incassia . . . 131
INCRELEX . . . 123
INCRUSE ELLIPTA . . . 157
indapamide . . . 104
indomethacin . . . 28
INFANRIX . . . 141
INLURIYO . . . 57
INLYTA . . . 63,64
INQOVI . . . 58
INREBIC . . . 64
INSULIN LISPRO . . . 92
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) . . . 92
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN . . . 92
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO . . . 92
INSULIN PEN NEEDLES . . . 148
INSULIN PEN NEEDLES . . . 148
INSULIN SYRINGE 0.3 ML . . . 148
INSULIN SYRINGE 0.5 ML . . . 148

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

J

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

K

KALETRA....85
kalliga....127
KALYDECO....158
kariva....127
kcl in dextrose-nacl....115
KCL-LACTATED RINGERS-D5W....115
kelnor 1/35....127
kelnor 1/50....127
KERENDIA....89
ketoconazole....52
ketorolac tromethamine....154
KINERET....136
KINRIX....141
kionex....117
KISQALI (200 MG DOSE)....64
KISQALI (400 MG DOSE)....64
KISQALI (600 MG DOSE)....64
klayesta....52
klor-con....115
klor-con 10....115
klor-con m10....115

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

L

l-glutamine . . . 120
labetalol hcl . . . 98
lacosamide . . . 44
lactated ringers . . . 115,149
lactulose . . . 117
lactulose encephalopathy . . . 117
LAGEVRIO . . . 87
lamivudine . . . 82,84
lamivudine-zidovudine . . . 84
lamotrigine . . . 41
lansoprazole . . . 119
LANTUS . . . 92
LANTUS SOLOSTAR . . . 92
lapatinib ditosylate . . . 65
larin 1.5/30 . . . 127
larin 1/20 . . . 127
larin fe 1.5/30 . . . 127
larin fe 1/20 . . . 127
latanoprost . . . 155
LAZCLUZE . . . 59
LEDERLE LEUCOVORIN . . . 58
leena . . . 127
leflunomide . . . 139
lenalidomide . . . 56
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) . . . 65
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) . . . 65
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) . . . 65
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) . . . 65
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) . . . 65
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) . . . 65
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) . . . 65
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) . . . 66
LEQEMBI IQLIK . . . 45
LEQEMBI IQLIK (500 MG DOSE) . . . 45
lessina . . . 127
letrozole . . . 59
leucovorin calcium . . . 58
LEUKERAN . . . 55
LEUKINE . . . 95
leuprolide acetate . . . 134
levalbuterol hcl . . . 158
LEVALBUTEROL TARTRATE . . . 158
levetiracetam . . . 41
levetiracetam er . . . 41
levo-t . . . 133
LEVOBUNOLOL HCL . . . 155
levocarnitine . . . 120
levocetirizine dihydrochloride . . . 157
levofloxacin . . . 39
LEVOFLOXACIN . . . 153
levofloxacin in d5w . . . 39
levonest . . . 127
levonorg-eth estrad triphasic . . . 128
levonorgest-eth estrad 91-day . . . 128
levonorgest-eth estradiol-iron . . . 128
levonorgestrel-ethinyl estrad . . . 128
levora 0.15/30 (28) . . . 128
levothyroxine sodium . . . 133
levoxyl . . . 133
lidocaine . . . 32
lidocaine hcl . . . 32
lidocaine viscous hcl . . . 32
lidocaine-prilocaine . . . 32
lidocan . . . 32
LIFYORLI (125 MG DOSE) . . . 66
LIFYORLI (150 MG DOSE) . . . 66
LILETTA (52 MG) . . . 132
lincomycin hcl . . . 34
linezolid . . . 34
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE . . . 34

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

M

M-M-R II 141
macitentan 159
magnesium sulfate 115
malathion 113
maraviroc 85
marlissa 128
MARPLAN 48
MATULANE 55
matzim la 100
MAVYRET 82
meclizine hcl 50
medpura alcohol pads 113
medroxyprogesterone acetate 132
mefloquine hcl 74
megestrol acetate 132
MEKINIST 66,67
MEKTOVI 67
meleya 132
meloxicam 29
memantine hcl 46
memantine hcl er 46
MENEST 128
MENQUADFI 141
MENVEO 141
mercaptopurine 57
meropenem 38
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE 38
mesalamine 143
mesalamine er 143
mesna 73

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

N

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

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

O

ocella 130
octreotide acetate 134
OCTREOTIDE ACETATE 134
ODEFSEY 83
ODOMZO 67
OFEV 160

