

Wellcare CalViva Health Dual Align, HMO D-SNP Wellcare Dual Align, HMO D-SNP

Перечень покрываемых лекарств на 2024 год (Справочник лекарств)

02



ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ: НАСТОЯЩИЙ ДОКУМЕНТ СОДЕРЖИТ ИНФОРМАЦИЮ О ЛЕКАРСТВАХ, КОТОРЫЕ ПОКРЫВАЮТСЯ В РАМКАХ ДАННОГО ПЛАНА

HPMS Approved Formulary File Submission ID 24154, Version Number 16

Настоящий справочник лекарств был обновлен 09/01/2024.

Важное сообщение о стоимости вакцин для вас. Некоторые вакцины считаются медицинской услугой. Другие вакцины считаются лекарствами по программе Part D. Наш план покрывает большинство вакцин по программе Part D бесплатно для вас.

Для получения более актуальной информации либо по другим вопросам обращайтесь в отдел обслуживания участников плана Wellcare Dual Align по номеру **1-800-431-9007** или в отдел обслуживания участников плана Wellcare CalViva Health Dual Align по номеру **1-833-236-2366**; при использовании ТТУ набирайте **711**. С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. Либо посетите веб-сайт **wellcare.com/healthnetCA**.



In Partnership with **CalViva**
HEALTH

Введение

Настоящий документ называется *Перечень покрываемых лекарств* (другое название — «Перечень лекарств»). В нем содержится информация о том, какие лекарства по рецепту покрываются нашим планом страхования. Кроме того, из Перечня лекарств можно узнать, действуют ли в отношении тех или иных лекарств, покрываемых нашим планом страхования, какие-либо особые правила или ограничения.

Наша контактная информация и дата последнего обновления Перечня лекарств указаны на передней и задней стороне обложки. Основные термины и их определения приведены в последней главе *Справочника* участника плана.



Если у вас возникли вопросы, позвоните в отдел обслуживания участников плана Wellcare Dual Align по номеру 1-800-431-9007 или в отдел обслуживания участников плана Wellcare CalViva Health Dual Align по номеру 1-833-236-2366, ТТУ 711. С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт wellcare.com/healthnetCA.

Содержание

A. Замечания.....	3
B. Часто задаваемые вопросы.....	4
B1. Какие лекарства по рецепту представлены в <i>Перечне покрываемых лекарств</i> ? (Краткое название <i>Перечня покрываемых лекарств</i> — «Перечень лекарств».).....	5
B2. Вносятся ли в Перечень лекарств какие-либо изменения?.....	6
B3. Что происходит, когда в Перечень лекарств вносятся изменения?.....	7
B4. Существуют ли какие-либо ограничения или условия в отношении страхового покрытия лекарств либо действия, которые необходимо выполнить для получения определенных лекарств?.....	8
B5. Как можно узнать, предусмотрены ли для лекарства ограничения либо действия, которые необходимо выполнить для получения лекарства?.....	9
B6. Что происходит, если в нашем плане страхования меняются правила покрытия определенных лекарств (например, ограничения в отношении предварительного разрешения, количественные ограничения и/или ограничения в отношении поэтапного лечения)?.....	9
B7. Как найти лекарство в Перечне лекарств?.....	9
B8. Что делать, если нужного лекарства нет в Перечне лекарств?.....	10
B9. Что делать, если я новый участник плана страхования и не могу найти свое лекарство в Перечне лекарств или сталкиваюсь с проблемами при получении своего лекарства?.....	10
B10. Можно ли подать запрос на исключение из правил, чтобы покрыть необходимое лекарство?.....	11
B11. Как подать запрос на исключение из правил?.....	12
B12. Как быстро предоставляется исключение из правил?.....	12
B13. Что такое непатентованные лекарства?.....	12
B14. Что такое безрецептурные (OTC) лекарства?.....	12
B15. Покрывает ли наш план страхования нелекарственные безрецептурные (OTC) товары?.....	13
B16. Покрывает ли наш план страхования долгосрочный запас лекарств по рецепту?.....	13
B17. Могу ли я получить лекарства по рецепту с доставкой на дом из местной аптеки?.....	13
B18. Каков размер моей доплаты?.....	13
C. Обзор <i>Перечня покрываемых лекарств</i>	14
C1. Перечень лекарств по заболеванию.....	16
D. Алфавитный указатель покрываемых лекарств.....	INDEX-1

А. Замечания

Настоящий документ представляет собой перечень лекарств, доступных участникам нашего плана страхования.

- ❖ Wellcare представляет собой торговую марку Centene Corporation в рамках программы Medicare — план НМО, подразумевающий договор с программой Medicare, включая финансовую поддержку по программе Part D. Наши планы D-SNP работают по договору с программой Medi-Cal. Возможность регистрации в наших планах страхования предоставляется при условии продления договора.
- ❖ CalViva Health представляет собой план Medi-Cal Managed Care Plan (MCP), а также Local Initiative Health Plan для предоставления управляемого медицинского обслуживания Medi-Cal в округах Fresno, Kings и Madera. CalViva Health представляет собой план медицинского страхования с полным набором услуг, действующий по договору с Департаментом здравоохранения (DHCS) с целью предоставления покрываемых программой Medi-Cal услуг получателям управляемого медицинского обслуживания Medi-Cal в рамках модели с двумя планами страхования во всех почтовых индексах округов Fresno, Kings и Madera. План CalViva Health заключил договор с компанией Health Net Community Solutions, Inc. о предоставлении и организации на подушной основе покрываемых программой Medi-Cal услуг во всех почтовых индексах округов Fresno, Kings и Madera. Health Net Community Solutions, Inc. — это дочерняя компания Health Net, LLC и Centene Corporation, а также действующий по договору администратор плана CalViva Health MCP во всех почтовых индексах округов Fresno, Kings и Madera.
- ❖ Для получения актуальной версии *Перечня покрываемых лекарств* нашего плана страхования посетите веб-сайт wellcare.com/healthnetCA либо обратитесь в отдел обслуживания участников плана Wellcare Dual Align по номеру 1-800-431-9007 или в отдел обслуживания участников плана Wellcare CalViva Health Dual Align по номеру 1-833-236-2366, ТТУ 711. С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м.
- ❖ Вы можете бесплатно получить этот документ в других форматах, включая шрифт Брайля, крупный шрифт и аудиоформат. Позвоните в отдел обслуживания участников плана Wellcare Dual Align по номеру 1-800-431-9007 или в отдел обслуживания участников плана Wellcare CalViva Health Dual Align по номеру 1-833-236-2366, ТТУ 711. С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. Звонок бесплатный.
- ❖ Настоящий документ может быть бесплатно предоставлен на следующих языках: арабском, армянском, камбоджийском, китайском, фарси, корейском, русском, испанском, тагальском и вьетнамском.

Продолжение этого раздела см. на следующей странице.



Если у вас возникли вопросы, позвоните в отдел обслуживания участников плана Wellcare Dual Align по номеру 1-800-431-9007 или в отдел обслуживания участников плана Wellcare CalViva Health Dual Align по номеру 1-833-236-2366, ТТУ 711. С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт wellcare.com/healthnetCA.

- ❖ Если вы желаете запросить документ в альтернативном формате (крупный шрифт, аудиозапись, электронные форматы с поддержкой специальных возможностей, прочие форматы) или на другом предпочтительном языке, позвоните в отдел обслуживания участников плана Wellcare Dual Align по номеру 1-800-431-9007 или в отдел обслуживания участников плана Wellcare CalViva Health Dual Align по номеру 1-833-236-2366, ТТУ: 711. С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. Звонок бесплатный.
 - Если вы хотите и дальше получать печатные материалы в соответствии со своим запросом, мы продолжим предоставлять их вам ежегодно до тех пор, пока вы не попросите нас отменить такой запрос.
 - Если у вас возникли вопросы/проблемы или вы желаете обновить свой запрос относительно предпочтительного языка и/или формата документов, позвоните в отдел обслуживания участников плана Wellcare Dual Align по номеру 1-800-431-9007 или в отдел обслуживания участников плана Wellcare CalViva Health Dual Align по номеру 1-833-236-2366, ТТУ: 711. С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. Звонок бесплатный.

В. Часто задаваемые вопросы

Здесь вы найдете ответы на имеющиеся у вас вопросы о настоящем *Перечне покрываемых лекарств*. Прочитайте все ответы, чтобы получить больше сведений, либо найдите ответ на конкретный вопрос.

В1. Какие лекарства по рецепту представлены в *Перечне покрываемых лекарств?* (Краткое название *Перечня покрываемых лекарств* — «Перечень лекарств».)

В *Перечне покрываемых лекарств*, который начинается на стр. 18, перечислены лекарства, покрываемые планами Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) и Wellcare Dual Align (HMO D-SNP). Эти лекарства доступны в аптеках, сотрудничающих с нашим планом. Аптека сотрудничает с нашим планом, если мы заключили с ней договор на предоставление услуг участникам плана. Мы называем такие аптеки «сотрудничающими с планом». Лекарства по рецепту, представленные в этом Перечне покрываемых лекарств, покрываются нашим планом страхования. Другие лекарства, например определенные безрецептурные (ОТС) препараты и некоторые витамины, могут покрываться в рамках Medi-Cal Rx. Более подробную информацию см. на веб-сайте Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov). Вы также можете позвонить в центр по работе с клиентами Medi-Cal Rx по номеру 800-977-2273. При получении рецептурных лекарственных препаратов через Medi-Cal Rx берите с собой карту получателя льгот (BIC) Medi-Cal.

- Наш план страхования покрывает все необходимые по медицинским показаниям лекарства из Перечня лекарств, если:
 - ваш врач или другое лицо, выписывающее вам рецепт, считают, что эти лекарства нужны вам для улучшения самочувствия или поддержания здоровья;
 - специалисты нашего плана страхования согласны, что лекарство необходимо вам по медицинским показателям; **а также**
 - вы получаете лекарство по рецепту в сотрудничающей с планом аптеке.
- В некоторых случаях перед получением лекарства необходимо выполнить определенные действия. Дополнительную информацию см. в ответе на вопрос В4.

Для получения актуальной версии перечня покрываемых нами лекарств вы также можете посетить наш веб-сайт wellcare.com/healthnetCA или позвонить в отдел обслуживания участников плана по номерам, указанным внизу страницы.



Если у вас возникли вопросы, позвоните в отдел обслуживания участников плана Wellcare Dual Align по номеру 1-800-431-9007 или в отдел обслуживания участников плана Wellcare CalViva Health Dual Align по номеру 1-833-236-2366, ТТТ 711. С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт wellcare.com/healthnetCA.

В2. Вносятся ли в Перечень лекарств какие-либо изменения?

Да. При этом наш план страхования должен соблюдать правила программ Medicare и Medi-Cal при внесении изменений. Мы можем добавлять лекарства в Перечень лекарств или убирать их из него в течение года.

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

- Принять решение требовать или не требовать предварительного разрешения для получения лекарства. (Предварительное разрешение — это разрешение, которое должно быть получено от нашего плана страхования, прежде чем вы сможете получить лекарство.)
- Добавлять или изменять количество лекарства, которое вы можете получить (т. н. количественные ограничения).
- Добавлять или изменять для лекарства ограничения в отношении поэтапного лечения. (Поэтапное лечение означает, что вы должны попробовать использовать одно лекарство, прежде чем мы покроем другое.)

Дополнительную информацию об этих правилах в отношении лекарств см. в ответе на вопрос В4.

Как правило, если вы принимаете лекарство, стоимость которого покрывалась в **начале** года, мы не отменим и не изменим покрытие этого **лекарства до конца года** за исключением следующих случаев:

- в продаже появляется новое более дешевое лекарство, которое не менее эффективно, чем текущее лекарство из Перечня лекарств; **или**
- мы узнаем, что данное лекарство небезопасно; **или**
- лекарство снято с продажи.

В ответах на вопросы В3 и В6 ниже приводятся дополнительные сведения о том, что происходит в случае изменений в Перечне лекарств.

- Для получения актуальной версии Перечня лекарств нашего плана страхования посетите веб-сайт wellcare.com/healthnetCA.
- Вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников плана по номерам, указанным внизу страницы, и запросить актуальную версию Перечня лекарств.

В3. Что происходит, когда в Перечень лекарств вносятся изменения?

Некоторые изменения в Перечне лекарств вступают в силу **незамедлительно**. Например:

- **В продаже появилось новое непатентованное лекарство.** Иногда в продаже появляется новое непатентованное лекарство, которое не менее эффективно, чем текущее патентованное лекарство из Перечня лекарств. В таких случаях мы можем убрать из перечня патентованное лекарство и добавить в него новое непатентованное лекарство, но при этом ваши расходы на новое лекарство останутся равны \$0. Когда мы добавляем новое непатентованное лекарство, мы также можем принять решение оставить патентованное лекарство в перечне, но изменить правила его покрытия или ограничения в отношении него.
 - Мы можем не сообщить вам о таком изменении заранее, но мы отправим вам информацию о каждом конкретном изменении после его вступления в силу.
 - Вы или ваш поставщик услуг можете попросить нас сделать исключение в отношении этих изменений. Мы отправим вам уведомление с указанием шагов, которые вы можете предпринять, чтобы запросить исключение. Дополнительную информацию об исключениях из правил покрытия см. в ответах на вопросы В10–В12.
- **Лекарство снято с продажи.** Если Управление по контролю качества продуктов питания и лекарственных препаратов (FDA) сообщает о небезопасности принимаемого вами лекарства либо производитель лекарства снимает его с продажи, мы убираем это лекарство из Перечня лекарств. Если вы принимаете такое лекарство, мы сообщим вам об этом изменении. Поговорите со своим врачом или другим лицом, выписывающим вам рецепт; они помогут вам решить, есть ли в Перечне лекарств похожее лекарство, которым можно заменить ваше.

Мы можем вносить и другие изменения, которые затрагивают принимаемые вами лекарства.

Мы заранее расскажем вам о таких других изменениях в Перечне лекарств. Эти изменения могут произойти, если:

- Управление по контролю качества продуктов питания и лекарственных препаратов (FDA) предоставляет новые рекомендации или появляются новые клинические рекомендации относительно лекарства.
- Мы добавляем непатентованное лекарство, которое не является новым на рынке, **а также**
 - Заменяем текущее патентованное лекарство в Перечне лекарств **или**
 - Изменяем правила покрытия или ограничения для патентованного лекарства.

Продолжение этого раздела см. на следующей странице.



Если у вас возникли вопросы, позвоните в отдел обслуживания участников плана Wellcare Dual Align по номеру 1-800-431-9007 или в отдел обслуживания участников плана Wellcare CalViva Health Dual Align по номеру 1-833-236-2366, ТТТ 711. С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт wellcare.com/healthnetCA.

В случае таких изменений мы:

- Сообщим вам об этом изменении как минимум за 30 дней до того, как внесем его в Перечень лекарств; **или**
- Сообщим вам об этом изменении и предоставим запас лекарства на 30 дней после того, как вы обратитесь за повторной выдачей лекарства.

Это даст вам время на обсуждение с вашим врачом или другим лицом, выписывающим вам рецепт. Врач поможет вам решить:

- Есть ли в Перечне лекарств похожее лекарство, которым можно заменить ваше, **или**
- Следует ли попросить сделать исключение в отношении этих изменений. Дополнительную информацию об исключениях из правил покрытия см. в ответах на вопросы B10–B12.

В4. Существуют ли какие-либо ограничения или условия в отношении страхового покрытия лекарств либо действия, которые необходимо выполнить для получения определенных лекарств?

Да. Для некоторых лекарств предусмотрены правила покрытия или ограничения по доступному участнику плана страхования количеству. В некоторых случаях вы, ваш врач или другое лицо, выписывающее вам рецепт, должны выполнить определенные действия, прежде чем вы сможете получить лекарство. Например:

- **Предварительное разрешение.** Прежде чем вы сможете получить некоторые лекарства по своему рецепту, вы, ваш врач или другое лицо, выписывающее вам рецепт, должны получить на это разрешение от нашего плана страхования. Предварительное разрешение отличается от направления. Наш план страхования может не покрыть лекарство, если вы не получили предварительное разрешение.
- **Количественные ограничения.** Иногда наш план страхования ограничивает количество доступного вам лекарства.
- **Поэтапное лечение.** Иногда наш план страхования требует прибегать к поэтапному лечению. Это означает, что вы должны проверять эффективность лекарств при вашем заболевании в определенном порядке. Возможно, вам придется попробовать использовать одно лекарство, прежде чем мы покроем другое. Если ваш врач решит, что первое лекарство вам не помогает, мы покроем стоимость второго лекарства.

Чтобы узнать, предусмотрены ли для вашего лекарства какие-либо дополнительные требования или ограничения, изучите таблицы, начинающиеся на стр. 18. Для получения дополнительной информации вы также можете посетить наш веб-сайт wellcare.com/healthnetCA. На нашем веб-сайте представлены документы, в которых объясняются ограничения, касающиеся предварительного разрешения и поэтапного лечения. Вы также можете попросить нас прислать вам копию этой документации.

Вы можете попросить нас сделать исключение в отношении этих ограничений. Это даст вам время на обсуждение с вашим врачом или другим лицом, выписывающим вам рецепт. Врач поможет вам решить, есть ли в Перечне лекарств похожее лекарство, которым можно заменить ваше, либо следует ли попросить нас сделать исключение из правил покрытия. Дополнительную информацию об исключениях из правил покрытия см. в ответах на вопросы B10–B12.

В5. Как можно узнать, предусмотрены ли для лекарства ограничения либо действия, которые необходимо выполнить для получения лекарства?

В таблице на стр. 18, содержащей Перечень лекарств по заболеванию, имеется столбец под заголовком «Необходимые действия, ограничения или условия использования».

В6. Что происходит, если в нашем плане страхования меняются правила покрытия определенных лекарств (например, ограничения в отношении предварительного разрешения, количественные ограничения и/или ограничения в отношении поэтапного лечения)?

В некоторых случаях мы заранее сообщаем, что добавим или изменим для того или иного лекарства ограничения в отношении предварительного разрешения, количественные ограничения и/или ограничения в отношении поэтапного лечения. См. в ответе на вопрос В3 дополнительную информацию о таком предварительном уведомлении, а также о ситуациях, когда мы можем не иметь возможности заранее сообщить вам об изменениях в наших правилах покрытия лекарств, представленных в Перечне лекарств.

В7. Как найти лекарство в Перечне лекарств?

Существует два способа поиска лекарства:

- по алфавиту **или**
- по заболеванию.

Для поиска **по алфавиту** перейдите в раздел «Алфавитный указатель покрываемых лекарств». Вы сможете найти лекарство, если знаете его точное название. Алфавитный указатель покрываемых лекарств представляет собой алфавитный список всех лекарств, включенных в Перечень лекарств. В алфавитном указателе перечислены патентованные и непатентованные лекарства. Безрецептурные (ОТС) лекарства, покрываемые в рамках программы Medi-Cal Rx, не перечислены в Перечне лекарств.

Для поиска **по заболеванию** перейдите в раздел под заголовком «Перечень лекарств по заболеванию» на стр. 18. В этом разделе лекарства разбиты на категории в зависимости от типа заболеваний, для лечения которых они применяются. Например, при сердечном заболевании см. категорию «СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ СРЕДСТВА, ГИПЕРТОНИЯ / ЛИПИДЫ». Здесь вы найдете лекарства, используемые для лечения сердечных заболеваний.



Если у вас возникли вопросы, позвоните в отдел обслуживания участников плана Wellcare Dual Align по номеру 1-800-431-9007 или в отдел обслуживания участников плана Wellcare CalViva Health Dual Align по номеру 1-833-236-2366, ТТТ 711. С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт wellcare.com/healthnetCA.

В8. Что делать, если нужного лекарства нет в Перечне лекарств?

Если вы не нашли в Перечне лекарств нужного лекарства, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номерам, указанным внизу страницы. Если вам сообщат, что наш план страхования не будет покрывать стоимость этого лекарства, вы можете предпринять одно из следующих действий:

- Попросите у представителя отдела обслуживания участников плана перечень лекарств, аналогичных тому, которое вам необходимо. Затем покажите этот перечень своему врачу или другому лицу, выписывающему вам рецепт. Врач может выдать рецепт на аналогичное лекарство, представленное в Перечне лекарств. **Или**
- Вы можете подать в наш план страхования запрос на исключение из правил для покрытия вашего лекарства. Дополнительную информацию об исключениях из правил покрытия см. в ответах на вопросы В10–В12.

В9. Что делать, если я новый участник плана страхования и не могу найти свое лекарство в Перечне лекарств или сталкиваюсь с проблемами при получении своего лекарства?

Мы готовы вам помочь. Мы можем покрыть временный 30-дневный запас вашего лекарства в течение первых 90 дней после вашего вступления в наш план страхования. Это даст вам время на обсуждение с вашим врачом или другим лицом, выписывающим вам рецепт. Врач поможет вам решить, есть ли в Перечне лекарств похожее лекарство, которым можно заменить ваше, либо следует ли попросить нас сделать исключение из правил покрытия.

Если ваш рецепт выписан на меньшее количество дней, мы разрешим выдать лекарство по нему несколько раз (общим количеством на срок лечения до 30 дней).

Мы покроем 30-дневный запас вашего лекарства, если:

- вы принимаете лекарство, которого нет в нашем Перечне лекарств, **или**
- правила нашего плана страхования не позволяют вам получить лекарство в количестве, назначенном лицом, выписывающим вам рецепт, **или**
- для покрытия лекарства требуется предварительное разрешение нашего плана страхования, **или**
- вы принимаете лекарство, для которого действуют ограничения в отношении поэтапного лечения.

Если вы принимаете лекарство, которое наш план страхования не рассматривает как лекарство по программе Part D, то вы имеете право однократно получить 72-часовой запас этого лекарства.

Если вы находитесь в центре сестринского ухода или другом учреждении долгосрочного ухода и нуждаетесь в лекарстве, отсутствующем в Перечне лекарств, либо испытываете трудности с получением необходимого лекарства, мы готовы вам помочь. Если вы являетесь участником плана страхования более 90 дней, проживаете в учреждении долгосрочного ухода и нуждаетесь в запасе лекарства незамедлительно:

Продолжение этого раздела см. на следующей странице.

- Мы однократно покроем 31-дневный запас необходимого вам лекарства (если только ваш рецепт не выписан на меньшее количество дней) независимо от того, являетесь ли вы новым участником плана страхования.
- Мы сделаем это в дополнение к временному запасу, положенному вам в первые 90 дней после вступления в наш план страхования.

Если ваш уровень обслуживания изменится, мы покроем временный запас ваших лекарств. Уровень обслуживания меняется после выписки из больницы. Это также происходит, когда вы переезжаете в учреждение долгосрочного ухода или из него.

- Если вы вернетесь домой из больницы или учреждения длительного ухода и вам понадобится временный запас лекарства, мы однократно покроем 30-дневный запас. Если ваш рецепт выписан на меньшее количество дней, мы разрешим выдать лекарство по нему несколько раз (общим количеством на срок до 30 дней).
- Если вы переезжаете из дома или больницы в учреждение долгосрочного ухода и вам нужен временный запас лекарства, мы однократно покроем 30-дневный запас. Если ваш рецепт выписан на меньшее количество дней, мы разрешим выдать лекарство по нему несколько раз (общим количеством на срок до 30 дней).

В10. Можно ли подать запрос на исключение из правил, чтобы покрыть необходимое лекарство?

Да. Вы можете попросить наш план страхования сделать исключение и покрыть лекарство, не представленное в Перечне лекарств.

Вы также можете попросить нас изменить правила, действующие для вашего лекарства.

- Например, наш план страхования может ограничивать количество лекарства, стоимость которого мы покрываем. Если для вашего лекарства предусмотрено ограничение, вы можете попросить нас изменить это ограничение и увеличить покрываемое количество лекарства.
- Еще один пример: вы можете попросить нас отменить ограничения в отношении поэтапного лечения или требуемого предварительного разрешения.



Если у вас возникли вопросы, позвоните в отдел обслуживания участников плана Wellcare Dual Align по номеру 1-800-431-9007 или в отдел обслуживания участников плана Wellcare CalViva Health Dual Align по номеру 1-833-236-2366, ТТУ 711. С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт wellcare.com/healthnetCA.

В11. Как подать запрос на исключение из правил?

Чтобы подать запрос на исключение из правил, позвоните в отдел обслуживания участников плана. Сотрудник отдела обслуживания участников плана поможет вам и вашему поставщику услуг запросить исключение. Дополнительную информацию об исключениях из правил покрытия см. также в главе 9 *Справочника участника плана*.

В12. Как быстро предоставляется исключение из правил?

После получения от лица, выписывающего вам рецепт, обоснования запроса на исключение мы сообщим вам о своем решении в течение 72 часов. Вы, ваш представитель или ваш врач (либо иное лицо, выписывающее вам рецепт) можете подать запрос по телефону, в письменной форме или по факсу. Если вам требуется наше решение о страховом покрытии, вы также можете воспользоваться нашим веб-сайтом. Подробнее см. в разделе А главы 2 *Справочника участника плана*; найдите раздел под заголовком «Отдел обслуживания участников плана».