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

P

pacerone . . . 98
paliperidone er . . . 79
PANRETIN . . . 72
pantoprazole sodium . . . 119
paricalcitol . . . 144
paroxetine hcl . . . 48
PAROXETINE HCL . . . 49
paroxetine hcl er . . . 49
PAXLOVID (150/100) . . . 87
PAXLOVID (300/100 & 150/100) . . . 87
PAXLOVID (300/100) . . . 87
pazopanib hcl . . . 67
PAZOPANIB HCL . . . 67
PEDIARIX . . . 141
PEDVAXHIB . . . 141
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl . . . 117
peg-3350/electrolytes . . . 118
PEGASYS . . . 138
PEMAZYRE . . . 67
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP . . . 149
PEN NEEDLES . . . 149
PENBRAYA . . . 149
penicillamine . . . 122
penicillin g potassium . . . 37
PENICILLIN G SODIUM . . . 37
penicillin v potassium . . . 38
PENMENVY . . . 141
PENTACEL . . . 141
pentamidine isethionate . . . 74
pentoxifylline er . . . 102
perampanel . . . 41
PERINDOPRIL ERBUMINE . . . 97
periogard . . . 110
permethrin . . . 113
perphenazine . . . 50
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE . . . 47
PERSERIS . . . 79
pfizerpen . . . 38
PHENELZINE SULFATE . . . 48
phenobarbital . . . 43
phenytek . . . 44
phenytoin . . . 44

phenytoin infatabs . . . 45
phenytoin sodium extended . . . 45
philith . . . 130
PIFELTRO . . . 83
pilocarpine hcl . . . 110,155
pimozide . . . 76
pimtrea . . . 130
pindolol . . . 99
pioglitazone hcl . . . 90
pioglitazone hcl-glimepiride . . . 90
pioglitazone hcl-metformin hcl . . . 90
piperacillin sod-tazobactam so . . . 38
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) . . . 68
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) . . . 68
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) . . . 68
pirfenidone . . . 160
PIRFENIDONE . . . 160
piroxicam . . . 29
PNV 27-CA/FE/FA . . . 115
podofilox . . . 113
polycin . . . 153
polymyxin b-trimethoprim . . . 154
pomalidomide . . . 56
POMALYST . . . 57
portia-28 . . . 130
posaconazole . . . 52
potassium chloride . . . 115
potassium chloride crys er . . . 115
potassium chloride er . . . 115
potassium chloride in dextrose . . . 115
potassium chloride in nacl . . . 115
potassium citrate er . . . 115
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% . . . 116
pramipexole dihydrochloride . . . 75
prasugrel hcl . . . 96
pravastatin sodium . . . 104
praziquantel . . . 73
prazosin hcl . . . 96
prednisolone . . . 122
prednisolone acetate . . . 154
prednisolone sodium phosphate . . . 122
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE . . . 154
prednisone . . . 123
PREDNISONE . . . 123
PREDNISONE INTENSOL . . . 123
pregabalin . . . 109
PREMARIN . . . 130
PREMASOL . . . 116
PREMIUM LIDOCAINE . . . 32
prenatal vitamins . . . 116
PRETOMANID . . . 55
prevalite . . . 105
PREVYMIS . . . 81
PREZCOBIX . . . 85
PREZCOBIX PED . . . 86
PREZISTA . . . 86
primaquine phosphate . . . 74
primidone . . . 43
PRIORIX . . . 141
PRO COMFORT ALCOHOL . . . 149
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE . . . 149
probenecid . . . 53
prochlorperazine . . . 50
prochlorperazine maleate . . . 50
procto-med hc . . . 112
proctosol hc . . . 112
proctozone-hc . . . 112
progesterone . . . 132
PROGRAF . . . 139
promethazine hcl . . . 50,157
propafenone hcl . . . 98
propranolol hcl . . . 99
PROPRANOLOL HCL . . . 99
propranolol hcl er . . . 99
propylthiouracil . . . 135
PROQUAD . . . 141
protriptyline hcl . . . 50
PULMOZYME . . . 159
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE . . . 149

pyrazinamide . . . 55
pyridostigmine bromide . . . 54
pyridostigmine bromide er . . . 54
pyrimethamine . . . 74