Если вы или лицо, выписывающее вам рецепт, считаете, что ожидание решения в течение 72 часов может навредить вашему здоровью, вы можете подать запрос на ускоренное принятие решения об исключении. В таком случае решение будет принято быстрее. Если лицо, выписывающее вам рецепт, подтверждает ваш запрос, мы сообщим вам свое решение в течение 24 часов после получения обоснования запроса на исключение.

В13. Что такое непатентованные лекарства?

В состав непатентованных лекарств входят те же активные вещества, что и в патентованные. Как правило, они стоят дешевле по сравнению с аналогичным патентованным лекарством, а их название менее известно. Непатентованные лекарства утверждены Управлением по контролю качества продуктов питания и лекарственных препаратов (FDA).

Наш план страхования покрывает как патентованные, так и непатентованные лекарства.

В14. Что такое безрецептурные (ОТС) лекарства?

Это лекарства, которые можно приобрести без рецепта (over-the-counter, ОТС). Программа Medi-Cal Rx покрывает некоторые безрецептурные (ОТС) лекарства, но только при наличии рецепта от вашего поставщика услуг.

Ознакомьтесь с перечнем лекарств по программе Medi-Cal Rx, чтобы узнать, какие безрецептурные (ОТС) лекарства покрывает эта программа.

В15. Покрывает ли наш план страхования нелекарственные безрецептурные (ОТС) товары?

Программа Medi-Cal Rx покрывает некоторые нелекарственные безрецептурные (ОТС) товары, но только при наличии рецепта от вашего поставщика услуг.

К нелекарственным безрецептурным (ОТС) товарам относятся, например, проспиртованные тампоны и марля.

Ознакомьтесь с перечнем лекарств по программе Medi-Cal Rx, чтобы узнать, какие нелекарственные безрецептурные (ОТС) товары покрывает эта программа.

В16. Покрывает ли наш план страхования долгосрочный запас лекарств по рецепту?

- **Программы с возможностью заказа по почте.** Мы предлагаем программу с возможностью заказа по почте, которая позволяет вам получить запас рецептурных лекарственных препаратов на период до 100 дней, отправляемый непосредственно к вам на дом. Доплата за 100-дневный запас равна доплате за месячный запас.
- **Программы заказа из розничных аптек на 100 дней.** Некоторые розничные аптеки также могут предлагать участникам заказать запас покрываемых рецептурных лекарственных препаратов на период до 100 дней. Доплата за 100-дневный запас равна доплате за месячный запас.

В17. Могу ли я получить лекарства по рецепту с доставкой на дом из местной аптеки?

Ваша местная аптека может осуществлять доставку лекарств по рецепту на дом. Вы можете позвонить в свою аптеку и узнать, предлагает ли она доставку на дом.

В18. Каков размер моей доплаты?

Если участник нашего плана страхования следует правилам плана, для него или нее не предусмотрено никаких доплат за рецептурные и безрецептурные (ОТС) лекарства и нелекарственные товары. Дополнительную информацию о безрецептурных (ОТС) лекарствах и нелекарственных товарах см. в ответах на вопросы В14 и В15.

Уровни — это группы лекарств в нашем Перечне лекарств.

- Уровень 1 (все лекарства, покрываемые по программе Part D) включает в себя патентованные и непатентованные лекарства. На этом уровне доплаты не предусмотрены.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номерам, указанным внизу страницы.



Если у вас возникли вопросы, позвоните в отдел обслуживания участников плана Wellcare Dual Align по номеру 1-800-431-9007 или в отдел обслуживания участников плана Wellcare CalViva Health Dual Align по номеру 1-833-236-2366, ТТТ 711. С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт wellcare.com/healthnetCA.

С. Обзор Перечня покрываемых лекарств

Перечень покрываемых лекарств содержит информацию о лекарствах, покрываемых нашим планом страхования. Если вам не удастся найти свое лекарство в перечне, воспользуйтесь алфавитным указателем покрываемых лекарств, который начинается на странице INDEX-1. В указателе в алфавитном порядке перечислены все лекарства, покрываемые нашим планом страхования.

- Лекарства, для которых услуга ежемесячной почтовой доставки недоступна, отмечены буквами **NM**. Это указано в столбце «Необходимые действия, ограничения или условия использования» справочника лекарств.
- Для лекарств, отмеченных буквами **PA**, требуется предварительное разрешение. См. ответ на вопрос В4.
- Для лекарств, отмеченных буквами **PA-NS**, требуется предварительное разрешение при начале приема. Это означает, что если данное лекарство является новым для вас, вам необходимо получить наше разрешение, прежде чем вы сможете получить его по рецепту. Если вы принимаете это лекарство на момент вступления в план страхования, от вас не потребуются соответствовать критериям для разрешения.
- **B/D** означает, что лекарство покрывается по программе Medicare B или D. Для этих лекарств может быть предусмотрена оплата в рамках программ Medicare Part B или Part D. Прежде чем вы получите эти лекарства по рецепту, вы (или ваш врач) должны получить от нас предварительное разрешение с целью подтверждения, что данные лекарства покрываются по программе Medicare Part D. Без предварительного разрешения мы, возможно, не покроем стоимость лекарства.
- Для лекарств, отмеченных буквами **QL**, предусмотрены количественные ограничения. См. ответ на вопрос В4.
- Буквы **LA** означают ограниченный доступ. Эти рецептурные лекарства могут быть доступны только в определенных аптеках. Для получения дополнительной информации изучите Каталог поставщиков услуг и аптек либо позвоните в отдел обслуживания участников плана Wellcare Dual Align по номеру 1-800-431-9007 или в отдел обслуживания участников плана Wellcare CalViva Health Dual Align по номеру 1-833-236-2366, ТТУ 711. С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. Либо посетите веб-сайт wellcare.com/healthnetCA.
- Для лекарств, отмеченных буквами **ST**, предусмотрено поэтапное лечение. См. ответ на вопрос В4.
- Символом **^** отмечены лекарства, доступные только в количестве, необходимом на срок до 30 дней.

Продолжение этого раздела см. на следующей странице.

Примечание. Безрецептурные (ОТС) лекарства, покрываемые программой Medi-Cal Rx, не относятся к «лекарствам по программе Part D». Для этих лекарств действуют другие правила в отношении апелляций.

- Апелляция — это официальный способ обратиться к нам с запросом о пересмотре принятого нами решения о страховом покрытии и его изменении, если вы считаете, что оно было ошибочным.
- Например, мы можем решить, что запрашиваемое вами лекарство не покрывается или больше не покрывается по программе Medicare или Medi-Cal.
- Если вы или ваш врач не согласны с нашим решением, вы можете подать апелляцию. Если у вас возникнут какие-либо вопросы, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номерам, указанным внизу страницы.
- Дополнительную информацию об апелляциях на решение плана страхования см. также в главе 9 Справочника участника плана.

С1. Перечень лекарств по заболеванию

В этом разделе лекарства разбиты на категории в зависимости от типа заболеваний, для лечения которых они применяются. Например, при сердечном заболевании см. категорию «СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ СРЕДСТВА, ГИПЕРТОНИЯ / ЛИПИДЫ». Здесь вы найдете лекарства, используемые для лечения сердечных заболеваний.

Информацию о том, что означают символы и сокращения в этой таблице, см. на стр. 14.

В первом столбце таблицы указано название лекарства. Непатентованные лекарства написаны курсивом строчными буквами (например, *simvastatin*), а патентованные — заглавными буквами (например, ELIQUIS).

Информация в столбце «Необходимые действия, ограничения или условия использования» дает представление о наличии правил покрытия лекарства, действующих в рамках нашего плана страхования.



Если у вас возникли вопросы, позвоните в отдел обслуживания участников плана Wellcare Dual Align по номеру 1-800-431-9007 или в отдел обслуживания участников плана Wellcare CalViva Health Dual Align по номеру 1-833-236-2366, ТТУ 711. С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт wellcare.com/healthnetCA.

Table of Contents

АКУШЕРСТВО / ГИНЕКОЛОГИЯ	18
ВИТАМИНЫ, ГЕМОПОЭТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА / ЭЛЕКТРОЛИТЫ	26
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ	31
ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ / МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ	37
ДИАГНОСТИКА / ПРОЧИЕ ПРЕПАРАТЫ	45
ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА И АЛЛЕРГИЯ	49
ИММУНОЛОГИЯ, ВАКЦИНЫ / БИОТЕХНОЛОГИЯ	56
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ / РЕВМАТОЛОГИЯ	63
ОФТАЛЬМОЛОГИЯ	68
ПРЕПАРАТЫ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ	73
ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ / ЦНС, НЕВРОЛОГИЯ / ПСИХОЛОГИЯ	74
ПРОТИВОИНФЕКЦИОННЫЕ ПРЕПАРАТЫ	104
ПРОТИВООПУХОЛЕВЫЕ ПРЕПАРАТЫ / ИММУНОДЕПРЕССАНТЫ	123
ПРОЧИЕ РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ	141
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ СРЕДСТВА, ГИПЕРТОНИЯ / ЛИПИДЫ	143
УРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ	156
ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА / САХАРНЫЙ ДИАБЕТ	158

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
-----------------------------------	---

АКУШЕРСТВО / ГИНЕКОЛОГИЯ

ПЕРОРАЛЬНЫЕ ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫЕ / СОПУТСТВУЮЩИЕ СРЕДСТВА

altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	\$0 (1)
alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	\$0 (1)
apri oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg	\$0 (1)
aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg	\$0 (1)
aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg	\$0 (1)
azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	\$0 (1)
blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
camrese oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	\$0 (1)
cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	\$0 (1)
cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	\$0 (1)
dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	\$0 (1)
daysee oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	\$0 (1)
desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	\$0 (1)
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg	\$0 (1)
elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg	\$0 (1)
emoquette oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	\$0 (1)
enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg	\$0 (1)
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg	\$0 (1)
falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	\$0 (1)
introvale oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	\$0 (1)
isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg	\$0 (1)
jolessa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному препарату для вас (уровень категории)
juleber oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	\$0 (1)
kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	\$0 (1)
kelnor 1-50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg	\$0 (1)
kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7), 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg, 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	\$0 (1)
larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	\$0 (1)
larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	\$0 (1)
larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	\$0 (1)
larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg	\$0 (1)
levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	\$0 (1)
levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	\$0 (1)
levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg	\$0 (1)
low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	\$0 (1)
lutera (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	\$0 (1)
marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	\$0 (1)
microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	\$0 (1)
microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg	\$0 (1)
mono-linyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg	\$0 (1)
nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg	\$0 (1)
norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg	\$0 (1)
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28), 0.25-35 mg-mcg	\$0 (1)
nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg	\$0 (1)
nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)	\$0 (1)
nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	\$0 (1)
nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	\$0 (1)
philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg	\$0 (1)
pimtreea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	\$0 (1)
pirmella oral tablet 1-35 mg-mcg	\$0 (1)
portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	\$0 (1)
sprintec (28) oral tablet 0.25-35 mg-mcg	\$0 (1)
sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg	\$0 (1)
syeda oral tablet 3-0.03 mg	\$0 (1)
tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	\$0 (1)
tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	\$0 (1)
tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	\$0 (1)
tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	\$0 (1)
tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	\$0 (1)
tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	\$0 (1)
tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	\$0 (1)
tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	\$0 (1)
tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	\$0 (1)
trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	\$0 (1)
turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	\$0 (1)
velivet triphasic regimen (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg	\$0 (1)
vestura (28) oral tablet 3-0.02 mg	\$0 (1)
vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg	\$0 (1)
viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	\$0 (1)
wera (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg	\$0 (1)
zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	\$0 (1)
zumandimine (28) oral tablet 3-0.03 mg	\$0 (1)
ПРОЧЕЕ, АКУШЕРСТВО / ГИНЕКОЛОГИЯ	
clindamycin phosphate vaginal cream 2 %	\$0 (1)
eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	\$0 (1)
metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)	\$0 (1)
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG	\$0 (1)
terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %	\$0 (1)
terconazole vaginal suppository 80 mg	\$0 (1)
tranexamic acid oral tablet 650 mg	\$0 (1)
xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	\$0 (1)
zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	\$0 (1)
ЭСТРОГЕНЫ / ПРОГЕСТИНЫ	
amabelz oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg	\$0 (1)
camila oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
deblitane oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
DELESTROGEN INTRAMUSCULAR OIL 10 MG/ML	\$0 (1)
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML	\$0 (1)
dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	\$0 (1)
emzahn oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
errin oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	\$0 (1)
estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	\$0 (1)
estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)	\$0 (1)
estradiol vaginal tablet 10 mcg	\$0 (1)
estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml	\$0 (1)
estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg	\$0 (1)
fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg	\$0 (1)
heather oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
IMVEXXY MAINTENANCE PACK VAGINAL INSERT 10 MCG, 4 MCG	\$0 (1)
IMVEXXY STARTER PACK VAGINAL INSERT, DOSE PACK 10 MCG, 4 MCG	\$0 (1)
incassia oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg	\$0 (1)
lyleq oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
lyllana transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	\$0 (1)
lyza oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml	\$0 (1)
medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml	\$0 (1)
medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)
mimvey oral tablet 1-0.5 mg	\$0 (1)
nora-be oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
norethindrone acetate oral tablet 5 mg	\$0 (1)
norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg	\$0 (1)
norlyda oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	\$0 (1)
progesterone intramuscular oil 50 mg/ml	\$0 (1)
progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg	\$0 (1)
sharobel oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
yuvaferm vaginal tablet 10 mcg	\$0 (1)
ВИТАМИНЫ, ГЕМОПОЭТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА / ЭЛЕКТРОЛИТЫ	
ВИТАМИНЫ / ГЕМОПОЭТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА	
fluoride (sodium) oral tablet 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарств венозно о препарате для вас (уровень категории)
fluoride (sodium) oral tablet, chewable 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)	\$0 (1)
prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg	\$0 (1)
ПРОЧИЕ ПИЩЕВЫЕ ПРОДУКТЫ	
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	\$0 (1) B/D
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	\$0 (1) B/D
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	\$0 (1) B/D
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	\$0 (1) B/D
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	\$0 (1) B/D
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	\$0 (1) B/D
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0 (1) B/D
electrolyte-148 intravenous parenteral solution	\$0 (1)
electrolyte-48 in d5w intravenous parenteral solution	\$0 (1)
electrolyte-a intravenous parenteral solution	\$0 (1)
intralipid intravenous emulsion 20 %	\$0 (1) B/D
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 30 %	\$0 (1) B/D

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарств венозно о препарата для вас (уровень категории)
ISOLYTE S PH 7.4 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	\$0 (1)
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	\$0 (1)
ISOLYTE-S INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	\$0 (1)
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0 (1) B/D
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	\$0 (1)
PLENAMINE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 15 %	\$0 (1) B/D
premasol 10 % intravenous parenteral solution 10 %	\$0 (1) B/D
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	\$0 (1) B/D
travasol 10 % intravenous parenteral solution 10 %	\$0 (1) B/D
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	\$0 (1) B/D
ЭЛЕКТРОЛИТЫ	
calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg	\$0 (1) QL (360 EA per 30 days)
calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg	\$0 (1) QL (360 EA per 30 days)
klor-con 10 oral tablet extended release 10 meq	\$0 (1)
klor-con 8 oral tablet extended release 8 meq	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq	\$0 (1)
klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq	\$0 (1)
klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq	\$0 (1)
klor-con oral packet 20 meq	\$0 (1)
lactated ringers intravenous parenteral solution	\$0 (1)
MAGNESIUM SULFATE IN D5W INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/100 ML	\$0 (1)
magnesium sulfate in water intravenous parenteral solution 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %)	\$0 (1)
magnesium sulfate in water intravenous piggyback 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %)	\$0 (1)
magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)	\$0 (1)
magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)	\$0 (1)
potassium chlorid-d5-0.45%nacl intravenous parenteral solution 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l	\$0 (1)
potassium chloride in 0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
potassium chloride in 5 % dex intravenous parenteral solution 20 meq/l	\$0 (1)
potassium chloride in water intravenous piggyback 10 meq/50 ml, 20 meq/50 ml	\$0 (1)
potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml)	\$0 (1)
potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq	\$0 (1)
potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml	\$0 (1)
potassium chloride oral packet 20 meq	\$0 (1)
potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq	\$0 (1)
potassium chloride oral tablet, er particles/crystals 10 meq, 15 meq, 20 meq	\$0 (1)
potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l	\$0 (1)
potassium chloride-d5-0.2%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l	\$0 (1)
potassium chloride-d5-0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l	\$0 (1)
sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %	\$0 (1)
sodium chloride 3 % hypertonic intravenous parenteral solution 3 %	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
sodium chloride 5 % hypertonic intravenous parenteral solution 5 %	\$0 (1)
sodium chloride intravenous solution 2.5 meq/ml, 4 meq/ml	\$0 (1)
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION 35-20-5 MEQ/20 ML	\$0 (1)
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ	
ПРОТИВОДИАРЕЙНЫЕ / СПАЗМОЛИТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА	
dicyclomine oral capsule 10 mg	\$0 (1)
dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml	\$0 (1)
dicyclomine oral tablet 20 mg	\$0 (1)
diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml	\$0 (1)
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	\$0 (1)
glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0 (1)
loperamide oral capsule 2 mg	\$0 (1)
ПРОЧИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ПРЕПАРАТЫ	
alosetron oral tablet 0.5 mg	\$0 (1) PA; QL (60 EA per 30 days)
alosetron oral tablet 1 mg	\$0 (1) PA; QL (60 EA per 30 days); ^
aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (1) B/D
aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)	\$0 (1) B/D
balsalazide oral capsule 750 mg	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
betaine oral powder 1 gram/scoop	\$0 (1)	LA; ^
budesonide oral capsule,delayed,extend.release 3 mg	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
budesonide oral tablet,delayed and ext.release 9 mg	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days); ^
compro rectal suppository 25 mg	\$0 (1)	
constulose oral solution 10 gram/15 ml	\$0 (1)	
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT	\$0 (1)	
cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml	\$0 (1)	
dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	B/D; QL (60 EA per 30 days)
enulose oral solution 10 gram/15 ml	\$0 (1)	
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	\$0 (1)	PA; LA; ^
GATTEX ONE-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	\$0 (1)	PA; LA; ^
gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram	\$0 (1)	
gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	\$0 (1)	
generlac oral solution 10 gram/15 ml	\$0 (1)	
GOLYTELY ORAL RECON SOLN 236-22.74-6.74 -5.86 GRAM	\$0 (1)	
granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml)	\$0 (1)	
granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 1 mg/ml (1 ml)	\$0 (1)	

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
granisetron hcl oral tablet 1 mg	\$0 (1) B/D
hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml	\$0 (1)
hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %, 2.5 %	\$0 (1)
lactulose oral solution 10 gram/15 ml, 10 gram/15 ml (15 ml), 20 gram/30 ml	\$0 (1)
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg	\$0 (1)
mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg	\$0 (1) QL (180 EA per 30 days)
mesalamine oral capsule,extended release 24hr 0.375 gram	\$0 (1) QL (120 EA per 30 days)
mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 1.2 gram, 800 mg	\$0 (1)
mesalamine rectal enema 4 gram/60 ml	\$0 (1)
mesalamine rectal suppository 1,000 mg	\$0 (1)
mesalamine with cleansing wipe rectal enema kit 4 gram/60 ml	\$0 (1)
metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml	\$0 (1)
metoclopramide hcl injection syringe 5 mg/ml	\$0 (1)
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml	\$0 (1)
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
OCALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (1) PA; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
ondansetron hcl (pf) injection solution 4 mg/2 ml	\$0 (1)
ondansetron hcl (pf) injection syringe 4 mg/2 ml	\$0 (1)
ondansetron hcl intravenous solution 2 mg/ml	\$0 (1)
ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml	\$0 (1)
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg	\$0 (1)
ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg	\$0 (1)
peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	\$0 (1)
peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram	\$0 (1)
PLENVU ORAL POWDER IN PACKET, SEQUENTIAL 140-9-5.2 GRAM	\$0 (1)
prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)	\$0 (1)
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)
prochlorperazine rectal suppository 25 mg	\$0 (1)
procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	\$0 (1)
proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	\$0 (1)
proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	\$0 (1)
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W)	\$0 (1) QL (30 GM per 30 days)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарств венозно о препарате для вас (уровень категории)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6 ML	\$0 (1) PA; ^
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML, 8 MG/0.4 ML	\$0 (1) PA; ^
REMICADE INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	\$0 (1) PA; ^
scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days	\$0 (1) PA; QL (10 EA per 30 days)
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	\$0 (1) PA; QL (30 ML per 135 days); ^
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML)	\$0 (1) PA; QL (1.2 ML per 56 days); ^
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	\$0 (1) PA; QL (2.4 ML per 56 days); ^
sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram, 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)	\$0 (1)
SUCRAID ORAL SOLUTION 8,500 UNIT/ML	\$0 (1) PA; ^
sulfasalazine oral tablet 500 mg	\$0 (1)
sulfasalazine oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg	\$0 (1)
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL RECON SOLN 17.5-3.13-1.6 GRAM	\$0 (1)
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG	\$0 (1)
ursodiol oral capsule 300 mg	\$0 (1)
ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
ZENPEP ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000- 126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT	\$0 (1)
ТЕРАПИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ	
CARAFATE ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	\$0 (1)
dexlansoprazole oral capsule, biphase delayed release 30 mg, 60 mg	\$0 (1)
esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg	\$0 (1)
esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2 ml	\$0 (1)
famotidine (pf)-nacl (iso-os) intravenous piggyback 20 mg/50 ml	\$0 (1)
famotidine intravenous solution 10 mg/ml	\$0 (1)
famotidine oral suspension for reconstitution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	\$0 (1) QL (300 ML per 30 days)
famotidine oral tablet 20 mg	\$0 (1) QL (120 EA per 30 days)
famotidine oral tablet 40 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
lansoprazole oral tablet, disintegrating, delayed release 15 mg, 30 mg	\$0 (1)
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg	\$0 (1)
nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg	\$0 (1)
omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg	\$0 (1)
omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
pantoprazole intravenous reconstituted solution 40 mg	\$0 (1)
pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg	\$0 (1)
pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg	\$0 (1)
sucralfate oral suspension 100 mg/ml	\$0 (1)
sucralfate oral tablet 1 gram	\$0 (1)
ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ / МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ	
ЛЕЧЕНИЕ АКНЕ	
accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	\$0 (1)
amnestem oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено
09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
azelaic acid topical gel 15 %	\$0 (1)	QL (50 GM per 30 days)
claravis oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	\$0 (1)	
clindamycin phosphate topical gel 1 %	\$0 (1)	QL (75 GM per 30 days)
clindamycin phosphate topical gel, once daily 1 %	\$0 (1)	QL (75 ML per 30 days)
clindamycin phosphate topical lotion 1 %	\$0 (1)	QL (60 ML per 30 days)
clindamycin phosphate topical solution 1 %	\$0 (1)	QL (60 ML per 30 days)
ery pads topical swab 2 %	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
erythromycin with ethanol topical solution 2 %	\$0 (1)	QL (60 ML per 30 days)
FINACEA TOPICAL FOAM 15 %	\$0 (1)	QL (50 GM per 30 days)
isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	\$0 (1)	
metronidazole topical cream 0.75 %	\$0 (1)	QL (45 GM per 30 days)
metronidazole topical gel 0.75 %	\$0 (1)	QL (45 GM per 30 days)
metronidazole topical lotion 0.75 %	\$0 (1)	QL (59 ML per 30 days)
myorisan oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	\$0 (1)	
NORITATE TOPICAL CREAM 1 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days); ^
tazarotene topical cream 0.1 %	\$0 (1)	PA; QL (60 GM per 30 days)
tazarotene topical gel 0.05 %, 0.1 %	\$0 (1)	PA
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %	\$0 (1)	PA; QL (60 GM per 30 days)
tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %	\$0 (1)	PA; QL (45 GM per 30 days)
tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %	\$0 (1)	PA; QL (45 GM per 30 days)
zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	\$0 (1)	

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
-----------------------------------	-----------	--

МЕСТНЫЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ СРЕДСТВА

gentamicin topical cream 0.1 %	\$0 (1)	QL (30 GM per 30 days)
gentamicin topical ointment 0.1 %	\$0 (1)	QL (30 GM per 30 days)
mupirocin topical ointment 2 %	\$0 (1)	QL (44 GM per 30 days)
sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %	\$0 (1)	QL (118 ML per 30 days)
SULFAMYLON TOPICAL CREAM 85 MG/G	\$0 (1)	QL (453.6 GM per 30 days)

МЕСТНЫЕ КОРТИКОСТЕРОИДЫ

ala-cort topical cream 1 %, 2.5 %	\$0 (1)	
alclometasone topical cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days)
alclometasone topical ointment 0.05 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days)
betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 ML per 30 days)
betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
betamethasone valerate topical cream 0.1 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
betamethasone valerate topical lotion 0.1 %	\$0 (1)	QL (120 ML per 30 days)
betamethasone valerate topical ointment 0.1 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
betamethasone, augmented topical cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
betamethasone, augmented topical gel 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 ML per 30 days)
betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
clobetasol scalp solution 0.05 %	\$0 (1) QL (50 ML per 30 days)
clobetasol topical cream 0.05 %	\$0 (1) QL (60 GM per 30 days)
clobetasol topical gel 0.05 %	\$0 (1) QL (60 GM per 30 days)
clobetasol topical ointment 0.05 %	\$0 (1) QL (60 GM per 30 days)
clobetasol-emollient topical cream 0.05 %	\$0 (1) QL (60 GM per 30 days)
fluocinolone and shower cap scalp oil 0.01 %	\$0 (1) QL (118.28 ML per 30 days)
fluocinolone topical cream 0.01 %	\$0 (1) QL (60 GM per 30 days)
fluocinolone topical cream 0.025 %	\$0 (1) QL (120 GM per 30 days)
fluocinolone topical oil 0.01 %	\$0 (1) QL (118.28 ML per 30 days)
fluocinolone topical ointment 0.025 %	\$0 (1) QL (120 GM per 30 days)
fluocinolone topical solution 0.01 %	\$0 (1) QL (90 ML per 30 days)
fluocinonide topical cream 0.05 %	\$0 (1) QL (120 GM per 30 days)
fluocinonide topical gel 0.05 %	\$0 (1) QL (60 GM per 30 days)
fluocinonide topical ointment 0.05 %	\$0 (1) QL (60 GM per 30 days)
fluocinonide topical solution 0.05 %	\$0 (1) QL (60 ML per 30 days)
fluocinonide-e topical cream 0.05 %	\$0 (1) QL (120 GM per 30 days)
fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %	\$0 (1) QL (120 GM per 30 days)
fluticasone propionate topical cream 0.05 %	\$0 (1)
halobetasol propionate topical cream 0.05 %	\$0 (1) QL (50 GM per 30 days)
halobetasol propionate topical ointment 0.05 %	\$0 (1) QL (50 GM per 30 days)
hydrocortisone topical cream 1 %, 2.5 %	\$0 (1)
hydrocortisone topical lotion 2 %, 2.5 %	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
hydrocortisone topical ointment 2.5 %	\$0 (1)
mometasone topical cream 0.1 %	\$0 (1)
mometasone topical ointment 0.1 %	\$0 (1)
mometasone topical solution 0.1 %	\$0 (1)
triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.5 %	\$0 (1)
triamcinolone acetonide topical cream 0.1 %	\$0 (1) QL (454 GM per 30 days)
triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %	\$0 (1)
triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %	\$0 (1)
МЕСТНЫЕ ПРОТИВОГРИБКОВЫЕ СРЕДСТВА	
ciclopirox topical cream 0.77 %	\$0 (1) QL (90 GM per 30 days)
ciclopirox topical suspension 0.77 %	\$0 (1) QL (60 ML per 30 days)
clotrimazole topical cream 1 %	\$0 (1) QL (45 GM per 28 days)
clotrimazole topical solution 1 %	\$0 (1) QL (30 ML per 28 days)
clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %	\$0 (1) QL (45 GM per 30 days)
ketoconazole topical cream 2 %	\$0 (1) QL (60 GM per 28 days)
ketoconazole topical shampoo 2 %	\$0 (1) QL (120 ML per 28 days)
klayesta topical powder 100,000 unit/gram	\$0 (1) QL (60 GM per 30 days)
nyamyc topical powder 100,000 unit/gram	\$0 (1) QL (60 GM per 30 days)
nystatin topical cream 100,000 unit/gram	\$0 (1) QL (30 GM per 30 days)
nystatin topical ointment 100,000 unit/gram	\$0 (1) QL (30 GM per 30 days)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
nystatin topical powder 100,000 unit/gram	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days)
nystop topical powder 100,000 unit/gram	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days)
МЕСТНЫЕ ПРОТИВОЧЕСОТОЧНЫЕ СРЕДСТВА / ПЕДИКУЛИЦИДЫ		
malathion topical lotion 0.5 %	\$0 (1)	QL (59 ML per 30 days)
permethrin topical cream 5 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days)
ПРОТИВОПСОРИАЗНЫЕ / АНТИСЕБОРЕЙНЫЕ СРЕДСТВА		
acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg	\$0 (1)	PA
calcipotriene scalp solution 0.005 %	\$0 (1)	PA; QL (120 ML per 30 days)
calcipotriene topical ointment 0.005 %	\$0 (1)	PA; QL (120 GM per 30 days)
ENSTILAR TOPICAL FOAM 0.005-0.064 %	\$0 (1)	PA; QL (120 GM per 30 days)
selenium sulfide topical lotion 2.5 %	\$0 (1)	
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (6 ML per 365 days); ^
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (6 ML per 365 days); ^
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	\$0 (1)	PA; QL (0.5 ML per 28 days); ^
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	\$0 (1)	PA; QL (0.5 ML per 28 days); ^
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (1 ML per 28 days); ^
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (3 ML per 28 days); ^
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (3 ML per 28 days); ^
TALTZ AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (3 ML per 28 days); ^

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/0.25 ML, 40 MG/0.5 ML	\$0 (1) PA; LA; ^
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/ML	\$0 (1) PA; LA; QL (3 ML per 28 days); ^
ПРОЧИЕ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ	
ammonium lactate topical cream 12 %	\$0 (1)
ammonium lactate topical lotion 12 %	\$0 (1)
dermacinrx lidocan topical adhesive patch,medicated 5 %	\$0 (1) PA; QL (90 EA per 30 days)
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML	\$0 (1) PA; QL (4.56 ML per 28 days); ^
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	\$0 (1) PA; QL (8 ML per 28 days); ^
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	\$0 (1) PA; QL (1.34 ML per 28 days); ^
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML	\$0 (1) PA; QL (4.56 ML per 28 days); ^
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML	\$0 (1) PA; QL (8 ML per 28 days); ^
fluorouracil topical cream 5 %	\$0 (1) QL (40 GM per 30 days)
fluorouracil topical solution 2 %, 5 %	\$0 (1) QL (10 ML per 30 days)
glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %	\$0 (1) PA; QL (60 ML per 30 days)
imiquimod topical cream in packet 5 %	\$0 (1) QL (24 EA per 30 days)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
lidocaine (pf) injection solution 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %), 40 mg/ml (4 %), 5 mg/ml (0.5 %)	\$0 (1)	
lidocaine hcl injection solution 10 mg/ml (1 %), 20 mg/ml (2 %), 5 mg/ml (0.5 %)	\$0 (1)	
lidocaine hcl laryngotracheal solution 4 %	\$0 (1)	PA; QL (50 ML per 30 days)
lidocaine hcl mucous membrane jelly 2 %	\$0 (1)	PA; QL (30 ML per 30 days)
lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %	\$0 (1)	
lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)	\$0 (1)	PA; QL (50 ML per 30 days)
lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
lidocaine topical ointment 5 %	\$0 (1)	PA; QL (50 GM per 30 days)
lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %	\$0 (1)	
lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %	\$0 (1)	PA; QL (30 GM per 30 days)
lidocan iii topical adhesive patch,medicated 5 %	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
lidocan iv topical adhesive patch,medicated 5 %	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
lidocan v topical adhesive patch,medicated 5 %	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 GM per 30 days); ^
podofilox topical solution 0.5 %	\$0 (1)	QL (7 ML per 28 days)
REGRANEX TOPICAL GEL 0.01 %	\$0 (1)	QL (15 GM per 30 days); ^
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	\$0 (1)	QL (180 GM per 30 days)
silver sulfadiazine topical cream 1 %	\$0 (1)	
ssd topical cream 1 %	\$0 (1)	

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %	\$0 (1) QL (100 GM per 30 days)
tridacaine ii topical adhesive patch,medicated 5 %	\$0 (1) PA; QL (90 EA per 30 days)
tridacaine iii topical adhesive patch,medicated 5 %	\$0 (1) PA; QL (90 EA per 30 days)
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (60 GM per 30 days); ^
ZYCLARA TOPICAL CREAM IN METERED-DOSE PUMP 2.5 %	\$0 (1) QL (7.5 GM per 28 days); ^
ДИАГНОСТИКА / ПРОЧИЕ ПРЕПАРАТЫ	
ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ОТКАЗА ОТ КУРЕНИЯ	
bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg	\$0 (1)
NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG	\$0 (1)
NICOTROL NS NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 10 MG/ML	\$0 (1)
varenicline oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 1 mg (56 pack)	\$0 (1) QL (56 EA per 28 days)
varenicline oral tablets,dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)	\$0 (1)
ПРОЧИЕ ПРЕПАРАТЫ	
acamprosate oral tablet,delayed release (dr/ec) 333 mg	\$0 (1)
acetic acid irrigation solution 0.25 %	\$0 (1)
anagrelide oral capsule 0.5 mg, 1 mg	\$0 (1)
ARALAST NP INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG, 500 MG	\$0 (1) PA; LA; ^

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg	\$0 (1) PA; LA; ^
cevimeline oral capsule 30 mg	\$0 (1)
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	\$0 (1) B/D
d10 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution	\$0 (1)
d2.5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution	\$0 (1)
d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution	\$0 (1)
d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution	\$0 (1)
deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg	\$0 (1) PA; ^
deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg	\$0 (1) PA; ^
deferasirox oral tablet 90 mg	\$0 (1) PA
deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg	\$0 (1) PA
deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg, 500 mg	\$0 (1) PA; ^
dextrose 10 % and 0.2 % nacl intravenous parenteral solution	\$0 (1)
dextrose 10 % in water (d10w) intravenous parenteral solution 10 %	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution	\$0 (1)
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous piggyback 5 %	\$0 (1)
dextrose 5 %-lactated ringers intravenous parenteral solution	\$0 (1)
dextrose 5%-0.2 % sod chloride intravenous parenteral solution	\$0 (1)
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride intravenous parenteral solution	\$0 (1)
dextrose 50 % in water (d50w) intravenous parenteral solution	\$0 (1)
dextrose 50 % in water (d50w) intravenous syringe	\$0 (1)
dextrose 70 % in water (d70w) intravenous parenteral solution	\$0 (1)
disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
droxidopa oral capsule 100 mg	\$0 (1) PA; QL (90 EA per 30 days)
droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg	\$0 (1) PA; QL (180 EA per 30 days)
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	\$0 (1) PA; LA; ^
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (1) PA; LA; ^
levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml	\$0 (1) B/D
levocarnitine oral solution 100 mg/ml	\$0 (1)
levocarnitine oral tablet 330 mg	\$0 (1) B/D

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM	\$0 (1)
midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)
nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1) PA; ^
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	\$0 (1)
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML	\$0 (1) PA; LA; ^
riluzole oral tablet 50 mg	\$0 (1)
risedronate oral tablet 30 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram	\$0 (1) QL (540 EA per 30 days)
sevelamer carbonate oral powder in packet 2.4 gram	\$0 (1) QL (180 EA per 30 days)
sevelamer carbonate oral tablet 800 mg	\$0 (1) QL (540 EA per 30 days)
sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution	\$0 (1)
sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback	\$0 (1)
sodium chloride irrigation solution 0.9 %	\$0 (1)
sodium phenylbutyrate oral powder 0.94 gram/gram	\$0 (1) PA; ^
sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg	\$0 (1) PA; ^
sodium polystyrene sulfonate oral powder	\$0 (1)
sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
sps (with sorbitol) rectal enema 30-40 gram/120 ml	\$0 (1)	
trientine oral capsule 250 mg	\$0 (1)	PA; ^
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM	\$0 (1)	
water for irrigation, sterile irrigation solution	\$0 (1)	
ZEMAIRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG, 4,000 MG, 5,000 MG	\$0 (1)	PA; LA; ^
zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml	\$0 (1)	

ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА И АЛЛЕРГИЯ

АНТИГИСТАМИННЫЕ / ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

adrenalin injection solution 1 mg/ml (1 ml)	\$0 (1)	
cetirizine oral solution 1 mg/ml	\$0 (1)	
cyproheptadine oral tablet 4 mg	\$0 (1)	PA
desloratadine oral tablet 5 mg	\$0 (1)	
diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml	\$0 (1)	
diphenhydramine hcl injection syringe 50 mg/ml	\$0 (1)	
epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml	\$0 (1)	
EPINEPHRINE INJECTION AUTO-INJECTOR 0.3 MG/0.3 ML	\$0 (1)	
hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	PA

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg	\$0 (1) PA
levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml	\$0 (1)
levocetirizine oral tablet 5 mg	\$0 (1)
promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml	\$0 (1) PA
promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml	\$0 (1) PA
promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1) PA
ЛЕГОЧНЫЕ ПРЕПАРАТЫ	
acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)	\$0 (1) B/D
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	\$0 (1) QL (12 GM per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation	\$0 (1) 8.5 gm inhaler; QL (17 GM per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)	\$0 (1) 6.7 gm inhaler; QL (13.4 GM per 30 days)
ALBUTEROL SULFATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90 MCG/ACTUATION (NDA020983)	\$0 (1) 18 gm inhaler; QL (36 GM per 30 days)
albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml	\$0 (1) B/D
albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено
09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg	\$0 (1)
alyq oral tablet 20 mg	\$0 (1) PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
arformoterol inhalation solution for nebulization 15 mcg/2 ml	\$0 (1) B/D; QL (120 ML per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	\$0 (1) QL (25.8 GM per 30 days)
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT (10 ML)	\$0 (1) PA; LA; QL (24 EA per 30 days); ^
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 9-4.8 MCG	\$0 (1) QL (10.7 GM per 30 days)
bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
breyna inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation	\$0 (1) QL (30.9 GM per 30 days)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	\$0 (1) Retail Inhalation Canister (10.7g inhaler containing 120 inhalations); QL (10.7 GM per 30 days)
budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml	\$0 (1) B/D
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	\$0 (1) QL (8 GM per 30 days)
cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml	\$0 (1) B/D
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	\$0 (1) PA; LA; QL (1 ML per 28 days); ^
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML	\$0 (1) PA; QL (0.5 ML per 28 days); ^
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML	\$0 (1) PA; LA; QL (1 ML per 28 days); ^
flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)	\$0 (1) QL (75 ML per 30 days)
fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation	\$0 (1) QL (16 GM per 30 days)
fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
formoterol fumarate inhalation solution for nebulization 20 mcg/2 ml	\$0 (1) B/D; QL (120 ML per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	\$0 (1) PA; LA; QL (30 EA per 30 days); ^

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	\$0 (1)	PA; LA; QL (20 EA per 30 days); ^
icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml	\$0 (1)	PA; QL (27 ML per 30 days); ^
INCRUSE ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5 MCG/ACTUATION	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %	\$0 (1)	B/D
ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml	\$0 (1)	B/D
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 5.8 MG	\$0 (1)	PA; QL (56 EA per 28 days); ^
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (56 EA per 28 days); ^
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (56 EA per 28 days); ^
levalbuterol hcl inhalation solution for nebulization 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/0.5 ml, 1.25 mg/3 ml	\$0 (1)	B/D
LEVALBUTEROL TARTRATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 45 MCG/ACTUATION	\$0 (1)	QL (30 GM per 30 days)
mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation	\$0 (1)	QL (34 GM per 30 days)
montelukast oral granules in packet 4 mg	\$0 (1)	
montelukast oral tablet 10 mg	\$0 (1)	
montelukast oral tablet,chewable 4 mg, 5 mg	\$0 (1)	
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (60 EA per 30 days); ^

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (56 EA per 28 days); ^
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (112 EA per 28 days); ^
pirfenidone oral capsule 267 mg	\$0 (1)	PA; QL (270 EA per 30 days); ^
pirfenidone oral tablet 267 mg	\$0 (1)	PA; QL (270 EA per 30 days); ^
PIRFENIDONE ORAL TABLET 534 MG	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days); ^
pirfenidone oral tablet 801 mg	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days); ^
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACTUATION	\$0 (1)	QL (2 EA per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION	\$0 (1)	QL (3 EA per 30 days)
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (1)	B/D; ^
roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg	\$0 (1)	
sajazir subcutaneous syringe 30 mg/3 ml	\$0 (1)	PA; LA; QL (27 ML per 30 days); ^
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg	\$0 (1)	generic for Revatio; PA-NS; QL (90 EA per 30 days)
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N)	\$0 (1)	PA; LA; QL (56 EA per 28 days); ^
tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg	\$0 (1)	generic for Adcirca; PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость препарата для вас (уровень категории)	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
TADLIQ ORAL SUSPENSION 20 MG/5 ML (4 MG/ML)	\$0 (1)	PA-NS; QL (300 ML per 30 days); ^
terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	
THEO-24 ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0 (1)	
theophylline oral elixir 80 mg/15 ml	\$0 (1)	
theophylline oral solution 80 mg/15 ml	\$0 (1)	
theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg	\$0 (1)	
theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg	\$0 (1)	
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N)	\$0 (1)	PA; QL (56 EA per 28 days); ^
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	\$0 (1)	PA; LA; QL (84 EA per 28 days); ^
VENTAVIS INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML	\$0 (1)	B/D; LA; ^
VENTOLIN HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90 MCG/ACTUATION	\$0 (1)	QL (36 GM per 30 days)
XHANCE NASAL AEROSOL BREATH ACTIVATED 93 MCG/ACTUATION	\$0 (1)	PA; QL (32 ML per 30 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (8 ML per 28 days); ^

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 75 MG/0.5 ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (1 ML per 28 days); ^
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (8 EA per 28 days); ^
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (8 ML per 28 days); ^
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (1 ML per 28 days); ^
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (1)	

ИММУНОЛОГИЯ, ВАКЦИНЫ / БИОТЕХНОЛОГИЯ

БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ

ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	\$0 (1)	PA; LA; ^
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (14 EA per 28 days); ^
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.2 MG/0.25 ML, 0.4 MG/0.25 ML, 0.6 MG/0.25 ML, 0.8 MG/0.25 ML, 1 MG/0.25 ML, 1.2 MG/0.25 ML, 1.4 MG/0.25 ML, 1.6 MG/0.25 ML, 1.8 MG/0.25 ML, 2 MG/0.25 ML	\$0 (1)	PA; ^
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG/ML (36 UNIT/ML), 5 MG/ML (15 UNIT/ML)	\$0 (1)	PA; ^
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	\$0 (1)	PA; QL (4 ML per 28 days); ^
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	PA; QL (2 ML per 28 days); ^

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено
09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость лекарственного препарата для вас (уровень категории) Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	\$0 (1) PA
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML	\$0 (1) PA; ^
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	\$0 (1) PA; ^
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	\$0 (1) PA; ^
ВАКЦИНЫ / ПРОЧИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ	
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	\$0 (1) NM
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	\$0 (1) NM
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	\$0 (1) NM
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	\$0 (1) NM
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	\$0 (1) NM
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	\$0 (1) NM
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	\$0 (1) NM

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарств венозно о препарата для вас (уровень категории)
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (1) PA; NM; LA; ^
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0 (1) NM
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0 (1) NM
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0 (1) NM
DENG VAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	\$0 (1) NM
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	\$0 (1) B/D; NM
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	\$0 (1) B/D; NM
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	\$0 (1) B/D; NM
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	\$0 (1) PA; NM; ^
GAMASTAN INTRAMUSCULAR SOLUTION 15-18 % RANGE	\$0 (1) NM
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 %	\$0 (1) PA; NM; ^
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) INTRAVENOUS RECON SOLN 10 GRAM, 5 GRAM	\$0 (1) PA; NM; ^
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %)	\$0 (1) PA; NM; ^

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость лекарственного препарата для вас (уровень категории) Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (1) PA; NM; LA; ^
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML)	\$0 (1) PA; NM; LA; ^
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %)	\$0 (1) PA; NM; ^
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	\$0 (1) NM
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	\$0 (1) NM
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML	\$0 (1) NM
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	\$0 (1) B/D; NM
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	\$0 (1) NM
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	\$0 (1) NM
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0 (1) NM
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	\$0 (1) NM
IXCHIQ (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 1,000 TCID50/0.5 ML	\$0 (1) NM

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено
09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требующие действия, запреты или ограничения по лекарственному препарату для вас (уровень категории)
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	\$0 (1) NM
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	\$0 (1) NM
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	\$0 (1) NM
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	\$0 (1) NM
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	\$0 (1) NM
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	\$0 (1) NM
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10-5 MCG/0.5 ML	\$0 (1) NM
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	\$0 (1) NM
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	\$0 (1) PA; NM; ^
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML), 10 % (25 ML), 10 % (300 ML), 10 % (50 ML)	\$0 (1) PA; NM; ^
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	\$0 (1) NM
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	\$0 (1) NM

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарств внутри препарата для вас (уровень категории)
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	\$0 (1) NM
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML	\$0 (1) NM
PREHEVBRIO (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	\$0 (1) B/D; NM
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML	\$0 (1) NM
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (1) PA; NM; ^
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	\$0 (1) NM
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML, 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML (58 UNT/ML)	\$0 (1) NM
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	\$0 (1) NM
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	\$0 (1) NM
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	\$0 (1) B/D; NM
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	\$0 (1) B/D; NM
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	\$0 (1) NM

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено
09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость лекарственного препарата для вас (уровень категории)	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	\$0 (1)	NM
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	\$0 (1)	NM
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	A third dose may be considered in post-transplant members (PA required).; NM; QL (2 EA per 999 days)
STAMARIL (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,000 UNIT/0.5 ML	\$0 (1)	NM
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML	\$0 (1)	NM
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	\$0 (1)	NM
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	\$0 (1)	NM
TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	\$0 (1)	NM
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	\$0 (1)	NM
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено
09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарств внутри препарата для вас (уровень категории)
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML	\$0 (1) NM
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	\$0 (1) NM
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	\$0 (1) NM
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	\$0 (1) NM
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL)	\$0 (1) NM
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ / РЕВМАТОЛОГИЯ	
ПРОЧИЕ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ	
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	\$0 (1) PA; QL (3.6 ML per 28 days); ^
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	\$0 (1) PA; QL (3.6 ML per 28 days); ^
BENLYSTA INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG, 400 MG	\$0 (1) PA; LA; ^
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	\$0 (1) PA; LA; QL (8 ML per 28 days); ^
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	\$0 (1) PA; LA; QL (8 ML per 28 days); ^
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	\$0 (1) PA; QL (6 EA per 180 days); ^

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость лекарства венног о препар ата для вас (уровен ь категор ии)	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA; QL (4 EA per 180 days); ^
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA; QL (4 EA per 28 days); ^
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML	\$0 (1)	PA; QL (2 EA per 28 days); ^
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA; QL (4 EA per 28 days); ^
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	\$0 (1)	PA; QL (8 ML per 28 days); ^
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	\$0 (1)	PA; QL (8 ML per 28 days); ^
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	\$0 (1)	PA; QL (8 ML per 28 days); ^
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	\$0 (1)	PA; QL (8 ML per 28 days); ^
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (1)	Only Humira NDCs starting 00074 are covered; PA; QL (6 EA per 28 days); ^
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (1)	Only Humira NDCs starting 00074 are covered; PA; QL (6 EA per 28 days); ^
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	\$0 (1)	Only Humira NDCs starting 00074 are covered; PA; ^

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость препарата для вас (уровень категории)	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	\$0 (1)	Only Humira NDCs starting 00074 are covered; PA; ^
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	\$0 (1)	Only Humira NDCs starting 00074 are covered; PA; ^
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	\$0 (1)	Only Humira NDCs starting 00074 are covered; PA; ^
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML	\$0 (1)	Only Humira NDCs starting 00074 are covered; PA; QL (6 EA per 28 days); ^
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	\$0 (1)	Only Humira NDCs starting 00074 are covered; PA; QL (4 EA per 28 days); ^
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML	\$0 (1)	Only Humira NDCs starting 00074 are covered; PA; QL (2 EA per 28 days); ^
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	\$0 (1)	Only Humira NDCs starting 00074 are covered; PA; QL (6 EA per 28 days); ^
IDACIO(CF) PEN CROHN-UC STARTR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA; QL (6 EA per 180 days); ^
IDACIO(CF) PEN PSORIASIS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA; QL (4 EA per 28 days); ^
IDACIO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA; QL (4 EA per 180 days); ^