Q

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

R

ra isopropyl alcohol wipes . . . 113
RABAVERT . . . 142
rabeprazole sodium . . . 119
RALDESY . . . 49
raloxifene hcl . . . 132
raltegravir potassium . . . 82,83
ramelteon . . . 162
ramipril . . . 97
ranolazine er . . . 102
rasagiline mesylate . . . 75
reclipsen . . . 130
RECOMBIVAX HB . . . 142
RELENZA DISKHALER . . . 86
repaglinide . . . 90
REPATHA . . . 105
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM . . . 105
REPATHA SURECLICK . . . 105
RESTASIS . . . 153
RETACRIT . . . 95
RETEVMO . . . 68
REVCOVI . . . 120
REVUFORJ . . . 68
REXULTI . . . 80
REYATAZ . . . 86
REZDIFFRA . . . 133
REZLIDHIA . . . 68
RHOPRESSA . . . 155
RIBAVIRIN . . . 82
ribavirin . . . 82
RIDAURA . . . 136
rifabutin . . . 55
rifampin . . . 55
rifapentine . . . 55
rilpivirine hcl . . . 83
riluzole . . . 108
RIMANTADINE HCL . . . 86
ringers . . . 116
ringers irrigation . . . 150
RINVOQ . . . 136
RINVOQ LQ . . . 136
riociguat . . . 160
risedronate sodium . . . 144
risperidone . . . 80
risperidone microspheres er . . . 80
ritonavir . . . 86
rivaroxaban . . . 94
rivastigmine . . . 46
rivastigmine tartrate . . . 46
rizatriptan benzoate . . . 54
ROCKLATAN . . . 153
roflumilast . . . 159
ROMVIMZA . . . 68
ropinirole hcl . . . 75
ropinirole hcl er . . . 75
rosuvastatin calcium . . . 104
ROTARIX . . . 142
ROTATEQ . . . 142
roweepra . . . 41
ROZLYTREK . . . 68
RUBRACA . . . 68
rufinamide . . . 45

RUKOBIA 85
RYBELSUS 90
RYDAPT 69

S

sacubitril-valsartan 102
sajazir 135
SANTYL 113
sapropterin dihydrochloride 120
SCEMBLIX 69
scopolamine 50
SECUADO 80
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 150
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES . 150
selegiline hcl 75
selenium sulfide 112
SELZENTRY 85
SEREVENT DISKUS 158
sertraline hcl 49
setlakin 130
sevelamer carbonate 117
sharobel 132
SHINGRIX 142
SIGNIFOR 134
sildenafil citrate 160
SILIGENTLE FOAM DRESSING 150
silodosin 121
silver sulfadiazine 113
SIMBRINZA 155
SIMLANDI (1 PEN) 139
SIMLANDI (1 SYRINGE) 140
SIMLANDI (2 PEN) 140
SIMLANDI (2 SYRINGE) 140
simliya 130
simpesse 130
simvastatin 105
sirolimus 140
SIRTURO 55
sitaglip phos-metformin hcl er 90
sitagliptin phos-metformin hcl 90
sitagliptin phosphate 90
SKYRIZI 136,137
SKYRIZI PEN 137
SMOFLIPID 150
sodium chloride 116
sodium chloride (pf) 116
SODIUM FLUORIDE 116
sodium oxybate 163
sodium phenylbutyrate 120
sodium polystyrene sulfonate 117
solifenacin succinate 121
SOLTAMOX 57
SOMAVERT 134
sorafenib tosylate 69
sotalol hcl 98
sotalol hcl (af) 98
SPIRIVA RESPIMAT 157
spironolactone 104
spironolactone-hctz 102
sprintec 28 130
SPRITAM 41
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) . . . 117
sronyx 130
ssd 113
sterile water for irrigation 150
STIOLTO RESPIMAT 162
STIVARGA 69
STREPTOMYCIN SULFATE 33
STRIBILD 83
subvenite 41
SUBVENITE 41
sucralfate 119
SULFACETAMIDE SODIUM 154
sulfacetamide sodium 154
sulfacetamide sodium (acne) 110
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 153
sulfadiazine 39
sulfamethoxazole-trimethoprim 39
sulfasalazine 143
sulfatrim pediatric 40