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено
09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
IDACIO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (1) PA; QL (4 EA per 28 days); ^
leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG	\$0 (1) PA; ^
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	\$0 (1) PA; QL (60 EA per 30 days); ^
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51)	\$0 (1) PA; ^
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47)	\$0 (1) PA; QL (55 EA per 180 days); ^
penicillamine oral tablet 250 mg	\$0 (1) ^
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG	\$0 (1) PA; QL (30 EA per 30 days); ^
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 45 MG	\$0 (1) PA; QL (84 EA per 180 days); ^
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (1) PA; QL (60 EA per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	\$0 (1) PA
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (1) PA; QL (480 ML per 24 days); ^
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (1) PA; QL (60 EA per 30 days); ^
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	\$0 (1) PA; QL (30 EA per 30 days); ^
ТЕРАПИЯ ОСТЕОПОРОЗА	
alendronate oral solution 70 mg/75 ml	\$0 (1) QL (300 ML per 28 days)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
alendronate oral tablet 10 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg	\$0 (1) QL (4 EA per 28 days)
FORTEO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (600MCG/2.4ML)	\$0 (1) PA; ^
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET 70 MG- 2,800 UNIT, 70 MG- 5,600 UNIT	\$0 (1) ST; QL (4 EA per 28 days)
ibandronate intravenous solution 3 mg/3 ml	\$0 (1) QL (3 ML per 68 days)
ibandronate intravenous syringe 3 mg/3 ml	\$0 (1) QL (3 ML per 68 days)
ibandronate oral tablet 150 mg	\$0 (1) QL (1 EA per 30 days)
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	\$0 (1) QL (1 ML per 180 days)
raloxifene oral tablet 60 mg	\$0 (1)
risedronate oral tablet 150 mg	\$0 (1) QL (1 EA per 30 days)
risedronate oral tablet 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)	\$0 (1) QL (4 EA per 28 days)
risedronate oral tablet 5 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
risedronate oral tablet, delayed release (dr/ec) 35 mg	\$0 (1) QL (4 EA per 28 days)
TERIPARATIDE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (620MCG/2.48ML)	\$0 (1) Only Teriparatide NDC 47781065289 is covered; PA; QL (2.48 ML per 28 days); ^
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	\$0 (1) PA; ^
ТЕРАПИЯ ПОДАГРЫ	
allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
colchicine oral tablet 0.6 mg	\$0 (1) QL (120 EA per 30 days)
febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg	\$0 (1)
MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
probenecid oral tablet 500 mg	\$0 (1)
probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg	\$0 (1)
ОФТАЛЬМОЛОГИЯ	
АНТИБИОТИКИ	
ak-poly-bac ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram	\$0 (1)
bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram	\$0 (1)
bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram	\$0 (1)
BESIVANCE OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.6 %	\$0 (1)
CILOXAN OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3 %	\$0 (1)
ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %	\$0 (1)
erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)	\$0 (1)
gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %	\$0 (1)
gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)	\$0 (1)
gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	\$0 (1)
moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %	\$0 (1)
moxifloxacin ophthalmic (eye) drops, viscous 0.5 %	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	\$0 (1)
neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g	\$0 (1)
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml	\$0 (1)
ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	\$0 (1)
polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml	\$0 (1)
tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	\$0 (1)
БЕТА-БЛОКАТОРЫ	
betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	\$0 (1)
carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %	\$0 (1)
levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	\$0 (1)
timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %	\$0 (1)
timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %	\$0 (1)
КОМБИНАЦИИ СТЕРОИДОВ-АНТИБИОТИКОВ	
neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%	\$0 (1)
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %	\$0 (1)
neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml	\$0 (1)
TOBRADEX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3-0.1 %	\$0 (1)
TOBRADEX ST OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.05 %	\$0 (1)
tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %	\$0 (1)
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %	\$0 (1)
НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ	
bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.09 %	\$0 (1)
BROMSITE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.075 %	\$0 (1)
diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %	\$0 (1)
flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %	\$0 (1)
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %	\$0 (1)
ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.4 %, 0.5 %	\$0 (1)
PROLENSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.07 %	\$0 (1)
ПЕРОРАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ ГЛАУКОМЕ	
acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено
09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg	\$0 (1)	
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
ПРОТИВОВИРУСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ		
trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %	\$0 (1)	
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	\$0 (1)	
ПРОЧИЕ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ		
atropine ophthalmic (eye) drops 1 %	\$0 (1)	
ATROPINE SULFATE (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 1 %	\$0 (1)	
azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %	\$0 (1)	
cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %	\$0 (1)	
CYSTADROPS OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.37 %	\$0 (1)	PA; LA; ^
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 %	\$0 (1)	PA; LA; ^
olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %	\$0 (1)	
pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %	\$0 (1)	
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 %	\$0 (1)	QL (5.5 ML per 30 days)
RESTASIS OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.05 %	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %	\$0 (1)	
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %	\$0 (1)	
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)	\$0 (1)	

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
TYRVAYA NASAL SPRAY, METERED, NON-AEROSOL 0.03 MG/SPRAY	\$0 (1)
XDEMVI OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %	\$0 (1) PA; QL (10 ML per 42 days); ^
ZERVIAE OPTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.24 %	\$0 (1)
ПРОЧИЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ ГЛАУКОМЕ	
brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	\$0 (1)
COMBIGAN OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.2-0.5 %	\$0 (1)
dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %	\$0 (1)
dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml	\$0 (1)
latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %	\$0 (1)
LUMIGAN OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	\$0 (1)
RHOPRESSA OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	\$0 (1)
ROCKLATAN OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	\$0 (1)
travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %	\$0 (1)
СИМПАТОМИМЕТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА	
ALPHAGAN P OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 %	\$0 (1)
apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %	\$0 (1)
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.15 %, 0.2 %	\$0 (1)
СТЕРОИДЫ	
ALREX OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.2 %	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %	\$0 (1)
difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %	\$0 (1)
FLAREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 %	\$0 (1)
fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %	\$0 (1)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %	\$0 (1)
prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	\$0 (1)
prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %	\$0 (1)
ПРЕПАРАТЫ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ	
ПРОЧИЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ УШЕЙ	
acetic acid otic (ear) solution 2 %	\$0 (1)
flac otic oil otic (ear) drops 0.01 %	\$0 (1)
fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %	\$0 (1)
ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %	\$0 (1)
ПРОЧИЕ ПРЕПАРАТЫ	
azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %), 205.5 mcg (0.15 %)	\$0 (1) QL (60 ML per 30 days)
chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарств внутри препарата для вас (уровень категории)
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %), 42 mcg (0.06 %)	\$0 (1)
kourzeq dental paste 0.1 %	\$0 (1)
olopatadine nasal spray,non-aerosol 0.6 %	\$0 (1)
periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %	\$0 (1)
triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %	\$0 (1)
СТЕРОИДЫ / АНТИБИОТИКИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ УШЕЙ	
CIPRO HC OTIC (EAR) DROPS,SUSPENSION 0.2-1 %	\$0 (1)
ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %	\$0 (1) QL (7.5 ML per 7 days)
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%	\$0 (1)
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%	\$0 (1)
ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ / ЦНС, НЕВРОЛОГИЯ / ПСИХОЛОГИЯ	
МЫШЕЧНЫЕ РЕЛАКСАНТЫ / СПАЗМОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ	
baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (1)
cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1) PA
dantrolene oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg	\$0 (1)
tizanidine oral tablet 2 mg, 4 mg	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата

Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)

НАРКОТИЧЕСКИЕ АНАЛЬГЕТИКИ

acetaminophen-codeine oral solution 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml, 300 mg-30 mg /12.5 ml	\$0 (1)	QL (2700 ML per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg	\$0 (1)	QL (400 EA per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg	\$0 (1)	QL (360 EA per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
endocet oral tablet 10-325 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	\$0 (1)	QL (360 EA per 30 days)
endocet oral tablet 7.5-325 mg	\$0 (1)	QL (240 EA per 30 days)
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg	\$0 (1)	PA; QL (120 EA per 30 days); ^
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg	\$0 (1)	PA; QL (120 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr	\$0 (1)	PA; QL (10 EA per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml	\$0 (1)	QL (2700 ML per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg	\$0 (1)	QL (240 EA per 30 days)
hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg	\$0 (1)	QL (150 EA per 30 days)
hydromorphone oral liquid 1 mg/ml	\$0 (1)	QL (600 ML per 30 days)
hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарств венозно о препарате для вас (уровень категории)
HYSINGLA ER ORAL TABLET, ORAL ONLY, EXT. REL. 24 HR 100 MG, 120 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0 (1) PA; QL (30 EA per 30 days)
methadone intensol oral concentrate 10 mg/ml	\$0 (1) PA; QL (90 ML per 30 days)
methadone oral concentrate 10 mg/ml	\$0 (1) PA; QL (90 ML per 30 days)
methadone oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml	\$0 (1) PA; QL (450 ML per 30 days)
methadone oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1) PA; QL (90 EA per 30 days)
morphine (pf) intravenous patient control. analgesia soln 30 mg/30 ml (1 mg/ml)	\$0 (1)
morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)	\$0 (1) QL (180 ML per 30 days)
MORPHINE INJECTION SOLUTION 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML	\$0 (1)
MORPHINE INJECTION SYRINGE 2 MG/ML	\$0 (1)
morphine injection syringe 4 mg/ml	\$0 (1)
morphine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/ml	\$0 (1)
MORPHINE INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML, 8 MG/ML	\$0 (1)
morphine intravenous syringe 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml	\$0 (1)
MORPHINE INTRAVENOUS SYRINGE 8 MG/ML	\$0 (1)
morphine oral solution 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	\$0 (1) QL (900 ML per 30 days)
morphine oral tablet 15 mg, 30 mg	\$0 (1) QL (180 EA per 30 days)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарств венозно о препарате для вас (уровень категории)
morphine oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg	\$0 (1) PA; QL (90 EA per 30 days)
morphine sulfate 4 mg/ml vial inner, sub	\$0 (1)
oxycodone oral capsule 5 mg	\$0 (1) QL (180 EA per 30 days)
oxycodone oral concentrate 20 mg/ml	\$0 (1) QL (180 ML per 30 days)
oxycodone oral solution 5 mg/5 ml	\$0 (1) QL (900 ML per 30 days)
oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	\$0 (1) QL (180 EA per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg	\$0 (1) QL (180 EA per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	\$0 (1) QL (360 EA per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	\$0 (1) QL (240 EA per 30 days)
НЕНАРКОТИЧЕСКИЕ АНАЛЬГЕТИКИ	
buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg	\$0 (1) QL (90 EA per 30 days)
buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg	\$0 (1) QL (90 EA per 30 days)
butorphanol injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml	\$0 (1)
celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
celecoxib oral capsule 400 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
diclofenac potassium oral tablet 50 mg	\$0 (1) QL (120 EA per 30 days)
diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)
diclofenac sodium topical gel 1 %	\$0 (1) QL (1000 GM per 28 days)
diclofenac-misoprostol oral tablet, ir, delayed rel, biphasic 50-200 mg-mcg, 75-200 mg-mcg	\$0 (1)
diflunisal oral tablet 500 mg	\$0 (1)
ec-naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 375 mg	\$0 (1) QL (120 EA per 30 days)
ec-naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg	\$0 (1) QL (90 EA per 30 days)
etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg	\$0 (1)
etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg	\$0 (1)
etodolac oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 500 mg, 600 mg	\$0 (1)
flurbiprofen oral tablet 100 mg	\$0 (1)
ibu oral tablet 600 mg, 800 mg	\$0 (1)
ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml	\$0 (1)
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg	\$0 (1)
meloxicam oral tablet 15 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
meloxicam oral tablet 7.5 mg	\$0 (1)
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg	\$0 (1)
nalbuphine injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml	\$0 (1)
naloxone injection solution 0.4 mg/ml	\$0 (1)
naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
naloxone nasal spray,non-aerosol 4 mg/actuation	\$0 (1)
naltrexone oral tablet 50 mg	\$0 (1)
naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg	\$0 (1)
naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 375 mg	\$0 (1) QL (120 EA per 30 days)
naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg	\$0 (1) QL (90 EA per 30 days)
naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg	\$0 (1)
oxaprozin oral tablet 600 mg	\$0 (1)
piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg	\$0 (1)
sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg	\$0 (1)
tramadol oral tablet 50 mg	\$0 (1) QL (240 EA per 30 days)
tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg	\$0 (1) QL (240 EA per 30 days)
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 380 MG	\$0 (1)
ПРОТИВОПАРКИНСОНИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ	
АРОКYN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/ML	\$0 (1) PA; LA; QL (90 ML per 30 days); ^
apomorphine subcutaneous cartridge 10 mg/ml	\$0 (1) PA; QL (90 ML per 30 days); ^
benztropine injection solution 1 mg/ml	\$0 (1)
benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (1) PA
bromocriptine oral capsule 5 mg	\$0 (1)
bromocriptine oral tablet 2.5 mg	\$0 (1)
carbidopa oral tablet 25 mg	\$0 (1)
carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному препарату для вас (уровень категории)
carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg	\$0 (1)
carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	\$0 (1)
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg	\$0 (1)
entacapone oral tablet 200 mg	\$0 (1)
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG	\$0 (1) PA; QL (300 EA per 30 days); ^
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR	\$0 (1)
pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg	\$0 (1)
pramipexole oral tablet extended release 24 hr 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 2.25 mg, 3 mg	\$0 (1)
rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg	\$0 (1)
ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg	\$0 (1)
selegiline hcl oral capsule 5 mg	\$0 (1)
selegiline hcl oral tablet 5 mg	\$0 (1)
trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg	\$0 (1) PA

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата

**Стоимость Требуемые действия,
запреты или ограничения по
лекарственному использованию
препарата для вас
(уровень категории)**

ПРОТИВОСУДОРОЖНЫЕ СРЕДСТВА

APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML	\$0 (1)	PA-NS; QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; QL (600 ML per 30 days); ^
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg	\$0 (1)	
carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml, 200 mg/10 ml	\$0 (1)	
carbamazepine oral tablet 200 mg	\$0 (1)	
carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg	\$0 (1)	
carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg	\$0 (1)	
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml	\$0 (1)	PA-NS; QL (480 ML per 30 days)
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
clonazepam oral tablet 2 mg	\$0 (1)	QL (300 EA per 30 days)
clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg	\$0 (1)	QL (300 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (360 EA per 30 days); ^

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (360 EA per 30 days); ^
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg	\$0 (1)
DILANTIN EXTENDED ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET,CHEWABLE 50 MG	\$0 (1)
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	\$0 (1)
DILANTIN-125 ORAL SUSPENSION 125 MG/5 ML	\$0 (1)
divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg	\$0 (1)
divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
divalproex oral tablet,delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (600 ML per 30 days)
epitol oral tablet 200 mg	\$0 (1)
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	\$0 (1) PA-NS; QL (480 ML per 30 days)
ethosuximide oral capsule 250 mg	\$0 (1)
ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
felbamate oral suspension 600 mg/5 ml	\$0 (1)	^
felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg	\$0 (1)	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (360 ML per 30 days); ^
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; QL (720 ML per 30 days); ^
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
gabapentin oral capsule 100 mg, 400 mg	\$0 (1)	QL (270 EA per 30 days)
gabapentin oral capsule 300 mg	\$0 (1)	QL (360 EA per 30 days)
gabapentin oral solution 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml)	\$0 (1)	QL (2160 ML per 30 days)
gabapentin oral tablet 600 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
gabapentin oral tablet 800 mg	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
GRALISE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 300 MG	\$0 (1)	PA; QL (180 EA per 30 days)
GRALISE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 450 MG, 750 MG, 900 MG	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days)
GRALISE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 600 MG	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml	\$0 (1)	QL (1200 ML per 30 days); ^
lacosamide oral solution 10 mg/ml	\$0 (1)	QL (1200 ML per 30 days)
lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
lacosamide oral tablet 50 mg	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному препарату для вас (уровень категории)
lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	\$0 (1)
lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg	\$0 (1)
lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg	\$0 (1)
lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
levetiracetam in nacl (iso-os) intravenous piggyback 1,000 mg/100 ml, 1,500 mg/100 ml, 500 mg/100 ml	\$0 (1)
levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml	\$0 (1)
levetiracetam oral solution 100 mg/ml, 500 mg/5 ml (5 ml)	\$0 (1)
levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg	\$0 (1)
levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg	\$0 (1)
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	\$0 (1) PA-NS; QL (10 EA per 30 days); ^
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 165 MG, 82.5 MG	\$0 (1) PA; QL (90 EA per 30 days)
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 330 MG	\$0 (1) PA; QL (60 EA per 30 days)
methsuximide oral capsule 300 mg	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	\$0 (1)	
oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)	\$0 (1)	
oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg	\$0 (1)	
phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	\$0 (1)	PA-NS
phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg	\$0 (1)	PA-NS
phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml	\$0 (1)	PA-NS
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	\$0 (1)	
phenytoin oral suspension 100 mg/4 ml, 125 mg/5 ml	\$0 (1)	
phenytoin oral tablet, chewable 50 mg	\$0 (1)	
phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg	\$0 (1)	
phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml	\$0 (1)	
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
pregabalin oral capsule 200 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
pregabalin oral solution 20 mg/ml	\$0 (1)	QL (900 ML per 30 days)
PRIMIDONE ORAL TABLET 125 MG	\$0 (1)	
primidone oral tablet 250 mg, 50 mg	\$0 (1)	

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
roweepra oral tablet 500 mg	\$0 (1)	
rufinamide oral suspension 40 mg/ml	\$0 (1)	PA-NS; QL (2400 ML per 30 days); ^
rufinamide oral tablet 200 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (480 EA per 30 days)
rufinamide oral tablet 400 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (240 EA per 30 days); ^
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG	\$0 (1)	QL (360 EA per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 500 MG	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 750 MG	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg	\$0 (1)	
topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg	\$0 (1)	
topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)	\$0 (1)	
valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml)	\$0 (1)	
valproic acid oral capsule 250 mg	\$0 (1)	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	\$0 (1)	

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
vigabatrin oral powder in packet 500 mg	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
vigabatrin oral tablet 500 mg	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
vigadrone oral powder in packet 500 mg	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
vigadrone oral tablet 500 mg	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
vigpoder oral powder in packet 500 mg	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	\$0 (1) QL (56 EA per 28 days); ^
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days); ^
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days); ^
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14)	\$0 (1) QL (28 EA per 28 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	\$0 (1) QL (28 EA per 28 days); ^
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	\$0 (1) PA-NS; QL (900 ML per 30 days)
zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (1) PA-NS; QL (1100 ML per 30 days); ^

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость лекарственного препарата для вас (уровень категории) Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
ПРОЧЕЕ, НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ	
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	\$0 (1) PA; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	\$0 (1) PA; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	\$0 (1) PA; QL (120 EA per 30 days); ^
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG	\$0 (1) PA; ^
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 24 MG	\$0 (1) PA; QL (60 EA per 30 days); ^
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	\$0 (1) PA; QL (30 EA per 30 days); ^
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	\$0 (1) PA; QL (90 EA per 30 days); ^
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG	\$0 (1) PA; ^
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14)	\$0 (1) PA; QL (42 EA per 28 days); ^
dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg	\$0 (1) PA; QL (60 EA per 30 days)
donepezil oral tablet 10 mg	\$0 (1)
donepezil oral tablet 5 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg	\$0 (1)
donepezil oral tablet,disintegrating 5 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
fingolimod oral capsule 0.5 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (28 EA per 28 days); ^
galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
galantamine oral solution 4 mg/ml	\$0 (1)	
galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 ML per 30 days); ^
glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml	\$0 (1)	PA-NS; QL (12 ML per 28 days); ^
glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 ML per 30 days); ^
glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml	\$0 (1)	PA-NS; QL (12 ML per 28 days); ^
memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg	\$0 (1)	PA
memantine oral solution 2 mg/ml	\$0 (1)	PA
memantine oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA
NAMZARIC ORAL CAP,SPRINKLE,ER 24HR DOSE PACK 7/14/21/28 MG-10 MG	\$0 (1)	
NAMZARIC ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	\$0 (1)	
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days); ^
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; QL (20 ML per 135 days); ^
RADICAVA ORS ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML	\$0 (1)	PA; ^
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML	\$0 (1)	PA; ^
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
TECFIDERA ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 120 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (14 EA per 7 days); ^
TECFIDERA ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 120 MG (14)- 240 MG (46)	\$0 (1) PA-NS; LA; ^
TECFIDERA ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 240 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg	\$0 (1) PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg	\$0 (1) PA; QL (90 EA per 30 days); ^
tetrabenazine oral tablet 25 mg	\$0 (1) PA; QL (120 EA per 30 days); ^
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ	
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	\$0 (1) QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	\$0 (1) QL (1 EA per 28 days)
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (1) QL (150 EA per 30 days)
amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)
amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
aripiprazole oral solution 1 mg/ml	\$0 (1)	QL (900 ML per 30 days)
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	\$0 (1)	
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	\$0 (1)	QL (3.9 ML per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	\$0 (1)	QL (1.6 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	\$0 (1)	QL (2.4 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	\$0 (1)	QL (3.2 ML per 28 days)
armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days)
armodafinil oral tablet 50 mg	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days)
asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	\$0 (1) PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg	\$0 (1)
bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg	\$0 (1) QL (90 EA per 30 days)
bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 300 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	\$0 (1)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 42 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days); ^
chlorpromazine injection solution 25 mg/ml	\$0 (1)
chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml	\$0 (1)
chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
citalopram oral solution 10 mg/5 ml	\$0 (1)
citalopram oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (1)
clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1) PA-NS

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg	\$0 (1) PA-NS; QL (180 EA per 30 days)
clozapine oral tablet 100 mg	\$0 (1) QL (270 EA per 30 days)
clozapine oral tablet 200 mg	\$0 (1) QL (120 EA per 30 days)
clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg	\$0 (1) QL (270 EA per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 12.5 mg, 25 mg	\$0 (1)
clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg	\$0 (1) QL (180 EA per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg	\$0 (1) QL (120 EA per 30 days)
desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)
desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
dexmethylphenidate oral tablet 10 mg	\$0 (1) PA; QL (60 EA per 30 days)
dexmethylphenidate oral tablet 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1) PA; QL (120 EA per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg	\$0 (1) PA; QL (30 EA per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	\$0 (1) PA; QL (60 EA per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 20 mg	\$0 (1) PA; QL (90 EA per 30 days)
diazepam injection solution 5 mg/ml	\$0 (1) PA-NS
diazepam injection syringe 5 mg/ml	\$0 (1) PA-NS

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml	\$0 (1) PA-NS; QL (240 ML per 30 days)
diazepam oral concentrate 5 mg/ml	\$0 (1) PA-NS; QL (240 ML per 30 days)
diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml)	\$0 (1) PA-NS; QL (1200 ML per 30 days)
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0 (1) PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)
doxepin oral concentrate 10 mg/ml	\$0 (1)
doxepin oral tablet 3 mg, 6 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (1) PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days); ^
escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml	\$0 (1)
escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (1) PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
FANAPT ORAL TABLETS, DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)-4MG(2)-6MG(2)	\$0 (1) PA-NS
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (1)
fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	\$0 (1)
fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml	\$0 (1)
fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml	\$0 (1)
fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml	\$0 (1)
fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml	\$0 (1)
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)
fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 4 mg	\$0 (1) PA; QL (30 EA per 30 days)
guanfacine oral tablet extended release 24 hr 3 mg	\$0 (1) PA; QL (60 EA per 30 days)
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)	\$0 (1)
haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml	\$0 (1)
haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml	\$0 (1)
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1)
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	\$0 (1) QL (3.5 ML per 180 days)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарств венозно о препарате для вас (уровень категории)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	\$0 (1) QL (5 ML per 180 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	\$0 (1) QL (0.75 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	\$0 (1) QL (1 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	\$0 (1) QL (1.5 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	\$0 (1) QL (0.25 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	\$0 (1) QL (0.5 ML per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	\$0 (1) QL (0.88 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	\$0 (1) QL (1.32 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	\$0 (1) QL (1.75 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	\$0 (1) QL (2.63 ML per 90 days)
lisdexamfetamine oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg	\$0 (1) PA; QL (60 EA per 30 days)
lisdexamfetamine oral capsule 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg	\$0 (1) PA; QL (30 EA per 30 days)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
lisdexamfetamine oral tablet, chewable 10 mg, 20 mg, 30 mg	\$0 (1) PA; QL (60 EA per 30 days)
lisdexamfetamine oral tablet, chewable 40 mg, 50 mg, 60 mg	\$0 (1) PA; QL (30 EA per 30 days)
lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg	\$0 (1)
lithium carbonate oral tablet 300 mg	\$0 (1)
lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg, 450 mg	\$0 (1)
lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml	\$0 (1)
lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml	\$0 (1)
lorazepam injection syringe 2 mg/ml	\$0 (1)
lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml	\$0 (1) QL (150 ML per 30 days)
lorazepam oral concentrate 2 mg/ml	\$0 (1) QL (150 ML per 30 days)
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (1) QL (150 EA per 30 days)
loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 50 mg	\$0 (1)
lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days); ^
lurasidone oral tablet 80 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days); ^
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	\$0 (1) QL (180 EA per 30 days)
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml	\$0 (1) PA; QL (900 ML per 30 days)
methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5 ml	\$0 (1) PA; QL (1800 ML per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1) PA; QL (180 EA per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet 20 mg	\$0 (1) PA; QL (90 EA per 30 days)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено
09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg, 20 mg	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet, chewable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA; QL (180 EA per 30 days)
mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	
mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg	\$0 (1)	
modafinil oral tablet 100 mg	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days)
modafinil oral tablet 200 mg	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days)
molindone oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg	\$0 (1)	
nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg	\$0 (1)	
nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)	
nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml	\$0 (1)	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
olanzapine intramuscular recon soln 10 mg	\$0 (1)	QL (3 EA per 1 day)
olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
olanzapine oral tablet,disintegrating 15 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml	\$0 (1) QL (900 ML per 30 days)
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
paroxetine hcl oral tablet 30 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (1)
PERSERIS SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG	\$0 (1) QL (1 EA per 30 days)
phenelzine oral tablet 15 mg	\$0 (1)
pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0 (1)
protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)
quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	\$0 (1)
QUETIAPINE ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1)
quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg	\$0 (1) PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg, 50 mg	\$0 (1) PA-NS; QL (60 EA per 30 days)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days); ^
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	\$0 (1)	QL (2 EA per 28 days)
risperidone oral solution 1 mg/ml	\$0 (1)	QL (240 ML per 30 days)
risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	\$0 (1)	
risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
risperidone oral tablet, disintegrating 1 mg, 2 mg, 3 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
risperidone oral tablet, disintegrating 4 mg	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
sertraline oral concentrate 20 mg/ml	\$0 (1)	
sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
SODIUM OXYBATE ORAL SOLUTION 500 MG/ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (540 ML per 30 days); ^
temazepam oral capsule 15 mg	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days)
temazepam oral capsule 30 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days)
thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0 (1)	
tranylcypromine oral tablet 10 mg	\$0 (1)	

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	\$0 (1)
trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0 (1)
trimipramine oral capsule 100 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
trimipramine oral capsule 25 mg, 50 mg	\$0 (1) QL (120 EA per 30 days)
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg, 75 mg	\$0 (1)
venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (1) PA-NS; QL (600 ML per 30 days); ^
vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days); ^
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	\$0 (1)
VYVANSE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG	\$0 (1) PA; QL (60 EA per 30 days)
VYVANSE ORAL CAPSULE 40 MG, 50 MG, 60 MG, 70 MG	\$0 (1) PA; QL (30 EA per 30 days)
VYVANSE ORAL TABLET,CHEWABLE 10 MG, 20 MG, 30 MG	\$0 (1) PA; QL (60 EA per 30 days)
VYVANSE ORAL TABLET,CHEWABLE 40 MG, 50 MG, 60 MG	\$0 (1) PA; QL (30 EA per 30 days)
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено
09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость лекарства по категории	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)	\$0 (1)	QL (6 EA per 3 days)
zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (2 EA per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (2.4 EA per 30 days); ^
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (1.2 EA per 30 days); ^
ТЕРАПИЯ МИГРЕНИ / КЛАСТЕРНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (1 ML per 30 days)
dihydroergotamine injection solution 1 mg/ml	\$0 (1)	^
dihydroergotamine nasal spray, non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)	\$0 (1)	PA; QL (8 ML per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (2 ML per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (2 ML per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)	\$0 (1)	PA; QL (3 ML per 30 days); ^
ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg	\$0 (1)	PA; QL (40 EA per 28 days)
naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg	\$0 (1)	QL (12 EA per 30 days)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено
09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG	\$0 (1) PA; QL (16 EA per 30 days); ^
rizatriptan oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1) QL (18 EA per 30 days)
rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg	\$0 (1) QL (18 EA per 30 days)
sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation	\$0 (1) QL (12 EA per 30 days)
sumatriptan nasal spray,non-aerosol 5 mg/actuation	\$0 (1) QL (24 EA per 30 days)
sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1) QL (12 EA per 30 days)
sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 4 mg/0.5 ml	\$0 (1) QL (9 ML per 30 days)
sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml	\$0 (1) QL (6 ML per 30 days)
sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml	\$0 (1) QL (9 ML per 30 days)
sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml	\$0 (1) QL (6 ML per 30 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml	\$0 (1) QL (6 ML per 30 days)
zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1) QL (12 EA per 30 days)
zolmitriptan oral tablet,disintegrating 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1) QL (12 EA per 30 days)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
-----------------------------------	---

ПРОТИВОИНФЕКЦИОННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

ПЕНИЦИЛЛИНЫ

amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml	\$0 (1)
amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg	\$0 (1)
amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg	\$0 (1)
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml	\$0 (1)
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg	\$0 (1)
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg	\$0 (1)
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg	\$0 (1)
ampicillin oral capsule 500 mg	\$0 (1)
ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
ampicillin sodium intravenous recon soln 1 gram, 2 gram	\$0 (1)
ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram	\$0 (1)
ampicillin-sulbactam intravenous recon soln 1.5 gram, 3 gram	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	\$0 (1)
dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
nafcillin in dextrose iso-osm intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml	\$0 (1)
nafcillin injection recon soln 1 gram, 2 gram	\$0 (1)
nafcillin injection recon soln 10 gram	\$0 (1) ^
oxacillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram	\$0 (1)
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE INTRAVENOUS PIGGYBACK 2 MILLION UNIT/50 ML, 3 MILLION UNIT/50 ML	\$0 (1)
penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit, 5 million unit	\$0 (1)
penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml	\$0 (1)
penicillin g sodium injection recon soln 5 million unit	\$0 (1)
penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	\$0 (1)
penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
pfizerpen-g injection recon soln 20 million unit, 5 million unit	\$0 (1)
PIPERACILLIN-TAZOBACTAM INTRAVENOUS RECON SOLN 13.5 GRAM	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено
09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram	\$0 (1)
piperacil-tazobact 13.5 gm vl inner, muv, p/f 13.5 gram	\$0 (1)
ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ	
methenamine hippurate oral tablet 1 gram	\$0 (1)
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg	\$0 (1)
nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg	\$0 (1)
trimethoprim oral tablet 100 mg	\$0 (1)
ПРОТИВОВИРУСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ	
abacavir oral solution 20 mg/ml	\$0 (1)
abacavir oral tablet 300 mg	\$0 (1)
abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg	\$0 (1)
acyclovir oral capsule 200 mg	\$0 (1)
acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml	\$0 (1)
acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg	\$0 (1)
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml	\$0 (1) B/D
adefovir oral tablet 10 mg	\$0 (1)
amantadine hcl oral capsule 100 mg	\$0 (1)
amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml	\$0 (1)
amantadine hcl oral tablet 100 mg	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (1) ^
atazanavir oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg	\$0 (1)
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	\$0 (1) ^
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	\$0 (1) ^
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	\$0 (1) ^
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	\$0 (1) ^
darunavir oral tablet 600 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days); ^
darunavir oral tablet 800 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days); ^
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	\$0 (1) ^
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days); ^
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	\$0 (1) ^
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	\$0 (1) ^
efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg	\$0 (1)
efavirenz oral tablet 600 mg	\$0 (1)
efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg	\$0 (1) ^
efavirenz-lamivu-tenofovir disop oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg	\$0 (1) ^
emtricitabine oral capsule 200 mg	\$0 (1)
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days); ^
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-300 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (1)	
entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0 (1)	
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	\$0 (1)	PA; QL (28 EA per 28 days); ^
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	\$0 (1)	PA; QL (56 EA per 28 days); ^
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	\$0 (1)	PA; QL (56 EA per 28 days); ^
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG	\$0 (1)	PA; QL (28 EA per 28 days); ^
etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg	\$0 (1)	^
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	\$0 (1)	^
famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg	\$0 (1)	
fosamprenavir oral tablet 700 mg	\$0 (1)	
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	\$0 (1)	^
ganciclovir sodium intravenous recon soln 500 mg	\$0 (1)	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	\$0 (1)	^
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	\$0 (1)	PA; QL (28 EA per 28 days); ^
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	\$0 (1)	PA; QL (56 EA per 28 days); ^
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days); ^
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG	\$0 (1)	PA; QL (28 EA per 28 days); ^
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	\$0 (1)	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	\$0 (1)	^
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	\$0 (1)	^
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	\$0 (1)	^
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	\$0 (1)	^

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	\$0 (1)	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	\$0 (1)	^
LAGEVRIO (EUA) ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (1)	QL (40 EA per 180 days)
lamivudine oral solution 10 mg/ml	\$0 (1)	
lamivudine oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg	\$0 (1)	
lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg	\$0 (1)	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (1)	
lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml	\$0 (1)	
lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg	\$0 (1)	
maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg	\$0 (1)	^
nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml	\$0 (1)	
nevirapine oral tablet 200 mg	\$0 (1)	
nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 400 mg	\$0 (1)	
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	\$0 (1)	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	\$0 (1)	^
oseltamivir oral capsule 30 mg	\$0 (1)	QL (168 EA per 365 days)
oseltamivir oral capsule 45 mg, 75 mg	\$0 (1)	QL (84 EA per 365 days)
oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml	\$0 (1)	QL (1080 ML per 365 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150-100 MG	\$0 (1)	\$0 Cost Sharing; QL (20 EA per 180 days)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	\$0 (1)	\$0 Cost Sharing; QL (30 EA per 180 days)
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	^
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days); ^
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	\$0 (1)	^
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	\$0 (1)	QL (400 ML per 30 days); ^
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1)	QL (240 EA per 30 days); ^
PREZISTA ORAL TABLET 600 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days); ^
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	\$0 (1)	QL (480 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 800 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days); ^
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	\$0 (1)	QL (120 EA per 365 days)
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	\$0 (1)	^
ribavirin oral capsule 200 mg	\$0 (1)	
ribavirin oral tablet 200 mg	\$0 (1)	
rimantadine oral tablet 100 mg	\$0 (1)	
ritonavir oral tablet 100 mg	\$0 (1)	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	\$0 (1)	^
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (1)	^
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	\$0 (1)	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	\$0 (1)	^
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	\$0 (1)	^

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK)	\$0 (1) ^
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	\$0 (1)
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg	\$0 (1)
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	\$0 (1)
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	\$0 (1) ^
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	\$0 (1) ^
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	\$0 (1) ^
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	\$0 (1) ^
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	\$0 (1) ^
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	\$0 (1) ^
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1)
valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg	\$0 (1)
valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml	\$0 (1) ^
valganciclovir oral tablet 450 mg	\$0 (1)
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	\$0 (1) ^
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	\$0 (1) ^
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	\$0 (1) ^
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 250 MG	\$0 (1) ^
VIREAD ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	\$0 (1) PA; QL (28 EA per 28 days); ^
zidovudine oral capsule 100 mg	\$0 (1)
zidovudine oral syrup 10 mg/ml	\$0 (1)
zidovudine oral tablet 300 mg	\$0 (1)
ПРОТИВОГРИБКОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ	
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	\$0 (1) B/D
amphotericin b injection recon soln 50 mg	\$0 (1) B/D
caspofungin intravenous recon soln 50 mg, 70 mg	\$0 (1)
clotrimazole mucous membrane troche 10 mg	\$0 (1) QL (150 EA per 30 days)
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG	\$0 (1) PA; ^
fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml	\$0 (1)
fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml	\$0 (1)
fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	\$0 (1)
flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (1) PA; ^
griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml	\$0 (1)
griseofulvin microsize oral tablet 500 mg	\$0 (1)
griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg	\$0 (1)
itraconazole oral capsule 100 mg	\$0 (1) PA
ketoconazole oral tablet 200 mg	\$0 (1) PA

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
micafungin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg	\$0 (1) ^
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 200 MG/5 ML (40 MG/ML)	\$0 (1) PA; QL (630 ML per 30 days); ^
nystatin oral suspension 100,000 unit/ml	\$0 (1)
nystatin oral tablet 500,000 unit	\$0 (1)
posaconazole oral suspension 200 mg/5 ml (40 mg/ml)	\$0 (1) PA; QL (630 EA per 30 days); ^
posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg	\$0 (1) PA; QL (96 EA per 30 days); ^
terbinafine hcl oral tablet 250 mg	\$0 (1)
voriconazole intravenous recon soln 200 mg	\$0 (1) PA; ^
voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)	\$0 (1) PA; ^
voriconazole oral tablet 200 mg	\$0 (1) PA; QL (120 EA per 30 days)
voriconazole oral tablet 50 mg	\$0 (1) PA; QL (480 EA per 30 days)
ПРОЧИЕ ПРОТИВОИНФЕКЦИОННЫЕ ПРЕПАРАТЫ	
albendazole oral tablet 200 mg	\$0 (1) ^
amikacin injection solution 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml	\$0 (1)
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML	\$0 (1) PA; LA; ^
atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg	\$0 (1)
aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram	\$0 (1)
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	\$0 (1) PA; LA; QL (84 ML per 56 days); ^
chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg	\$0 (1)
CLINDAMYCIN IN 0.9 % SOD CHLOR INTRAVENOUS PIGGYBACK 300 MG/50 ML, 600 MG/50 ML, 900 MG/50 ML	\$0 (1)
clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml	\$0 (1)
clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml	\$0 (1)
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	\$0 (1)
colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 10 days)
dapsonе oral tablet 100 mg, 25 mg	\$0 (1)
daptomycin intravenous recon soln 500 mg	\$0 (1) ^
EMVERM ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	\$0 (1) QL (12 EA per 365 days); ^
ertapenem injection recon soln 1 gram	\$0 (1)
ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml	\$0 (1)
gentamicin injection solution 40 mg/ml	\$0 (1)
gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml	\$0 (1)
hydroxychloroquine oral tablet 200 mg	\$0 (1)
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
isoniazid oral solution 50 mg/5 ml	\$0 (1)
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg	\$0 (1)
ivermectin oral tablet 3 mg	\$0 (1) PA; QL (20 EA per 30 days)
linezolid 600 mg/300 ml-0.9% nacl single-use	\$0 (1)
linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml	\$0 (1)
linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml	\$0 (1) QL (1800 ML per 30 days); ^
linezolid oral tablet 600 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
LINEZOLID-0.9% SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 600 MG/300 ML	\$0 (1)
mefloquine oral tablet 250 mg	\$0 (1)
meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
MEROPENEM-0.9% SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/50 ML, 500 MG/50 ML	\$0 (1)
metro i.v. intravenous piggyback 500 mg/100 ml	\$0 (1)
metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml	\$0 (1)
metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
neomycin oral tablet 500 mg	\$0 (1)
nitazoxanide oral tablet 500 mg	\$0 (1) QL (6 EA per 30 days); ^
paromomycin oral capsule 250 mg	\$0 (1)
pentamidine inhalation recon soln 300 mg	\$0 (1) B/D; QL (1 EA per 28 days)
pentamidine injection recon soln 300 mg	\$0 (1)
praziquantel oral tablet 600 mg	\$0 (1)
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1)
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)	\$0 (1)
pyrazinamide oral tablet 500 mg	\$0 (1)
quinine sulfate oral capsule 324 mg	\$0 (1) PA
rifabutin oral capsule 150 mg	\$0 (1)
rifampin intravenous recon soln 600 mg	\$0 (1)
rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg	\$0 (1)
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	\$0 (1) PA; LA; ^
STREPTOMYCIN INTRAMUSCULAR RECON SOLN 1 GRAM	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
SYNERCID INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	\$0 (1) ^
tigecycline intravenous recon soln 50 mg	\$0 (1) ^
tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml	\$0 (1) PA; QL (280 ML per 28 days); ^
tobramycin sulfate injection recon soln 1.2 gram	\$0 (1)
tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml	\$0 (1)
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG	\$0 (1)
vancomycin hcl 1.25 gram vial outer, suv	\$0 (1)
vancomycin hcl 1.5 gram vial outer, suv	\$0 (1)
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/200 ML, 500 MG/100 ML, 750 MG/150 ML	\$0 (1)
VANCOMYCIN INJECTION RECON SOLN 100 GRAM	\$0 (1)
vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg	\$0 (1)
VANCOMYCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 1.25 GRAM, 1.5 GRAM	\$0 (1)
vancomycin oral capsule 125 mg	\$0 (1) QL (80 EA per 180 days)
vancomycin oral capsule 250 mg	\$0 (1) QL (160 EA per 180 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0 (1) PA; QL (90 EA per 30 days); ^
СУЛЬФАНИЛАМИДЫ / СОПУТСТВУЮЩИЕ СРЕДСТВА	
sulfadiazine oral tablet 500 mg	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5 ml	\$0 (1)
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml	\$0 (1)
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg	\$0 (1)
ТЕТРАЦИКЛИНЫ	
doxy-100 intravenous recon soln 100 mg	\$0 (1)
doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg	\$0 (1)
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg	\$0 (1)
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg	\$0 (1)
doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg	\$0 (1)
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)
minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)
tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (1) PA
ХИНОЛОНЫ	
CIPRO ORAL SUSPENSION, MICROCAPSULE RECON 500 MG/5 ML	\$0 (1)
ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg	\$0 (1)
ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
ciprofloxacin oral suspension,microcapsule recon 500 mg/5 ml	\$0 (1)
levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml	\$0 (1)
levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml	\$0 (1)
levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml	\$0 (1)
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	\$0 (1)
moxifloxacin oral tablet 400 mg	\$0 (1)
MOXIFLOXACIN-SOD.ACE,SUL-WATER INTRAVENOUS PIGGYBACK 400 MG/250 ML	\$0 (1)
moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml	\$0 (1)
ЦЕФАЛОСПОРИНЫ	
cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
cefaclor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml	\$0 (1)
cefaclor oral tablet extended release 12 hr 500 mg	\$0 (1)
cefadroxil oral capsule 500 mg	\$0 (1)
cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml	\$0 (1)
cefazolin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 1 gram/50 ml	\$0 (1)
CEFAZOLIN IN DEXTROSE (ISO-OS) INTRAVENOUS PIGGYBACK 2 GRAM/100 ML	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено
09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 100 gram, 300 gram, 500 mg	\$0 (1)
cefazolin intravenous recon soln 1 gram	\$0 (1)
cefdinir oral capsule 300 mg	\$0 (1)
cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	\$0 (1)
CEFEPIME IN DEXTROSE 5 % INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/50 ML, 2 GRAM/50 ML	\$0 (1)
cefepime in dextrose, iso-osm intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml	\$0 (1)
cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram	\$0 (1)
cefixime oral capsule 400 mg	\$0 (1)
cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml	\$0 (1)
cefoxitin in dextrose, iso-osm intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml	\$0 (1)
cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram	\$0 (1)
cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml	\$0 (1)
cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg	\$0 (1)
cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	\$0 (1)
cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram	\$0 (1)
ceftriaxone in dextrose,iso-os intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml	\$0 (1)
ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
CEFTRIAXONE INJECTION RECON SOLN 100 GRAM	\$0 (1)
ceftriaxone intravenous recon soln 1 gram, 2 gram	\$0 (1)
cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg	\$0 (1)
cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram	\$0 (1)
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	\$0 (1)
tazicef injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram	\$0 (1)
tazicef intravenous recon soln 1 gram, 2 gram	\$0 (1)
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	\$0 (1) ^
ЭРИТРОМИЦИНЫ / ПРОЧИЕ МАКРОЛИДЫ	
azithromycin intravenous recon soln 500 mg	\$0 (1)
azithromycin oral packet 1 gram	\$0 (1)
azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg	\$0 (1)
clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	\$0 (1)
clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg	\$0 (1)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1) QL (20 EA per 10 days); ^
e.e.s. 400 oral tablet 400 mg	\$0 (1)
ery-tab oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg	\$0 (1)
erythrocin (as stearate) oral tablet 250 mg	\$0 (1)
ERYTHROCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	\$0 (1)
erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg	\$0 (1)
erythromycin oral capsule, delayed release(dr/ec) 250 mg	\$0 (1)
erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
erythromycin oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg, 500 mg	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требваемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
-----------------------------------	--

**ПРОТИВООПУХОЛЕВЫЕ ПРЕПАРАТЫ /
ИММУНОДЕПРЕССАНТЫ**

**ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ
ТЕРАПИИ**

leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg	\$0 (1)	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	\$0 (1)	^
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	\$0 (1)	PA-NS; ^

**ПРОТИВООПУХОЛЕВЫЕ ПРЕПАРАТЫ /
ИММУНОДЕПРЕССАНТЫ**

abiraterone oral tablet 250 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
abiraterone oral tablet 500 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (240 EA per 30 days); ^
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)-180 MG (23)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 180 days); ^
anastrozole oral tablet 1 mg	\$0 (1)	
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (240 EA per 30 days); ^

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено
09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
azacitidine injection recon soln 100 mg	\$0 (1)	B/D; ^
azathioprine oral tablet 50 mg	\$0 (1)	B/D
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	\$0 (1)	B/D; ^
bexarotene oral capsule 75 mg	\$0 (1)	PA-NS; ^
bexarotene topical gel 1 %	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 GM per 30 days); ^
bicalutamide oral tablet 50 mg	\$0 (1)	
BORTEZOMIB INJECTION RECON SOLN 1 MG, 2.5 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
bortezomib injection recon soln 3.5 mg	\$0 (1)	PA-NS; ^
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (90 EA per 30 days); ^
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (90 EA per 30 days); ^
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
carboplatin intravenous solution 10 mg/ml	\$0 (1)	B/D
cisplatin intravenous solution 1 mg/ml	\$0 (1)	B/D
COLUMVI INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (1)	B/D; ^
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (56 EA per 28 days); ^
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (112 EA per 28 days); ^
COMETRIQ ORAL CAPSULE 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (84 EA per 28 days); ^
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (63 EA per 28 days); ^
cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg	\$0 (1)	B/D; ^
CYCLOPHOSPHAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/ML	\$0 (1)	B/D; ^
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	\$0 (1)	B/D

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
cyclosporine intravenous solution 250 mg/5 ml	\$0 (1)	
cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	B/D
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml	\$0 (1)	B/D
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg	\$0 (1)	B/D
cytarabine injection solution 20 mg/ml	\$0 (1)	
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
docetaxel intravenous solution 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml)	\$0 (1)	B/D; ^
doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml	\$0 (1)	B/D
doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml	\$0 (1)	B/D; ^
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0 (1)	
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	\$0 (1)	PA-NS
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	\$0 (1)	PA-NS
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	\$0 (1)	PA-NS

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требваемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	\$0 (1) PA-NS
ELLEENCE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/100 ML, 50 MG/25 ML	\$0 (1) B/D
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML	\$0 (1) PA-NS; ^
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	\$0 (1)
ENVARUSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG	\$0 (1) B/D
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML	\$0 (1) B/D; ^
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	\$0 (1) PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg	\$0 (1) PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
erlotinib oral tablet 25 mg	\$0 (1) PA-NS; QL (90 EA per 30 days); ^
etoposide intravenous solution 20 mg/ml	\$0 (1) B/D
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (1) ^
everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	\$0 (1) PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg	\$0 (1) PA-NS; QL (150 EA per 30 days); ^

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (90 EA per 30 days); ^
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 5 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg	\$0 (1)	B/D
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg	\$0 (1)	B/D; ^
exemestane oral tablet 25 mg	\$0 (1)	
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	\$0 (1)	PA-NS
fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml	\$0 (1)	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days); ^
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (84 EA per 28 days); ^
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (21 EA per 28 days); ^
fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml	\$0 (1)	B/D; ^
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
gefitinib oral tablet 250 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 200 mg	\$0 (1)	B/D
gemcitabine intravenous solution 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml)	\$0 (1)	B/D
GEMCITABINE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (1)	B/D
gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg	\$0 (1)	B/D
gengraf oral solution 100 mg/ml	\$0 (1)	B/D
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG	\$0 (1)	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	^
hydroxyurea oral capsule 500 mg	\$0 (1)	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days); ^
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days); ^
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
imatinib oral tablet 100 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (180 EA per 30 days); ^
imatinib oral tablet 400 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (216 ML per 27 days); ^
IMBRUVICA ORAL TABLET 420 MG, 560 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (5 EA per 28 days); ^
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml, 500 mg/25 ml	\$0 (1)	B/D
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (240 EA per 30 days); ^
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требваемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
KADCYLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 160 MG	\$0 (1) B/D; ^
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	\$0 (1) PA-NS; ^
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	\$0 (1) PA-NS; QL (49 EA per 28 days); ^
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	\$0 (1) PA-NS; QL (70 EA per 28 days); ^
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	\$0 (1) PA-NS; QL (91 EA per 28 days); ^
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	\$0 (1) PA-NS; QL (21 EA per 28 days); ^
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	\$0 (1) PA-NS; QL (42 EA per 28 days); ^
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	\$0 (1) PA-NS; QL (63 EA per 28 days); ^
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG	\$0 (1) PA; ^
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1) PA-NS; QL (180 EA per 30 days); ^
lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml	\$0 (1) PA-NS; ^
lapatinib oral tablet 250 mg	\$0 (1) PA-NS; QL (180 EA per 30 days); ^
lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (28 EA per 28 days); ^
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
LENVIMA ORAL CAPSULE 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1)	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено
09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
LENVIMA ORAL CAPSULE 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
letrozole oral tablet 2.5 mg	\$0 (1)	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	\$0 (1)	
leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml	\$0 (1)	PA-NS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG, 7.5 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	\$0 (1)	^
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5)	\$0 (1)	PA-NS; ^
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (1)	LA; ^
megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml)	\$0 (1)	