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

T

TABLOID....57
TABRECTA....69
tacrolimus....112,140
tadalafil....121
tadalafil (pah)....160
TAFINLAR....69
TAGRISSO....69
TALZENNA....69,70
tamoxifen citrate....57
tamsulosin hcl....121
tarina fe 1/20....130
tarina fe 1/20 eq....130
TARPEYO....123
tasimelteon....162
tazarotene....110
TAZICEF....36
TAZVERIK....70
TDVAX....142
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES....150
telmisartan....97
telmisartan-amlodipine....103
telmisartan-hctz....103
temazepam....162
TENIVAC....142
tenofovir disoproxil fumarate....84
TEPMETKO....70
terazosin hcl....96
terbinafine hcl....53
terconazole....53
teriflunomide....109
teriparatide....144
testosterone....124
testosterone cypionate....124
TESTOSTERONE ENANTHATE....124
tetrabenazine....108
tetracycline hcl....40
THALOMID....57
theophylline er....159
thioridazine hcl....76
thiothixene....76
tiadylt er....100
tiagabine hcl....43
TIBSOVO....70
ticagrelor....96
TICOVAC....142
tigecycline....35
timolol maleate....99,155
tinidazole....35
tiotropium bromide....157
TIVICAY....83
TIVICAY PD....83
tizanidine hcl....81
TOBI PODHALER....159
tobramycin....154,159
tobramycin sulfate....33
tobramycin-dexamethasone....153
TOLAK....113
tolterodine tartrate....121
tolterodine tartrate er....121
tolvaptan....116
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE....150
topiramate....42

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

U

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

V

valacyclovir hcl . . . 87
VALCHLOR . . . 113
valganciclovir hcl . . . 82

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

W

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

X

XALKORI . . . 71
XARELTO . . . 94
XARELTO STARTER PACK . . . 94
XATMEP . . . 140

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

Y

YESINTEK 137
YF-VAX 143
yuvafem 131

Z

zafemy 131
zafirlukast 157
zaleplon 163
ZARXIO 95
ZEJULA 72
ZELBORAF 72
zenatane 110
ZENBEXUS 59
ZENPEP 120
zidovudine 84
ziprasidone hcl 80
ziprasidone mesylate 80
ZIRGAN 154
zoledronic acid 144
ZOLINZA 59
zolpidem tartrate 163
ZONISADE 45
zonisamide 45
zovia 1/35 (28) 131
ZTALMY 44
zumandimine 131
ZURZUVAE 47
ZYDELIG 72
ZYKADIA 72
ZYMFENTRA (1 PEN) 140
ZYMFENTRA (2 PEN) 140
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) 140
ZYPREXA RELPREVV 80

د نیا، شخبامش می دناوتد فورحابفلا ادیپ
.دینکن یا می همامب هک اجک می دناوتد تاعلاطا شوپ یرتشیپ هرابرد یوراد دوخ .دیباب

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

IMMUNOLOGICAL AGENTS 135
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS 143
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS 143
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS 145
OPHTHALMIC AGENTS 152
OTIC AGENTS 155
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS 156
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS 162
SLEEP DISORDER AGENTS 162

Notice of Availability of
Language Services and Auxiliary Aids and Services

English Tagline

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

الشعار بالعربية (Arabic)

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

Հայերեն պիտակ (Armenian)

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

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

简体中文标语 (Chinese)

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

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

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

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

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

日本語表記 (Japanese)

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

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

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

한국어 태그라인 (Korean)

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

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ

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

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການ
ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ

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

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

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

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

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

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

مطلب به زبان فارسی ((Persian (Farsi)

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

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

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

Русский слоган (Russian)

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

предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

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

Tagalog Tagline (Tagalog)

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

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

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

Примітка українською (Ukrainian)

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

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

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

اعلامیه عدم تبعیض

تبعیض بر خلاف قانون است Blue Shield of California از قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال تبعیت می کند. Blue Shield of California به طور غیرقانونی براساس جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، اصلیت ملی، هویت گروهی بومی، سن، معلولیت ذهنی، معلولیت جسمانی، عارضه پزشکی، اطلاعات ژنتیک، وضعیت تأهل، جندر، هویت جندری، سوگیری جنسی تبعیض قائل نشده، اشخاص را محروم نکرده یا به صورت متفاوت با آنها رفتار نمی کند.

» خدمات ارائه شده توسط Blue Shield of California :
» امداد و خدمات رایگان را به موقع در اختیار اشخاص معلول قرار می دهد تا بهتر ارتباط بر قرار کنند، از جمله:

- مترجمین واجد شرایط برای زبان اشاره
- اطلاعات کتبی به سایر فرمت ها (چاپ درشت، صوتی، فرمت های الکترونیک قابل دسترسی، فرمت های دیگر)

» ارائه به موقع خدمات رایگان زبانی به اشخاصی که زبان مادری آنها انگلیسی نیست، از جمله:

- مترجمین شفاهی واجد شرایط
- اطلاعات کتبی به زبان های دیگر

» در صورت نیاز به این خدمات، بین ساعات 8 صبح و 8 بعدازظهر از دوشنبه تا جمعه با *Blue Shield of California* تماس بگیرید. با بخش مراقبت از مشتریان در ناحیه خود تماس بگیرید:

1-800-452-4413 اگر مشکلات گویایی یا شنوایی دارید، لطفاً با *TTY:711* تماس بگیرید. این نوشتار بنابر درخواست به صورت بریل، چاپ درشت، کاست صوتی و الکترونیک موجود می باشد. برای دستیابی به یک نسخه از این فرمت های متفاوت، لطفاً با ما تماس بگیرید یا مکاتبه نمایید:

Blue Shield of California

601 12th Street

Oakland, CA 94607-3613

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

روش تسلیم نارضایتی

اگر عقیده دارید که Blue Shield of California در ارائه این خدمات کوتاهی کرده است یا به طور غیرقانونی به هر صورتی براساس جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، اصلیت ملی، هویت گروهی بومی، سن، معلولیت ذهنی، معلولیت جسمانی، عارضه پزشکی، اطلاعات ژنتیک، وضعیت تأهل، جندر، هویت جندر یا سوگیری جنسی تبعیض قائل شده است، می توانید یک نارضایتی را تسلیم کنید. هماهنگ کننده حقوق مدنی Blue Shield of California می توانید نارضایتی را از طریق تلفن، مکاتبه، به طور حضوری یا الکترونیک تسلیم کنید:

- توسط تلفن: با هماهنگ کننده حقوق مدنی Blue Shield of California بین ساعات 8 صبح و 8 بعدازظهر از دوشنبه تا جمعه به شماره1-800-776-4466 تماس بگیرید. یا اگر مشکلات گویایی یا شنوایی دارید، لطفاً با TTY/ TDD 711 تماس بگیرید.
- از طریق مکاتبه: فرم شکایت را پر کرده یا نامه ای را نوشته و به نشانی زیر ارسال کنید:

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.

- به طور حضوری: به مطب پزشک خود یا Blue Shield of California مراجعه کرده و بگویید که می خواهید یک نارضایتی را تسلیم نمایید.
- به صورت الکترونیک: از تارنمای Blue Shield of California به آدرس blueshieldca.com بازدید کنید.

دفتر حقوق مدنی (OFFICE OF CIVIL RIGHTS) - اداره خدمات مراقبت درمانی کالیفرنیا

CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

می توانید شکایت حقوق مدنی را به سازمان خدمات مراقبت درمانی کالیفرنیا، دفتر حقوق مدنی توسط تلفن، مکاتبه یا به صورت الکترونیک نیز تسلیم نمایید:

- توسط تلفن: با شماره 1-916-440-7370 تماس بگیرید. اگر مشکل گویایی یا شنوایی دارید، لطفاً با 711 (خدمات رله مخابراتی) تماس بگیرید.
- از طریق مکاتبه: فرم شکایت را پر کنید یا نامه ای را به نشانی زیر ارسال دارید:

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

فرم های شکایت در http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx موجود می باشند.

- به صورت الکترونیک: به این آدرس ایمیل بفرستید: CivilRights@dhcs.ca.gov.

دفتر حقوق مدنی - اداره بهداشت و خدمات انسانی امریکا

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

اگر عقیده دارید که براساس جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، اصلیت ملی، هویت بومی گروهی، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی جسمانی، عارضه پزشکی، اطلاعات ژنتیک، وضعیت تأهل، جنس، هویت جنسی یا سوگیری جنسیتی برعلیه شما تبعیض قائل شده است، می توانید یک شکایت حقوق مدنی را به سازمان بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، دفتر حقوق مدنی توسط تلفن، مکاتبه یا الکترونیک تسلیم نمایید:

- توسط تلفن: با شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. اگر مشکلات شنوایی یا گویایی دارید، لطفاً با
- TTY/TDD 1-800-537-7697 **تماس بگیرید**.
- از طریق مکاتبه: فرم شکایت را پر کنید یا نامه ای را به نشانی زیر ارسال دارید:

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

فرم های شکایت در http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.htm موجود می باشند.

- به صورت الکترونیک: از پورتال شکایات دفتر حقوق مدنی به آدرس https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf بازدید کنید.

این *فهرست داروها* در تاریخ 10/23/2026 به‌روزرسانی شده است.

برای کسب اطلاعات جدیدتر یا سایر سؤالات، هفت روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب به‌وقت منطقه زمانی اقیانوس آرام با ما با شماره (TTY:711) 452-4413 (800) تماس بگیرید یا به blueshieldca.com/medformulary2027 مراجعه کنید.