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
megestrol oral suspension 625 mg/5 ml (125 mg/ml)	\$0 (1) PA
megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg	\$0 (1)
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	\$0 (1) PA-NS; QL (1200 ML per 30 days); ^
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
mercaptopurine oral tablet 50 mg	\$0 (1)
methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram	\$0 (1) B/D
methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml	\$0 (1) B/D
methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml	\$0 (1) B/D
methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg	\$0 (1)
MONJUVI INTRAVENOUS RECON SOLN 200 MG	\$0 (1) PA-NS; ^
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg	\$0 (1) B/D
mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml	\$0 (1) B/D; ^
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	\$0 (1) B/D

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg	\$0 (1)	B/D
mycophenolic acid dr 180 mg tb	\$0 (1)	mycophenolate sodium = mycophenolic acid; B/D
mycophenolic acid dr 360 mg tb	\$0 (1)	mycophenolate sodium = mycophenolic acid; B/D
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
nilutamide oral tablet 150 mg	\$0 (1)	^
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (3 EA per 28 days); ^
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	\$0 (1)	^
octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 500 mcg/ml	\$0 (1)	PA; ^
octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml	\$0 (1)	PA
octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)	\$0 (1)	PA
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; QL (96 ML per 28 days); ^
OJEMDA ORAL TABLET 500 MG/WEEK (100 MG X 5)	\$0 (1)	PA-NS; QL (20 EA per 28 days); ^
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (14 EA per 28 days)
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 28 days); ^
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (90 EA per 30 days); ^
oxaliplatin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg	\$0 (1)	B/D; ^
oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml)	\$0 (1)	B/D
paclitaxel intravenous concentrate 6 mg/ml	\$0 (1)	B/D
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	\$0 (1)	B/D; ^
paraplatin intravenous solution 10 mg/ml	\$0 (1)	B/D
pazopanib oral tablet 200 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (120 EA per 30 days); ^
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
pemetrexed disodium 750 mg v1	\$0 (1)	B/D; ^
pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg	\$0 (1)	B/D; ^
pemetrexed disodium intravenous recon soln 100 mg	\$0 (1)	B/D
PEMETREXED DISODIUM INTRAVENOUS RECON SOLN 750 MG	\$0 (1)	B/D; ^
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	\$0 (1)	PA-NS; ^

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days); ^
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	\$0 (1)	B/D
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML	\$0 (1)	^
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (150 EA per 30 days); ^
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (336 EA per 28 days); ^
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (224 EA per 28 days); ^
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (1)	B/D
SCSEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (120 EA per 30 days); ^
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (300 EA per 30 days); ^
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	\$0 (1)	PA; LA; ^
sirolimus oral solution 1 mg/ml	\$0 (1)	B/D; ^
sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (1)	B/D
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	\$0 (1)	
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/0.5 ML, 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML	\$0 (1)	PA-NS; ^
sorafenib oral tablet 200 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (120 EA per 30 days); ^
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 80 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG, 70 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (84 EA per 28 days); ^
sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg	\$0 (1)	B/D
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (840 EA per 28 days); ^
TAGRISO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; ^
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.35 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (1)	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (112 EA per 28 days); ^
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (120 EA per 30 days); ^
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML), 840 MG/14 ML (60 MG/ML)	\$0 (1)	PA-NS; ^
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (28 EA per 28 days); ^
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (56 EA per 28 days); ^
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
toremifene oral tablet 60 mg	\$0 (1)	
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg	\$0 (1)	^
TREXALL ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	\$0 (1)	
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (64 EA per 28 days); ^
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; ^

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (300 EA per 30 days); ^
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	\$0 (1) PA-NS; QL (56 EA per 28 days); ^
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 50 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (112 EA per 28 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (42 EA per 28 days); ^
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
vincristine intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/2 ml	\$0 (1)
vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml	\$0 (1) B/D
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (300 ML per 30 days); ^

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
XALKORI ORAL PELLETT 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (180 EA per 30 days); ^
XALKORI ORAL PELLETT 20 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (120 EA per 30 days); ^
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	\$0 (1)	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (84 EA per 28 days); ^
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
XPROVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (20 MG X 5), 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (80 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (20 MG X 4), 80 MG/WEEK (40 MG X 2)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (8 EA per 28 days); ^
XPROVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (20 MG X 2), 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (20 MG X 3), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (4 EA per 28 days); ^
XPROVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (24 EA per 28 days); ^

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
XPROVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (32 EA per 28 days); ^
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
ZEJULA ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (240 EA per 30 days); ^
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	\$0 (1) PA-NS; ^
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1) PA-NS; QL (120 EA per 30 days); ^
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1) PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
ПРОЧИЕ РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ	
ПРОЧИЕ РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ	
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (1)
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено
09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость лекарства венног о препар ата для вас (уровен ь категор ии)	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE	\$0 (1)	BD Preferred
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (1)	PA; QL (1 EA per 365 days)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (1)	PA; QL (15 EA per 30 days)
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)	\$0 (1)	PA; QL (1 EA per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (1)	PA; QL (15 EA per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (1)	PA; QL (1 EA per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (1)	PA; QL (15 EA per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (1)	PA; QL (15 EA per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (1)	PA; QL (15 EA per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (1)	PA; QL (15 EA per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (1)	PA; QL (15 EA per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (1)	PA; QL (15 EA per 30 days)
OMNIPOD GO PODS SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (1)	PA; QL (15 EA per 30 days)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (1) BD Preferred
V-GO 20 DEVICE	\$0 (1) PA; QL (30 EA per 30 days)
V-GO 30 DEVICE	\$0 (1) PA; QL (30 EA per 30 days)
V-GO 40 DEVICE	\$0 (1) PA; QL (30 EA per 30 days)
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ СРЕДСТВА, ГИПЕРТОНИЯ / ЛИПИДЫ	
АНТИАРИТМИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ	
amiodarone intravenous solution 50 mg/ml	\$0 (1)
amiodarone intravenous syringe 150 mg/3 ml	\$0 (1)
amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg	\$0 (1)
disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg	\$0 (1)
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg	\$0 (1)
flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	\$0 (1)
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	\$0 (1)
NORPACE CR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 100 MG, 150 MG	\$0 (1)
pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg	\$0 (1)
propafenone oral capsule,extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg	\$0 (1)
propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg	\$0 (1)
quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg	\$0 (1)
sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	\$0 (1)
sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg	\$0 (1)
КОАГУЛЯЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ	
aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg	\$0 (1)
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	\$0 (1)
cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg	\$0 (1)
clopidogrel oral tablet 75 mg	\$0 (1)
dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1) PA
DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	\$0 (1) PA; LA; ^
DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	\$0 (1) PA; LA; ^
DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	\$0 (1) PA; LA; ^
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	\$0 (1) QL (74 EA per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	\$0 (1) QL (74 EA per 30 days)
enoxaparin subcutaneous solution 300 mg/3 ml	\$0 (1)
enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml	\$0 (1)
fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml	\$0 (1) ^
fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
heparin (porcine) in 5 % dex intravenous parenteral solution 20,000 unit/500 ml (40 unit/ml), 25,000 unit/250 ml(100 unit/ml), 25,000 unit/500 ml (50 unit/ml)	\$0 (1)	
heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml	\$0 (1)	B/D
HEPARIN(PORCINE) IN 0.45% NACL INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 12,500 UNIT/250 ML	\$0 (1)	
heparin(porcine) in 0.45% nacl intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml, 25,000 unit/500 ml	\$0 (1)	
jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	
pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg	\$0 (1)	
prasugrel oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (360 EA per 30 days); ^
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	\$0 (1)	QL (51 EA per 30 days)
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML	\$0 (1)	QL (620 ML per 30 days)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарств венозно о препар ата для вас (уровен ь категор ии)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
НИТРАТЫ	
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	\$0 (1)
isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (1)
isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg	\$0 (1)
nitro-bid transdermal ointment 2 %	\$0 (1)
nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg	\$0 (1)
nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr	\$0 (1)
ПРЕПАРАТЫ, СНИЖАЮЩИЕ УРОВЕНЬ ЛИПИДОВ/ХОЛЕСТЕРИНА	
ALTOPREV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (1) ST; QL (30 EA per 30 days); ^
amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
cholestyramine (with sugar) oral powder 4 gram	\$0 (1)
cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному препарату для вас (уровень категории)
cholestyramine light oral powder 4 gram	\$0 (1)
cholestyramine light oral powder in packet 4 gram	\$0 (1)
cholestyramine-aspartame oral powder in packet 4 gram	\$0 (1)
colesevelam oral powder in packet 3.75 gram	\$0 (1)
colesevelam oral tablet 625 mg	\$0 (1)
colestipol oral granules 5 gram	\$0 (1)
colestipol oral packet 5 gram	\$0 (1)
colestipol oral tablet 1 gram	\$0 (1)
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG	\$0 (1) ST; QL (30 EA per 30 days)
ezetimibe oral tablet 10 mg	\$0 (1)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg	\$0 (1)
fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg	\$0 (1)
fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg	\$0 (1)
fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release(dr/ec) 135 mg, 45 mg	\$0 (1)
fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
gemfibrozil oral tablet 600 mg	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	\$0 (1) PA
pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
prevalite oral powder 4 gram	\$0 (1)
prevalite oral powder in packet 4 gram	\$0 (1)
rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM, 1 GRAM	\$0 (1)
ZYPITAMAG ORAL TABLET 2 MG, 4 MG	\$0 (1) ST; QL (30 EA per 30 days)
ПРОТИВОГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ	
acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg	\$0 (1)
aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg	\$0 (1)
amiloride oral tablet 5 mg	\$0 (1)
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg	\$0 (1)
amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)
amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
amlodipine-valsartan-hcthiazyd oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg	\$0 (1)
atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg	\$0 (1)
benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	\$0 (1)
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg	\$0 (1)
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg	\$0 (1)
bumetanide injection solution 0.25 mg/ml	\$0 (1)
bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (1)
candesartan oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
candesartan oral tablet 32 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg	\$0 (1)
cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	\$0 (1)
carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg	\$0 (1)
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg	\$0 (1)
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr	\$0 (1)
diltiazem hcl intravenous solution 5 mg/ml	\$0 (1)
diltiazem hcl oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg	\$0 (1)
diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (1)
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	\$0 (1)
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	\$0 (1)
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (1)
diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	\$0 (1)
dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (1)
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1)
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg	\$0 (1)
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)
fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (1)
fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg	\$0 (1)
furosemide injection solution 10 mg/ml	\$0 (1)
furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	\$0 (1)
furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (1)
guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0 (1) PA
hydralazine injection solution 20 mg/ml	\$0 (1)
hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg	\$0 (1)
hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg	\$0 (1)
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg	\$0 (1)
lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg	\$0 (1)
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	\$0 (1)
losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg	\$0 (1)
matzim la oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	\$0 (1)
metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)
metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg	\$0 (1)
metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5 ml	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
metyrosine oral capsule 250 mg	\$0 (1)	PA; ^
minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg	\$0 (1)	
moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	
nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (1)	
nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
nebivolol oral tablet 20 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg	\$0 (1)	
nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (1)	
nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (1)	
nimodipine oral capsule 30 mg	\$0 (1)	
nisoldipine oral tablet extended release 24 hr 17 mg, 20 mg, 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg, 8.5 mg	\$0 (1)	
NYMALIZE ORAL SOLUTION 60 MG/10 ML	\$0 (1)	^
NYMALIZE ORAL SYRINGE 30 MG/5 ML, 60 MG/10 ML	\$0 (1)	^
olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
olmesartan oral tablet 5 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
olmesartan-amlodipin-hcthiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (1)
pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)
prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	\$0 (1)
propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg	\$0 (1)
propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	\$0 (1)
propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	\$0 (1)
quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	\$0 (1)
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	\$0 (1)
ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)
spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg	\$0 (1)
taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	\$0 (1)
telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено
09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-25 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 80-12.5 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0 (1)	
tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	\$0 (1)	
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1)	
torseamide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1)	
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	\$0 (1)	
treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml	\$0 (1)	PA-NS; ^
triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg	\$0 (1)	
triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg	\$0 (1)	
valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
valsartan oral tablet 320 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
verapamil intravenous solution 2.5 mg/ml	\$0 (1)	
verapamil intravenous syringe 2.5 mg/ml	\$0 (1)	

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg	\$0 (1)
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg	\$0 (1)
verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (1)
verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg	\$0 (1)
ПРОЧИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ СРЕДСТВА	
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	\$0 (1) QL (450 ML per 30 days)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
digoxin oral solution 50 mcg/ml (0.05 mg/ml)	\$0 (1)
digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg, 500 mg	\$0 (1)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
VYNDAQEL ORAL CAPSULE 20 MG	\$0 (1) PA
УРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ	
АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКИЕ / СПАЗМОЛИТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА	
darifenacin oral tablet extended release 24 hr 15 mg, 7.5 mg	\$0 (1) ST; QL (30 EA per 30 days)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
GEMTESA ORAL TABLET 75 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 8 MG/ML	\$0 (1) QL (300 ML per 28 days)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml	\$0 (1)
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg	\$0 (1)
oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 5 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg	\$0 (1) ST; QL (30 EA per 30 days)
tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
trospium oral tablet 20 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
ПРОЧИЕ УРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ	
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	\$0 (1)
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	\$0 (1) PA; LA
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1) PA

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg)	\$0 (1)
ТЕРАПИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ВРН)	
alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
dutasteride oral capsule 0.5 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
finasteride oral tablet 5 mg	\$0 (1)
silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
tamsulosin oral capsule 0.4 mg	\$0 (1)
ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА / САХАРНЫЙ ДИАБЕТ	
АНТИТИРЕОИДНЫЕ СРЕДСТВА	
methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)
propylthiouracil oral tablet 50 mg	\$0 (1)
ГОРМОНЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ	
dexamethasone intensol oral drops 1 mg/ml	\$0 (1)
dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5 ml	\$0 (1)
dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml	\$0 (1)
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg	\$0 (1)
dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml	\$0 (1)
dexamethasone sodium phosphate injection syringe 4 mg/ml	\$0 (1)
fludrocortisone oral tablet 0.1 mg	\$0 (1)
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1)
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml	\$0 (1)
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (1) B/D
methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg	\$0 (1)
methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg	\$0 (1)
methylprednisolone sodium succ intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg	\$0 (1)
prednisolone oral solution 15 mg/5 ml	\$0 (1)
prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 15 mg/5 ml (5 ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)	\$0 (1)
prednisone intensol oral concentrate 5 mg/ml	\$0 (1)
prednisone oral solution 5 mg/5 ml	\$0 (1)
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg	\$0 (1)
prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)	\$0 (1)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено
09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 1,000 MG/8 ML, 100 MG/2 ML, 250 MG/2 ML, 500 MG/4 ML	\$0 (1)
ГОРМОНЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
euthyrox oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	\$0 (1)
levo-t oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	\$0 (1)
levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	\$0 (1)
levoxyl oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	\$0 (1)
liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg	\$0 (1)
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (1)
unithroid oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	\$0 (1)
ПРОЧИЕ ГОРМОНЫ	
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5 ML	\$0 (1) PA; ^

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
cabergoline oral tablet 0.5 mg	\$0 (1)	
calcitonin (salmon) nasal spray,non-aerosol 200 unit/actuation	\$0 (1)	
calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml	\$0 (1)	B/D
calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg	\$0 (1)	B/D
calcitriol oral solution 1 mcg/ml	\$0 (1)	B/D
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	\$0 (1)	PA; LA; ^
CEREZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	\$0 (1)	PA; ^
cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg	\$0 (1)	B/D; QL (60 EA per 30 days)
cinacalcet oral tablet 90 mg	\$0 (1)	B/D; QL (120 EA per 30 days)
danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	\$0 (1)	
desmopressin injection solution 4 mcg/ml	\$0 (1)	^
desmopressin nasal spray with pump 10 mcg/spray (0.1 ml)	\$0 (1)	
desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)	\$0 (1)	
desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg	\$0 (1)	
doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg	\$0 (1)	B/D
FABRAZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 35 MG, 5 MG	\$0 (1)	PA; ^
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	\$0 (1)	PA; LA; ^
LUMIZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 50 MG	\$0 (1)	PA; ^
mifepristone oral tablet 300 mg	\$0 (1)	PA; ^

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость	Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML	\$0 (1)	PA; ^
pamidronate intravenous solution 30 mg/10 ml (3 mg/ml), 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml)	\$0 (1)	B/D
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg	\$0 (1)	B/D
RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG	\$0 (1)	^
sapropterin oral powder in packet 100 mg, 500 mg	\$0 (1)	PA; ^
sapropterin oral tablet,soluble 100 mg	\$0 (1)	PA; ^
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0 (1)	PA; LA
testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)	\$0 (1)	
testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml	\$0 (1)	
testosterone transdermal gel 50 mg/5 gram (1 %)	\$0 (1)	PA; QL (300 GM per 30 days)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)	\$0 (1)	PA; QL (300 GM per 30 days)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)	\$0 (1)	PA; QL (150 GM per 30 days)
testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)	\$0 (1)	PA; QL (300 GM per 30 days)
tolvaptan oral tablet 15 mg, 30 mg	\$0 (1)	PA; ^
zoledronic acid intravenous solution 4 mg/5 ml	\$0 (1)	B/D

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарств венозно о препарате для вас (уровень категории)
zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 4 mg/100 ml	\$0 (1) B/D
ТЕРАПИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА	
acarbose oral tablet 100 mg	\$0 (1) QL (90 EA per 30 days)
acarbose oral tablet 25 mg	\$0 (1) QL (360 EA per 30 days)
acarbose oral tablet 50 mg	\$0 (1) QL (180 EA per 30 days)
alcohol pads topical pads, medicated	\$0 (1)
BASAGLAR KWIKPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1)
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85 ML	\$0 (1) PA; QL (3.4 ML per 28 days)
diazoxide oral suspension 50 mg/ml	\$0 (1)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1)
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (1)
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0 (1) QL (90 EA per 30 days)
glimepiride oral tablet 4 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg	\$0 (1) QL (120 EA per 30 days)
glipizide oral tablet 5 mg	\$0 (1) QL (240 EA per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата

**Стоимость Требуемые действия,
запреты или ограничения по
лекарственному использованию
препарата для вас
(уровень категории)**

glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg	\$0 (1)	QL (240 EA per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	\$0 (1)	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	\$0 (1)	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	\$0 (1)	
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	\$0 (1)	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	\$0 (1)	
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	\$0 (1)	^
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1)	^
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)	
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
metformin oral tablet 1,000 mg	\$0 (1)	QL (75 EA per 30 days)
metformin oral tablet 500 mg	\$0 (1)	QL (150 EA per 30 days)
metformin oral tablet 850 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg	\$0 (1)	Generic for Glucophage XR; QL (120 EA per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg	\$0 (1)	Generic for Glucophage XR; QL (60 EA per 30 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	\$0 (1)	PA; QL (2 ML per 28 days)
nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)	\$0 (1)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	\$0 (1)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1)	(brand RELION not covered)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	\$0 (1) (brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1) (brand RELION not covered)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (1) (brand RELION not covered)
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1) (brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30)	\$0 (1) (brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	\$0 (1) (brand RELION not covered)
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 (1) (brand RELION not covered)
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (1) (brand RELION not covered)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	\$0 (1) PA; QL (3 ML per 28 days)
pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
pioglitazone-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg	\$0 (1) QL (90 EA per 30 days)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено
09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по использованию лекарственного препарата для вас (уровень категории)
repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0 (1) QL (120 EA per 30 days)
repaglinide oral tablet 2 mg	\$0 (1) QL (240 EA per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	\$0 (1) PA; QL (30 EA per 30 days)
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	\$0 (1) QL (15 ML per 25 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 5-500 MG	\$0 (1) QL (120 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	\$0 (1)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1)
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1)
TRESIBA U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (1)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено
09/01/2024

Название лекарственного препарата	Стоимость Требуемые действия, запреты или ограничения по лекарственному использованию препарата для вас (уровень категории)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	\$0 (1) PA; QL (2 ML per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)	\$0 (1) QL (15 ML per 30 days)

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.

Обновлено

09/01/2024

Объяснение символов и сокращений в данной таблице приводится в начале таблицы.
Обновлено
09/01/2024

D. Указатель включенных в объем страхового покрытия лекарственных препаратов.

В этом разделе можно найти тот или иной лекарственный препарат по его названию (препараты приведены в алфавитном порядке). Рядом с названием лекарственного препарата вы найдете номер страницы с дополнительными сведениями о страховом покрытии этого препарата.

<i>abacavir</i>	106	<i>alendronate</i>	66, 67	<i>anastrozole</i>	123
<i>abacavir-lamivudine</i>	106	<i>alfuzosin</i>	158	ANORO ELLIPTA.....	51
ABELCET.....	112	<i>aliskiren</i>	148	APOKYN.....	79
ABILIFY MAINTENA.....	90	<i>allopurinol</i>	67	<i>apomorphine</i>	79
<i>abiraterone</i>	123	<i>alosetron</i>	31	<i>apraclonidine</i>	72
ABRYSVO (PF).....	57	ALPHAGAN P.....	72	<i>aprepitant</i>	31
<i>acamprosate</i>	45	<i>alprazolam</i>	90	<i>apri</i>	18
<i>acarbose</i>	163	ALREX.....	72	APTIOM.....	81
<i>accutane</i>	37	<i>altavera (28)</i>	18	APTIVUS.....	107
<i>acebutolol</i>	148	ALTOPREV.....	146	ARALAST NP.....	45
<i>acetaminophen-codeine</i>	75	ALUNBRIG.....	123	<i>aranelle (28)</i>	18
<i>acetazolamide</i>	70, 71	<i>alyacen 1/35 (28)</i>	18	ARCALYST.....	56
<i>acetic acid</i>	45, 73	<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	18	AREXVY (PF).....	57
<i>acetylcysteine</i>	50	<i>alyq</i>	51	<i>arformoterol</i>	51
<i>acitretin</i>	42	<i>amabelz</i>	24	ARIKAYCE.....	113
ACTEMRA.....	63	<i>amantadine hcl</i>	106	<i>aripiprazole</i>	91
ACTEMRA ACTPEN.....	63	<i>ambrisentan</i>	51	ARISTADA.....	91
ACTHIB (PF).....	57	<i>amikacin</i>	113	ARISTADA INITIO.....	91
ACTIMMUNE.....	56	<i>amiloride</i>	148	<i>armodafinil</i>	91
<i>acyclovir</i>	106	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	148	ARNUIITY ELLIPTA.....	51
<i>acyclovir sodium</i>	106	<i>amiodarone</i>	143	<i>asenapine maleate</i>	91
ADACEL(TDAP		<i>amitriptyline</i>	90	<i>aspirin-dipyridamole</i>	144
ADOLESN/ADULT)(PF).....	57	<i>amlodipine</i>	148	ASSURE ID INSULIN SAFETY.....	141
<i>adefovir</i>	106	<i>amlodipine-atorvastatin</i>	146	<i>atazanavir</i>	107
ADEMPAS.....	50	<i>amlodipine-benazepril</i>	148	<i>atenolol</i>	149
<i>adrenalin</i>	49	<i>amlodipine-olmesartan</i>	148	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	149
ADVAIR HFA.....	50	<i>amlodipine-valsartan</i>	149	<i>atomoxetine</i>	91, 92
AIMOVIG AUTOINJECTOR.....	102	<i>amlodipine-valsartan-hcthiacid</i>	149	<i>atorvastatin</i>	146
AKEEGA.....	123	<i>ammonium lactate</i>	43	<i>atovaquone</i>	113
<i>ak-poly-bac</i>	68	<i>amnesteem</i>	37	<i>atovaquone-proguanil</i>	114
<i>ala-cort</i>	39	<i>amoxapine</i>	90	<i>atropine</i>	71
<i>albendazole</i>	113	<i>amoxicillin</i>	104	ATROPINE SULFATE (PF).....	71
<i>albuterol sulfate</i>	50, 51	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	104	ATROVENT HFA.....	51
ALBUTEROL SULFATE.....	50	<i>amphotericin b</i>	112	<i>abra eq</i>	18
<i>alclometasone</i>	39	<i>ampicillin</i>	104	AUGTYRO.....	123
<i>alcohol pads</i>	163	<i>ampicillin sodium</i>	104	<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	18
ALDURAZYME.....	160	<i>ampicillin-sulbactam</i>	104	<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	18
ALECENSA.....	123	<i>anagrelide</i>	45	AUSTEDO.....	88

AUSTEDO XR.....	88	<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	18	<i>carbidopa-levodopa</i>	79, 80
AUSTEDO XR TITRATION		BOOSTRIX TDAP.....	58	<i>carbidopa-levodopa-</i>	
KT(WK1-4).....	88	BORTEZOMIB.....	124	<i>entacapone</i>	80
AUVELITY.....	92	<i>bortezomib</i>	124	<i>carboplatin</i>	125
<i>aviane</i>	18	<i>bosentan</i>	51	<i>carglumic acid</i>	46
AYVAKIT.....	124	BOSULIF.....	124	<i>carteolol</i>	69
<i>azacitidine</i>	124	BRAFTOVI.....	124	<i>cartia xt</i>	150
<i>azathioprine</i>	124	BREO ELLIPTA.....	51	<i>carvedilol</i>	150
<i>azelaic acid</i>	38	<i>breyna</i>	51	<i>caspofungin</i>	112
<i>azelastine</i>	71, 73	BREZTRI AEROSPHERE.....	52	CAYSTON.....	114
<i>azithromycin</i>	121, 122	BRILINTA.....	144	<i>cefaclor</i>	119
<i>aztreonam</i>	114	<i>brimonidine</i>	72	<i>cefadroxil</i>	119
<i>azurette (28)</i>	18	<i>brinzolamide</i>	72	<i>cefazolin</i>	120
<i>bacitracin</i>	68	BRIVIACT.....	81	<i>cefazolin in dextrose (iso-os)</i>	119
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	68	<i>bromfenac</i>	70	CEFAZOLIN IN DEXTROSE (ISO-	
<i>baclofen</i>	74	<i>bromocriptine</i>	79	OS).....	119
<i>balsalazide</i>	31	BROMSITE.....	70	<i>cefdinir</i>	120
BALVERSA.....	124	BRUKINSA.....	124	<i>cefepime</i>	120
BARACLUDGE.....	107	<i>budesonide</i>	32, 52	CEFEPIME IN DEXTROSE 5 %.....	120
BASAGLAR KWIKPEN U-100		<i>bumetanide</i>	149	<i>cefepime in dextrose, iso-osm</i> ...	120
INSULIN.....	163	<i>buprenorphine hcl</i>	75	<i>cefixime</i>	120
BCG VACCINE, LIVE (PF).....	57	<i>buprenorphine-naloxone</i>	77	<i>cefoxitin</i>	120
BELSOMRA.....	92	<i>bupropion hcl</i>	92	<i>cefoxitin in dextrose, iso-osm</i> ...	120
<i>benazepril</i>	149	<i>bupropion hcl (smoking deter)</i> ...	45	<i>cefpodoxime</i>	120
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	149	<i>buspirone</i>	92	<i>cefprozil</i>	120
BENDEKA.....	124	<i>butorphanol</i>	77	<i>ceftazidime</i>	121
BENLYSTA.....	63	BYDUREON BCISE.....	163	<i>ceftriaxone</i>	121
<i>benztropine</i>	79	<i>cabergoline</i>	161	CEFTRIAXONE.....	121
BERINERT.....	51	CABOMETYX.....	124	<i>ceftriaxone in dextrose, iso-os</i> ...	121
BESIVANCE.....	68	<i>calcipotriene</i>	42	<i>cefuroxime axetil</i>	121
BESREMI.....	56	<i>calcitonin (salmon)</i>	161	<i>cefuroxime sodium</i>	121
<i>betaine</i>	32	<i>calcitriol</i>	161	<i>celecoxib</i>	77
<i>betamethasone dipropionate</i>	39	<i>calcium acetate(phosphat bind)</i> .	28	<i>cephalexin</i>	121
<i>betamethasone valerate</i>	39	CALQUENCE.....	125	CERDELGA.....	161
<i>betamethasone, augmented</i>	39	CALQUENCE (ACALABRUTINIB		CEREZYME.....	161
BETASERON.....	56	MAL).....	124	<i>cetirizine</i>	49
<i>betaxolol</i>	69	<i>camila</i>	24	<i>cevimeline</i>	46
<i>bethanechol chloride</i>	157	<i>camrese</i>	18	CHEMET.....	46
BEVESPI AEROSPHERE.....	51	<i>candesartan</i>	149	<i>chlorhexidine gluconate</i>	73
<i>bexarotene</i>	124	<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>		<i>chloroquine phosphate</i>	114
BEXSERO.....	57	149	<i>chlorpromazine</i>	92
<i>bicalutamide</i>	124	CAPLYTA.....	92	<i>chlorthalidone</i>	150
BICILLIN L-A.....	105	CAPRELSA.....	125	<i>cholestyramine (with sugar)</i>	146
BIKTARVY.....	107	<i>captopril</i>	149	<i>cholestyramine light</i>	147
<i>bisoprolol fumarate</i>	149	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i> ..	150	<i>cholestyramine-aspartame</i>	147
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> .	149	CARAFATE.....	36	<i>ciclopirox</i>	41
BIVIGAM.....	58	<i>carbamazepine</i>	81	<i>cilostazol</i>	144
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	18	<i>carbidopa</i>	79	CILOXAN.....	68

CIMDUO.....	107	<i>colistin (colistimethate na)</i>	114	<i>deblitane</i>	24
<i>cinacalcet</i>	161	COLUMVI.....	125	<i>deferasirox</i>	46
CIPRO.....	118	COMBIGAN.....	72	DELESTROGEN.....	24
CIPRO HC.....	74	COMBIVENT RESPIMAT.....	52	DELSTRIGO.....	107
<i>ciprofloxacin</i>	119	COMETRIQ.....	125	DENGVAXIA (PF).....	58
<i>ciprofloxacin hcl</i>	68, 118	COMPLERA.....	107	DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	24
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	118	<i>compro</i>	32	<i>dermacinrx lidocan</i>	43
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	74	<i>constulose</i>	32	DESCOVY.....	107
<i>cisplatin</i>	125	COPIKTRA.....	125	<i>desipramine</i>	93
<i>citalopram</i>	92	CORLANOR.....	156	<i>desloratadine</i>	49
<i>claravis</i>	38	COTELLIC.....	125	<i>desmopressin</i>	161
<i>clarithromycin</i>	122	CREON.....	32	<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	19
<i>clindamycin hcl</i>	114	CRESEMBA.....	112	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	19
CLINDAMYCIN IN 0.9 % SOD		<i>cromolyn</i>	32, 52, 71	<i>desvenlafaxine succinate</i>	93
CHLOR.....	114	<i>cryselle (28)</i>	18	<i>dexamethasone</i>	158
<i>clindamycin in 5 % dextrose</i>	114	<i>cyclobenzaprine</i>	74	<i>dexamethasone intensol</i>	158
<i>clindamycin phosphate</i>	23, 38, 114	<i>cyclophosphamide</i>	125	<i>dexamethasone sodium phos</i>	
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE		CYCLOPHOSPHAMIDE.....	125	<i>(pf)</i>	158
FREE.....	27	<i>cyclosporine</i>	126	<i>dexamethasone sodium</i>	
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF		<i>cyclosporine modified</i>	126	<i>phosphate</i>	73, 159
FREE.....	27	CYLTEZO(CF).....	64	<i>dexlansoprazole</i>	36
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT		CYLTEZO(CF) PEN.....	64	<i>dexmethylphenidate</i>	93
FREE.....	46	CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-		<i>dextroamphetamine-</i>	
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-		HS.....	63	<i>amphetamine</i>	93
FREE).....	27	CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV	64	<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl</i>	46
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-		<i>cyproheptadine</i>	49	<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i> ...	46
FREE).....	27	<i>cyred eq</i>	18	<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	47
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-		CYSTADROPS.....	71	<i>dextrose 5 %-lactated ringers</i>	47
FREE).....	27	CYSTAGON.....	157	<i>dextrose 5%-0.2 % sod chloride</i> ..	47
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-		CYSTARAN.....	71	<i>dextrose 5%-0.3 % sod.chloride</i> ..	47
FREE).....	27	<i>cytarabine</i>	126	<i>dextrose 50 % in water (d50w)</i> ...	47
CLINOLIPID.....	27	<i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i> ...	46	<i>dextrose 70 % in water (d70w)</i> ...	47
<i>clobazam</i>	81	<i>d2.5 %-0.45 % sodium chloride</i> ...	46	DIACOMIT.....	81, 82
<i>clobetasol</i>	40	<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i> ..	46	<i>diazepam</i>	82, 93, 94
<i>clobetasol-emollient</i>	40	<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>	46	<i>diazepam intensol</i>	94
<i>clomipramine</i>	92	<i>dalfampridine</i>	88	<i>diazoxide</i>	163
<i>clonazepam</i>	81	<i>danazol</i>	161	<i>diclofenac potassium</i>	77
<i>clonidine</i>	150	<i>dantrolene</i>	74	<i>diclofenac sodium</i>	70, 77, 78
<i>clonidine hcl</i>	150	<i>dapsone</i>	114	<i>diclofenac-misoprostol</i>	78
<i>clopidogrel</i>	144	DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC)		<i>dicloxacillin</i>	105
<i>clorazepate dipotassium</i>	93	(PF).....	58	<i>dicyclomine</i>	31
<i>clotrimazole</i>	41, 112	<i>daptomycin</i>	114	DIFICID.....	122
<i>clotrimazole-betamethasone</i>	41	<i>darifenacin</i>	156	<i>diflunisal</i>	78
<i>clozapine</i>	93	<i>darunavir</i>	107	<i>difluprednate</i>	73
COARTEM.....	114	<i>dasetta 1/35 (28)</i>	19	<i>digoxin</i>	156
<i>colchicine</i>	68	<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	19	<i>dihydroergotamine</i>	102
<i>colesevelam</i>	147	DAURISMO.....	126	DILANTIN.....	82
<i>colestipol</i>	147	<i>daysee</i>	19	DILANTIN EXTENDED.....	82

DILANTIN INFATABS.....	82	<i>electrolyte-a</i>	27	EPRONTIA.....	82
DILANTIN-125.....	82	ELIGARD.....	127	<i>ergotamine-caffeine</i>	102
<i>diltiazem hcl</i>	150	ELIGARD (3 MONTH).....	126	ERIVEDGE.....	127
<i>dilt-xr</i>	150	ELIGARD (4 MONTH).....	126	ERLEADA.....	127
<i>diphenhydramine hcl</i>	49	ELIGARD (6 MONTH).....	126	<i>erlotinib</i>	127
<i>diphenoxylate-atropine</i>	31	<i>elinest</i>	19	<i>errin</i>	24
<i>dipyridamole</i>	144	ELIQUIS.....	144	<i>ertapenem</i>	114
<i>disopyramide phosphate</i>	143	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START.....	144	<i>ery pads</i>	38
<i>disulfiram</i>	47	ELLECE.....	127	<i>ery-tab</i>	122
<i>divalproex</i>	82	ELMIRON.....	157	ERYTHROCIN.....	122
<i>docetaxel</i>	126	ELREXFIO.....	127	<i>erythrocin (as stearate)</i>	122
<i>dofetilide</i>	143	<i>eluryng</i>	23	<i>erythromycin</i>	68, 122
<i>donepezil</i>	88	EMCYT.....	127	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	122
DOPTELET (10 TAB PACK).....	144	EMGALITY PEN.....	102	<i>erythromycin with ethanol</i>	38
DOPTELET (15 TAB PACK).....	144	EMGALITY SYRINGE.....	102	<i>escitalopram oxalate</i>	94
DOPTELET (30 TAB PACK).....	144	<i>emoquette</i>	19	<i>esomeprazole magnesium</i>	36
<i>dorzolamide</i>	72	EMSAM.....	94	<i>estarylla</i>	19
<i>dorzolamide-timolol</i>	72	<i>emtricitabine</i>	107	<i>estradiol</i>	24, 25
<i>dotti</i>	24	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i>	107	<i>estradiol valerate</i>	25
DOVATO.....	107	EMTRIVA.....	108	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	25
<i>doxazosin</i>	151	EMVERM.....	114	<i>ethambutol</i>	114
<i>doxepin</i>	94	<i>emzahn</i>	24	<i>ethosuximide</i>	82
<i>doxercalciferol</i>	161	<i>enalapril maleate</i>	151	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	19
<i>doxorubicin</i>	126	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	151	<i>etodolac</i>	78
<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	126	ENBREL.....	64	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	24
<i>doxy-100</i>	118	ENBREL MINI.....	64	<i>etoposide</i>	127
<i>doxycycline hyclate</i>	118	ENBREL SURECLICK.....	64	<i>etravirine</i>	108
<i>doxycycline monohydrate</i>	118	ENDARI.....	47	EULEXIN.....	127
DRIZALMA SPRINKLE.....	94	<i>endocet</i>	75	<i>euthyrox</i>	160
<i>dronabinol</i>	32	ENGERIX-B (PF).....	58	<i>everolimus (antineoplastic)</i>	127, 128
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	19	ENGERIX-B PEDIATRIC (PF).....	58	<i>everolimus</i> (immunosuppressive).....	128
DROXIA.....	126	<i>enoxaparin</i>	144	EVOTAZ.....	108
<i>droxidopa</i>	47	<i>enpresse</i>	19	<i>exemestane</i>	128
<i>duloxetine</i>	94	<i>enskyce</i>	19	EXKIVITY.....	128
DUPIXENT PEN.....	43	ENSTILAR.....	42	EZALLOR SPRINKLE.....	147
DUPIXENT SYRINGE.....	43	<i>entacapone</i>	80	<i>ezetimibe</i>	147
<i>dutasteride</i>	158	<i>entecavir</i>	108	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	147
<i>dutasteride-tamsulosin</i>	158	ENTRESTO.....	156	FABRAZYME.....	161
<i>e.e.s. 400</i>	122	<i>enulose</i>	32	<i>falmina (28)</i>	19
<i>ec-naproxen</i>	78	ENVARUSUS XR.....	127	<i>famciclovir</i>	108
EDARBI.....	151	EPCLUSA.....	108	<i>famotidine</i>	36
EDARBYCLOR.....	151	EPIDIOLEX.....	82	<i>famotidine (pf)</i>	36
EDURANT.....	107	<i>epinephrine</i>	49	<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i>	36
<i>efavirenz</i>	107	EPINEPHRINE.....	49	FANAPT.....	94
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i>	107	<i>epitol</i>	82	FARXIGA.....	163
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i>	107	EPKINLY.....	127	FASENRA.....	52
<i>electrolyte-148</i>	27	<i>eplerenone</i>	151		
<i>electrolyte-48 in d5w</i>	27				

FASENRA PEN.....	52	<i>fluvoxamine</i>	95	GILOTRIF.....	129
<i>febuxostat</i>	68	<i>fondaparinux</i>	144	<i>glatiramer</i>	89
<i>felbamate</i>	83	<i>formoterol fumarate</i>	52	<i>glatopa</i>	89
<i>felodipine</i>	151	FORTEO.....	67	GLEOSTINE.....	129
<i>fenofibrate</i>	147	FOSAMAX PLUS D.....	67	<i>glimepiride</i>	163
<i>fenofibrate micronized</i>	147	<i>fosamprenavir</i>	108	<i>glipizide</i>	163, 164
<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	147	<i>fosinopril</i>	151	<i>glipizide-metformin</i>	164
<i>fenofibric acid (choline)</i>	147	<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i> ..	151	<i>glycopyrrolate</i>	31
<i>fentanyl</i>	75	FOTIVDA.....	128	<i>glydo</i>	43
<i>fentanyl citrate</i>	75	FRUZAQLA.....	128	GLYXAMBI.....	164
<i>fesoterodine</i>	157	<i>fulvestrant</i>	128	GOLYTELY.....	32
FETZIMA.....	94, 95	<i>furosemide</i>	151	GRALISE.....	83
FIASP FLEXTOUCH U-100		FUZEON.....	108	<i>granisetron (pf)</i>	32
INSULIN.....	163	<i>fyavolv</i>	25	<i>granisetron hcl</i>	32, 33
FIASP PENFILL U-100 INSULIN...	163	FYCOMPA.....	83	<i>griseofulvin microsize</i>	112
FIASP U-100 INSULIN.....	163	<i>gabapentin</i>	83	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	112
FINACEA.....	38	<i>galantamine</i>	89	<i>guanfacine</i>	95, 151
<i>finasteride</i>	158	GAMASTAN.....	58	GVOKE.....	164
<i>finngolimod</i>	89	GAMMAGARD LIQUID.....	58	GVOKE HYPOPEN 1-PACK.....	164
FINTEPLA.....	83	GAMMAGARD S-D (IGA < 1		GVOKE HYPOPEN 2-PACK.....	164
FIRMAGON KIT W DILUENT		MCG/ML).....	58	GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE....	164
SYRINGE.....	128	GAMMAKED.....	58	GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE....	164
<i>flac otic oil</i>	73	GAMMAPLEX.....	59	HAEGARDA.....	52, 53
FLAREX.....	73	GAMMAPLEX (WITH SORBITOL).	59	<i>halobetasol propionate</i>	40
FLEBOGAMMA DIF.....	58	GAMUNEX-C.....	59	<i>haloperidol</i>	95
<i>flecainide</i>	143	<i>ganciclovir sodium</i>	108	<i>haloperidol decanoate</i>	95
<i>fluconazole</i>	112	GARDASIL 9 (PF).....	59	<i>haloperidol lactate</i>	95
<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i>	112	<i>gatifloxacin</i>	68	HARVONI.....	108
<i>flucytosine</i>	112	GATTEX 30-VIAL.....	32	HAVRIX (PF).....	59
<i>fludrocortisone</i>	159	GATTEX ONE-VIAL.....	32	<i>heather</i>	25
<i>flunisolide</i>	52	GAUZE PAD.....	141	<i>heparin (porcine)</i>	145
<i>fluocinolone</i>	40	<i>gavilyte-c</i>	32	<i>heparin (porcine) in 5 % dex</i>	145
<i>fluocinolone acetonide oil</i>	73	<i>gavilyte-g</i>	32	HEPARIN(PORCINE) IN 0.45%	
<i>fluocinolone and shower cap</i>	40	GAVRETO.....	128	NACL.....	145
<i>fluocinonide</i>	40	<i>gefitinib</i>	128	<i>heparin(porcine) in 0.45% nacl</i> .	145
<i>fluocinonide-e</i>	40	<i>gemcitabine</i>	129	HEPLISAV-B (PF).....	59
<i>fluocinonide-emollient</i>	40	GEMCITABINE.....	129	HIBERIX (PF).....	59
<i>fluoride (sodium)</i>	26, 27	<i>gemfibrozil</i>	147	HUMIRA.....	64
<i>fluorometholone</i>	73	GEMTESA.....	157	HUMIRA PEN.....	64
<i>fluorouracil</i>	43, 128	<i>generlac</i>	32	HUMIRA(CF).....	65
<i>fluoxetine</i>	95	<i>gengraf</i>	129	HUMIRA(CF) PEDI CROHNS	
<i>fluphenazine decanoate</i>	95	GENOTROPIN.....	56	STARTER.....	64
<i>fluphenazine hcl</i>	95	GENOTROPIN MINIQUEICK.....	56	HUMIRA(CF) PEN.....	65
<i>flurbiprofen</i>	78	<i>gentak</i>	68	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-	
<i>flurbiprofen sodium</i>	70	<i>gentamicin</i>	39, 68, 115	HS.....	65
<i>fluticasone propionate</i>	40, 52	<i>gentamicin in nacl (iso-osm)</i>	115	HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC.	65
<i>fluticasone propion-salmeterol</i> ...	52	<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i>	115	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-	
<i>fluvastatin</i>	147	GENVOYA.....	108	ADOL HS.....	65

HUMULIN R U-500 (CONC)	INTELENCE.....	108	<i>kariva (28)</i>	20
INSULIN.....	<i>intralipid</i>	27	<i>kelnor 1/35 (28)</i>	20
HUMULIN R U-500 (CONC)	INTRALIPID.....	27	<i>kelnor 1-50 (28)</i>	20
KWIKPEN.....	<i>introvale</i>	19	KERENDIA.....	152
<i>hydralazine</i>	INVEGA HAFYERA.....	95, 96	<i>ketoconazole</i>	41, 112
<i>hydrochlorothiazide</i>	INVEGA SUSTENNA.....	96	<i>ketorolac</i>	70
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	INVEGA TRINZA.....	96	KEYTRUDA.....	131
<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	IPOL.....	59	KINRIX (PF).....	60
<i>hydrocortisone</i>	<i>ipratropium bromide</i>	53, 74	KISQALI.....	131
<i>hydromorphone</i>	<i>ipratropium-albuterol</i>	53	KISQALI FEMARA CO-PACK.....	131
<i>hydroxychloroquine</i>	<i>irbesartan</i>	152	<i>klayesta</i>	41
<i>hydroxyurea</i>	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	152	<i>klor-con</i>	29
<i>hydroxyzine hcl</i>	<i>irinotecan</i>	130	<i>klor-con 10</i>	28
<i>hydroxyzine pamoate</i>	ISENTRESS.....	108, 109	<i>klor-con 8</i>	28
HYSINGLA ER.....	ISENTRESS HD.....	108	<i>klor-con m10</i>	29
<i>ibandronate</i>	<i>isibloom</i>	19	<i>klor-con m15</i>	29
IBRANCE.....	ISOLYTE S PH 7.4.....	28	<i>klor-con m20</i>	29
<i>ibu</i>	ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE.....	28	KORLYM.....	161
<i>ibuprofen</i>	ISOLYTE-S.....	28	KOSELUGO.....	131
<i>icatibant</i>	<i>isoniazid</i>	115	<i>kourzeq</i>	74
ICLUSIG.....	<i>isosorbide dinitrate</i>	146	KRAZATI.....	131
IDACIO(CF).....	<i>isosorbide mononitrate</i>	146	<i>kurvelo (28)</i>	20
IDACIO(CF) PEN.....	<i>isotretinoin</i>	38	<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i>	20
IDACIO(CF) PEN CROHN-UC	<i>isradipine</i>	152	<i>labetalol</i>	152
STARTR.....	<i>itraconazole</i>	112	<i>lacosamide</i>	83
IDACIO(CF) PEN PSORIASIS	<i>ivermectin</i>	115	<i>lactated ringers</i>	29
START.....	IWILFIN.....	130	<i>lactulose</i>	33
IDHIFA.....	IXCHIQ (PF).....	59	LAGEVRIO (EUA).....	109
ILEVRO.....	IXIARO (PF).....	60	<i>lamivudine</i>	109
<i>imatinib</i>	JAKAFI.....	130	<i>lamivudine-zidovudine</i>	109
IMBRUVICA.....	<i>jantoven</i>	145	<i>lamotrigine</i>	84
<i>imipenem-cilastatin</i>	JANUMET.....	164	<i>lanreotide</i>	131
<i>imipramine hcl</i>	JANUMET XR.....	164	<i>lansoprazole</i>	36, 37
<i>imiquimod</i>	JANUVIA.....	164	<i>lapatinib</i>	131
IMOVAX RABIES VACCINE (PF).....	JARDIANCE.....	165	<i>larin 1.5/30 (21)</i>	20
IMVEXXY MAINTENANCE PACK..	<i>jasmiel (28)</i>	19	<i>larin 1/20 (21)</i>	20
IMVEXXY STARTER PACK.....	JAYPIRCA.....	130	<i>larin 24 fe</i>	20
INBRIJA.....	JENTADUETO.....	165	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	20
<i>incassia</i>	JENTADUETO XR.....	165	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	20
INCRELEX.....	<i>jinteli</i>	25	<i>latanoprost</i>	72
INCRUSE ELLIPTA.....	<i>jolessa</i>	19	<i>leflunomide</i>	66
<i>indapamide</i>	<i>juleber</i>	20	<i>lenalidomide</i>	131
INFANRIX (DTAP) (PF).....	JULUCA.....	109	LENVIMA.....	131, 132
INLYTA.....	<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	20	<i>lessina</i>	20
INQOVI.....	<i>junel fe 1/20 (28)</i>	20	<i>letrozole</i>	132
INREBIC.....	JYNNEOS (PF).....	60	<i>leucovorin calcium</i>	123
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-	KADCYLA.....	131	LEUKERAN.....	132
100.....	KALYDECO.....	53	<i>leuprolide</i>	132

<i>levalbuterol hcl</i>	53	<i>losartan</i>	152	<i>metformin</i>	165
LEVALBUTEROL TARTRATE.....	53	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> ...	152	<i>methadone</i>	76
<i>levetiracetam</i>	84	LOTEMAX.....	73	<i>methadone intensol</i>	76
<i>levetiracetam in nacl (iso-os)</i>	84	<i>lovastatin</i>	148	<i>methazolamide</i>	71
<i>levobunolol</i>	69	<i>low-ogestrel (28)</i>	21	<i>methenamine hippurate</i>	106
<i>levocarnitine</i>	47	<i>loxapine succinate</i>	97	<i>methimazole</i>	158
<i>levocarnitine (with sugar)</i>	47	<i>lubiprostone</i>	33	<i>methotrexate sodium</i>	133
<i>levocetirizine</i>	50	LUMAKRAS.....	132	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	133
<i>levofloxacin</i>	119	LUMIGAN.....	72	<i>methsuximide</i>	84
<i>levofloxacin in d5w</i>	119	LUMIZYME.....	161	<i>methylphenidate hcl</i>	97, 98
<i>levonest (28)</i>	20	LUPRON DEPOT.....	132	<i>methylprednisolone</i>	159
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	21	<i>lurasidone</i>	97	<i>methylprednisolone acetate</i>	159
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	21	<i>lutera (28)</i>	21	<i>methylprednisolone sodium</i>	
<i>levora-28</i>	21	<i>lyleq</i>	25	<i>succ</i>	159
<i>levo-t</i>	160	<i>lyllana</i>	25	<i>metoclopramide hcl</i>	33
<i>levothyroxine</i>	160	LYNPARZA.....	132	<i>metolazone</i>	152
<i>levoxyl</i>	160	LYRICA CR.....	84	<i>metoprolol succinate</i>	152
LEXIVA.....	109	LYSODREN.....	132	<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	152
LIBERVANT.....	84	LYTGOBI.....	132	<i>metoprolol tartrate</i>	152, 153
<i>lidocaine</i>	44	<i>lyza</i>	25	<i>metro i.v.</i>	116
<i>lidocaine (pf)</i>	44	<i>magnesium sulfate</i>	29	<i>metronidazole</i>	24, 38, 116
<i>lidocaine hcl</i>	44	MAGNESIUM SULFATE IN D5W..	29	<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i> ...	116
<i>lidocaine viscous</i>	44	<i>magnesium sulfate in water</i>	29	<i>metyrosine</i>	153
<i>lidocaine-prilocaine</i>	44	<i>malathion</i>	42	<i>micafungin</i>	113
<i>lidocan iii</i>	44	<i>maraviroc</i>	109	<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	21
<i>lidocan iv</i>	44	<i>marlissa (28)</i>	21	<i>microgestin 1/20 (21)</i>	21
<i>lidocan v</i>	44	MARPLAN.....	97	<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	21
<i>linezolid</i>	115	MATULANE.....	132	<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	21
<i>linezolid in dextrose 5%</i>	115	<i>matzim la</i>	152	<i>midodrine</i>	48
<i>linezolid-0.9% sodium chloride</i> .	115	<i>meclizine</i>	33	<i>mifepristone</i>	161
LINEZOLID-0.9% SODIUM		<i>medroxyprogesterone</i>	26	<i>mili</i>	21
CHLORIDE.....	115	<i>mefloquine</i>	115	<i>mimvey</i>	26
LINZESS.....	33	<i>megestrol</i>	132, 133	<i>minocycline</i>	118
<i>liothyronine</i>	160	MEKINIST.....	133	<i>minoxidil</i>	153
<i>lisdexamfetamine</i>	96, 97	MEKTOVI.....	133	<i>mirtazapine</i>	98
<i>lisinopril</i>	152	<i>meloxicam</i>	78	<i>misoprostol</i>	37
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> ...	152	<i>memantine</i>	89	MITIGARE.....	68
<i>lithium carbonate</i>	97	MENACTRA (PF).....	60	M-M-R II (PF).....	60
<i>lithium citrate</i>	97	MENQUADFI (PF).....	60	<i>modafinil</i>	98
LIVALO.....	148	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)..	60	<i>moexipril</i>	153
LOKELMA.....	48	<i>mercaptapurine</i>	133	<i>molindone</i>	98
LONSURF.....	132	<i>meropenem</i>	115	<i>mometasone</i>	41, 53
<i>loperamide</i>	31	MEROPENEM-0.9% SODIUM		MONJUVI.....	133
<i>lopinavir-ritonavir</i>	109	CHLORIDE.....	116	<i>mono-lynyah</i>	21
<i>lorazepam</i>	97	<i>mesalamine</i>	33	<i>montelukast</i>	53
<i>lorazepam intensol</i>	97	<i>mesalamine with cleansing</i>		MORPHINE.....	76
LORBRENA.....	132	<i>wipe</i>	33	<i>morphine</i>	76, 77
<i>loryna (28)</i>	21	MESNEX.....	123	<i>morphine (pf)</i>	76

<i>morphine concentrate</i>	76	<i>nimodipine</i>	153	NUEDEXTA.....	89
MOUNJARO.....	165	NINLARO.....	134	NULOJIX.....	134
MOVANTIK.....	34	<i>nisoldipine</i>	153	NUPLAZID.....	98
<i>moxifloxacin</i>	68, 119	<i>nitazoxanide</i>	116	NURTEC ODT.....	103
MOXIFLOXACIN-SOD.ACE,SUL- WATER.....	119	<i>nitisinone</i>	48	NUTRILIPID.....	28
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i> ..	119	<i>nitro-bid</i>	146	<i>nyamyc</i>	41
MULTAQ.....	143	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	106	NYMALIZE.....	153
<i>mupirocin</i>	39	<i>nitrofurantoin monohyd/m- cryst</i>	106	<i>nystatin</i>	41, 42, 113
<i>mycophenolate mofetil</i>	133	<i>nitroglycerin</i>	146	<i>nystop</i>	42
<i>mycophenolate sodium</i>	134	<i>nizatidine</i>	37	OCALIVA.....	34
<i>myorisan</i>	38	<i>nora-be</i>	26	OCREVUS.....	89
MYRBETRIQ.....	157	<i>norethindrone (contraceptive)</i>	26	OCTAGAM.....	60
<i>nabumetone</i>	78	<i>norethindrone acetate</i>	26	<i>octreotide acetate</i>	134
<i>nadolol</i>	153	<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>	21, 26	ODEFSEY.....	109
<i>nafcilin</i>	105	<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> ...	21	ODOMZO.....	134
<i>nafcilin in dextrose iso-osm</i>	105	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> ...	22	OFEV.....	53
NAGLAZYME.....	162	NORITATE.....	38	<i>ofloxacin</i>	69, 73
<i>nalbuphine</i>	78	<i>norlyda</i>	26	OJEMDA.....	134
<i>naloxone</i>	78, 79	NORPACE CR.....	143	OJJAARA.....	134
<i>naltrexone</i>	79	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	22	<i>olanzapine</i>	98, 99
NAMZARIC.....	89	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	22	<i>olmesartan</i>	153
<i>naproxen</i>	79	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	22	<i>olmesartan-amlodipin-hcthiazyd</i>	153
<i>naproxen sodium</i>	79	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	22	<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	154
<i>naratriptan</i>	102	<i>nortriptyline</i>	98	<i>olopatadine</i>	71, 74
NATACYN.....	69	NORVIR.....	109	<i>omeprazole</i>	37
<i>nateglinide</i>	165	NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN	165	OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5).....	142
NAYZILAM.....	85	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100	165	OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)..	142
<i>neбиволол</i>	153	NOVOLIN N FLEXPEN.....	165	OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3).....	142
<i>nefazodone</i>	98	NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN	166	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3).....	142
<i>neomycin</i>	116	NOVOLIN R FLEXPEN.....	166	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4).....	142
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	69	NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN.....	166	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	142
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i> ..	69	NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN.....	166	OMNIPOD GO PODS.....	142
<i>neomycin-polymyxin b- dexameth</i>	69, 70	NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN.....	166	OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY.....	142
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i> ..	69	NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100.....	166	OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY.....	142
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	70, 74	NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN.....	166	OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY.....	142
NERLYNX.....	134	NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART.....	166	OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY.....	142
NEUPRO.....	80	NOXAFIL.....	113	OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY.....	142
<i>nevirapine</i>	109	NUBEQA.....	134		
NEXPLANON.....	24				
<i>niacin</i>	148				
<i>nicardipine</i>	153				
NICOTROL.....	45				
NICOTROL NS.....	45				
<i>nifedipine</i>	153				
<i>nikki (28)</i>	21				
<i>nilutamide</i>	134				

<i>ondansetron</i>	34	<i>penicillin g sodium</i>	105	<i>potassium chloride-d5-0.2%nacl</i>	30
<i>ondansetron hcl</i>	34	<i>penicillin v potassium</i>	105	<i>potassium chloride-d5-0.9%nacl</i>	30
<i>ondansetron hcl (pf)</i>	34	PENTACEL (PF).....	61	<i>potassium citrate</i>	158
ONUREG.....	135	<i>pentamidine</i>	116	PRALUENT PEN.....	148
OPSUMIT.....	54	<i>pentoxifylline</i>	145	<i>pramipexole</i>	80
ORGOVYX.....	135	<i>perindopril erbumine</i>	154	<i>prasugrel</i>	145
ORKAMBI.....	54	<i>periogard</i>	74	<i>pravastatin</i>	148
ORSERDU.....	135	<i>permethrin</i>	42	<i>praziquantel</i>	116
<i>oseltamivir</i>	109	<i>perphenazine</i>	99	<i>prazosin</i>	154
OTEZLA.....	66	PERSERIS.....	99	<i>prednisolone</i>	159
OTEZLA STARTER.....	66	<i>pfizerpen-g</i>	105	<i>prednisolone acetate</i>	73
<i>oxacillin</i>	105	<i>phenelzine</i>	99	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	73, 159
<i>oxaliplatin</i>	135	<i>phenobarbital</i>	85	<i>prednisone</i>	159
<i>oxaprozin</i>	79	<i>phenobarbital sodium</i>	85	<i>prednisone intensol</i>	159
<i>oxcarbazepine</i>	85	PHENYTEK.....	85	<i>pregabalin</i>	85
<i>oxybutynin chloride</i>	157	<i>phenytoin</i>	85	PREHEVBRIO (PF).....	61
<i>oxycodone</i>	77	<i>phenytoin sodium</i>	85	PREMARIN.....	26
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	77	<i>phenytoin sodium extended</i>	85	<i>premasol 10 %</i>	28
OZEMPIC.....	166	<i>philith</i>	22	<i>prenatal vitamin plus low iron</i>	27
<i>pacerone</i>	143	PIFELTRO.....	110	<i>prevalite</i>	148
<i>paclitaxel</i>	135	<i>pilocarpine hcl</i>	48, 71	PREVYMIS.....	110
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND..	135	<i>pimozide</i>	99	PREZCOBIX.....	110
<i>paliperidone</i>	99	<i>pimtree (28)</i>	22	PREZISTA.....	110
<i>pamidronate</i>	162	<i>pindolol</i>	154	PRIFTIN.....	116
PANRETIN.....	44	<i>pioglitazone</i>	166	PRIMAQUINE.....	116
<i>pantoprazole</i>	37	<i>pioglitazone-glimepiride</i>	166	PRIMIDONE.....	85
PANZYGA.....	60	<i>pioglitazone-metformin</i>	166	<i>primidone</i>	85
<i>paraplatin</i>	135	PIPERACILLIN-TAZOBACTAM...	105	PRIORIX (PF).....	61
<i>paricalcitol</i>	162	<i>piperacillin-tazobactam</i>	106	PRIVIGEN.....	61
<i>paromomycin</i>	116	PIQRAY.....	135	<i>probenecid</i>	68
<i>paroxetine hcl</i>	99	<i>pirfenidone</i>	54	<i>probenecid-colchicine</i>	68
PAXLOVID.....	109, 110	PIRFENIDONE.....	54	<i>prochlorperazine</i>	34
<i>pazopanib</i>	135	<i>pirmella</i>	22	<i>prochlorperazine edisylate</i>	34
PEDIARIX (PF).....	60	<i>piroxicam</i>	79	<i>prochlorperazine maleate</i>	34
PEDVAX HIB (PF).....	60	PLASMA-LYTE A.....	28	PROCRIT.....	57
<i>peg 3350-electrolytes</i>	34	PLENAMINE.....	28	<i>procto-med hc</i>	34
PEGASYS.....	56	PLENVU.....	34	<i>proctosol hc</i>	34
<i>peg-electrolyte soln</i>	34	<i>podofilox</i>	44	<i>proctozone-hc</i>	34
PEMAZYRE.....	135	<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i> ...	69	<i>progesterone</i>	26
<i>pemetrexed disodium</i>	135	POMALYST.....	136	<i>progesterone micronized</i>	26
PEMETREXED DISODIUM.....	135	<i>portia 28</i>	22	PROGRAF.....	136
PEN NEEDLE, DIABETIC.....	143	<i>posaconazole</i>	113	PROLASTIN-C.....	48
PENBRAYA (PF).....	61	<i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl</i> 29		PROLENSA.....	70
<i>penicillamine</i>	66	<i>potassium chloride</i>	30	PROLIA.....	67
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE	105	<i>potassium chloride in 0.9%nacl</i> ..	29	PROMACTA.....	145
<i>penicillin g potassium</i>	105	<i>potassium chloride in 5 % dex</i>	30	<i>promethazine</i>	50
<i>penicillin g procaine</i>	105	<i>potassium chloride in water</i>	30	<i>propafenone</i>	143
		<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i> ..	30		

<i>propranolol</i>	154	<i>rimantadine</i>	110	<i>sodium chloride 0.45 %</i>	30
<i>propylthiouracil</i>	158	RINVOQ.....	66	<i>sodium chloride 0.9 %</i>	48
PROQUAD (PF).....	61	<i>risedronate</i>	48, 67	<i>sodium chloride 3 % hypertonic</i> ..	30
PROSOL 20 %.....	28	RISPERDAL CONSTA.....	100	<i>sodium chloride 5 % hypertonic</i> ..	31
<i>protriptyline</i>	99	<i>risperidone</i>	100	SODIUM OXYBATE.....	100
PULMICORT FLEXHALER.....	54	<i>ritonavir</i>	110	<i>sodium phenylbutyrate</i>	48
PULMOZYME.....	54	<i>rivastigmine</i>	90	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	48
PURIXAN.....	136	<i>rivastigmine tartrate</i>	89	<i>sodium,potassium,mag sulfates</i> ..	35
<i>pyrazinamide</i>	116	<i>rizatriptan</i>	103	<i>solifenacin</i>	157
<i>pyridostigmine bromide</i>	74	ROCKLATAN.....	72	SOLQUA 100/33.....	167
QINLOCK.....	136	<i>roflumilast</i>	54	SOLTAMOX.....	137
QUADRACEL (PF).....	61	<i>ropinirole</i>	80	SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF).....	160
<i>quetiapine</i>	99	<i>rosuvastatin</i>	148	SOMATULINE DEPOT.....	137
QUETIAPINE.....	99	ROTARIX.....	61, 62	SOMAVERT.....	162
<i>quinapril</i>	154	ROTATEQ VACCINE.....	62	<i>sorafenib</i>	137
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> ..	154	<i>roweepra</i>	86	<i>sorine</i>	143
<i>quinidine sulfate</i>	143	ROZLYTREK.....	136	<i>sotalol</i>	144
<i>quinine sulfate</i>	116	RUBRACA.....	136	<i>sotalol af</i>	144
RABAVERT (PF).....	61	<i>rufinamide</i>	86	<i>spironolactone</i>	154
<i>rabeprazole</i>	37	RUKOBIA.....	110	<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	154
RADICAVA ORS.....	89	RYBELSUS.....	167	<i>sprintec (28)</i>	22
RADICAVA ORS STARTER KIT		RYDAPT.....	136	SPRITAM.....	86
SUSP.....	89	<i>sajazir</i>	54	SPRYCEL.....	137
<i>raloxifene</i>	67	SANDIMMUNE.....	136	<i>sps (with sorbitol)</i>	48, 49
<i>ramipril</i>	154	SANTYL.....	44	<i>sronyx</i>	22
<i>ranolazine</i>	156	<i>sapropterin</i>	162	<i>ssd</i>	44
<i>rasagiline</i>	80	SAVELLA.....	66	STAMARIL (PF).....	62
RAYALDEE.....	162	SCEMBLIX.....	136, 137	STELARA.....	42
<i>reclipsen (28)</i>	22	<i>scopolamine base</i>	35	STIVARGA.....	137
RECOMBIVAX HB (PF).....	61	SECUADO.....	100	STREPTOMYCIN.....	116
RECTIV.....	34	<i>selegiline hcl</i>	80	STRIBILD.....	110
REGRANEX.....	44	<i>selenium sulfide</i>	42	SUCRAID.....	35
RELENZA DISKHALER.....	110	SELZENTRY.....	110	<i>sucralfate</i>	37
RELISTOR.....	35	SEREVENT DISKUS.....	54	<i>sulfacetamide sodium</i>	71
REMICADE.....	35	<i>sertraline</i>	100	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	39
<i>repaglinide</i>	167	<i>setlakin</i>	22	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	71
RESTASIS.....	71	<i>sevelamer carbonate</i>	48	<i>sulfadiazine</i>	117
RESTASIS MULTIDOSE.....	71	<i>sharobel</i>	26	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	
RETEVMO.....	136	SHINGRIX (PF).....	62	118
REXULTI.....	100	SIGNIFOR.....	137	SULFAMYLON.....	39
REYATAZ.....	110	<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i>	54	<i>sulfasalazine</i>	35
REZLIDHIA.....	136	<i>silodosin</i>	158	<i>sulindac</i>	79
REZUROCK.....	136	<i>silver sulfadiazine</i>	44	<i>sumatriptan</i>	103
RHOPRESSA.....	72	<i>simvastatin</i>	148	<i>sumatriptan succinate</i>	103
<i>ribavirin</i>	110	<i>sirolimus</i>	137	<i>sunitinib malate</i>	137
<i>rifabutin</i>	116	SIRTURO.....	116	SUNLENCA.....	111
<i>rifampin</i>	116	SKYRIZI.....	35, 42	SUPREP BOWEL PREP KIT.....	35
<i>riluzole</i>	48	<i>sodium chloride</i>	31, 48	<i>syeda</i>	22

SYMDEKO	54	<i>testosterone cypionate</i>	162	<i>treprostinil sodium</i>	155
SYMPAZAN	86	<i>testosterone enanthate</i>	162	TRESIBA FLEXTOUCH U-100	167
SYMTUZA	111	TETANUS,DIPHThERIA TOX		TRESIBA FLEXTOUCH U-200	167
SYNERCID	117	PED(PF)	62	TRESIBA U-100 INSULIN	167
SYNJARDY	167	<i>tetrabenazine</i>	90	<i>tretinoin</i>	38
SYNJARDY XR	167	<i>tetracycline</i>	118	<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	138
SYNTHROID	160	THALOMID	138	TREXALL	138
TABLOID	137	THEO-24	55	<i>triamcinolone acetonide</i>	41, 74
TABRECTA	137	<i>theophylline</i>	55	<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	155
<i>tacrolimus</i>	45, 137	<i>thioridazine</i>	100	<i>tridacaine ii</i>	45
<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i>	54	<i>thiothixene</i>	100	<i>tridacaine iii</i>	45
TADLIQ	55	<i>tiadyt er</i>	155	<i>trientine</i>	49
TAFINLAR	137	<i>tiagabine</i>	86	<i>tri-estarylla</i>	22
TAGRISSO	137	TIBSOVO	138	<i>trifluoperazine</i>	101
TALTZ AUTOINJECTOR	42	TICOVAC	62	<i>trifluridine</i>	71
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK)	42	<i>tigecycline</i>	117	<i>trihexyphenidyl</i>	80
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK)	42	<i>tilia fe</i>	22	TRIJARDY XR	167, 168
TALTZ SYRINGE	43	<i>timolol maleate</i>	69, 155	TRIKAFTA	55
TALVEY	138	TIVICAY	111	<i>tri-legest fe</i>	23
TALZENNA	138	TIVICAY PD	111	<i>tri-linyah</i>	23
<i>tamoxifen</i>	138	<i>tizanidine</i>	74	<i>tri-lo-estarylla</i>	23
<i>tamsulosin</i>	158	TOBRADEX	70	<i>tri-lo-marzia</i>	23
<i>tarina 24 fe</i>	22	TOBRADEX ST	70	<i>tri-lo-mili</i>	23
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	22	<i>tobramycin</i>	69	<i>tri-lo-sprintec</i>	23
TASIGNA	138	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	117	<i>trimethoprim</i>	106
<i>tazarotene</i>	38	<i>tobramycin sulfate</i>	117	<i>trimipramine</i>	101
<i>tazicef</i>	121	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	70	TRINTELLIX	101
TAZORAC	38	<i>tolterodine</i>	157	<i>tri-sprintec (28)</i>	23
<i>taztia xt</i>	154	<i>tolvaptan</i>	162	TRIUMEQ	111
TAZVERIK	138	<i>topiramate</i>	86	TRIUMEQ PD	111
TDVAX	62	<i>toremifene</i>	138	<i>trivora (28)</i>	23
TECENTRIQ	138	<i>torse mide</i>	155	TRIZIVIR	111
TECFIDERA	90	TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	167	TROGARZO	111
TEFLARO	121	TOUJEO SOLOSTAR U-300		TROPHAMINE 10 %	28
<i>telmisartan</i>	154	INSULIN	167	<i>trospium</i>	157
<i>telmisartan-amlodipine</i>	154	TPN ELECTROLYTES	31	TRULANCE	35
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>	155	TRADJENTA	167	TRULICITY	168
<i>temazepam</i>	100	<i>tramadol</i>	79	TRUMENBA	62
TENIVAC (PF)	62	<i>tramadol-acetaminophen</i>	79	TRUQAP	138
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	111	<i>trandolapril</i>	155	TRUXIMA	138
TEPMETKO	138	<i>tranexamic acid</i>	24	TUKYSA	139
<i>terazosin</i>	155	<i>tranylcypromine</i>	100	TURALIO	139
<i>terbinafine hcl</i>	113	<i>travasol 10 %</i>	28	<i>turqoz (28)</i>	23
<i>terbutaline</i>	55	<i>travoprost</i>	72	TWINRIX (PF)	62
<i>terconazole</i>	24	TRAZIMERA	138	TYBOST	111
<i>teriflunomide</i>	90	<i>trazodone</i>	101	TYMLOS	67
TERIPARATIDE	67	TRECATOR	117	TYPHIM VI	62, 63
<i>testosterone</i>	162	TRELEGY ELLIPTA	55	TYRVAYA	72

<i>unithroid</i>	160	VIVITROL.....	79	ZIEXTENZO.....	57
<i>ursodiol</i>	35	VIZIMPRO.....	140	<i>ziprasidone hcl</i>	101
<i>valacyclovir</i>	111	VONJO.....	140	<i>ziprasidone mesylate</i>	102
VALCHLOR.....	45	<i>voriconazole</i>	113	ZIRABEV.....	141
<i>valganciclovir</i>	111	VOSEVI.....	112	ZIRGAN.....	71
<i>valproate sodium</i>	86	VOTRIENT.....	140	<i>zoledronic acid</i>	162
<i>valproic acid</i>	86	VRAYLAR.....	101	<i>zoledronic acid-mannitol-water</i>	49, 163
<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	86	VUMERITY.....	90	ZOLINZA.....	141
<i>valsartan</i>	155	VYNDAQEL.....	156	<i>zolmitriptan</i>	103
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> ..	155	VYVANSE.....	101	<i>zolpidem</i>	102
VALTOCO.....	86	<i>warfarin</i>	145	ZONISADE.....	87
<i>vancomycin</i>	117	<i>water for irrigation, sterile</i>	49	<i>zonisamide</i>	87
VANCOMYCIN.....	117	WELIREG.....	140	<i>zovia 1-35 (28)</i>	23
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL.....	117	<i>wera (28)</i>	23	ZTALMY.....	87
VANFLYTA.....	139	XALKORI.....	140	<i>zumandimine (28)</i>	23
VAQTA (PF).....	63	XARELTO.....	145, 146	ZURZUVAE.....	102
<i>varenicline</i>	45	XARELTO DVT-PE TREAT 30D START.....	145	ZYCLARA.....	45
VARIVAX (PF).....	63	XATMEP.....	140	ZYDELIG.....	141
VASCEPA.....	148	XCOPRI.....	87	ZYKADIA.....	141
<i>velivet triphasic regimen (28)</i>	23	XCOPRI MAINTENANCE PACK.....	87	ZYLET.....	70
VELPHORO.....	49	XCOPRI TITRATION PACK.....	87	ZYPITAMAG.....	148
VELTASSA.....	49	XDEMVY.....	72	ZYPREXA RELPREVV.....	102
VEMLIDY.....	111	XELJANZ.....	66		
VENCLEXTA.....	139	XELJANZ XR.....	66		
VENCLEXTA STARTING PACK.....	139	XERMELO.....	140		
<i>venlafaxine</i>	101	XGEVA.....	123		
VENTAVIS.....	55	XHANCE.....	55		
VENTOLIN HFA.....	55	XIFAXAN.....	117		
<i>verapamil</i>	155, 156	XIGDUO XR.....	168		
VERQUVO.....	156	XOLAIR.....	55, 56		
VERSACLOZ.....	101	XOSPATA.....	140		
VERZENIO.....	139	XPOVIO.....	140, 141		
<i>vestura (28)</i>	23	XTANDI.....	141		
V-GO 20.....	143	<i>xulane</i>	24		
V-GO 30.....	143	XULTOPHY 100/3.6.....	168		
V-GO 40.....	143	YF-VAX (PF).....	63		
<i>vienna</i>	23	<i>yuvafem</i>	26		
<i>vigabatrin</i>	87	<i>zafemy</i>	24		
<i>vigadrone</i>	87	<i>zafirlukast</i>	56		
<i>vigpoder</i>	87	ZARXIO.....	57		
<i>vilazodone</i>	101	ZEJULA.....	141		
<i>vincristine</i>	139	ZELBORAF.....	141		
<i>vinorelbine</i>	139	ZEMAIRA.....	49		
<i>viorele (28)</i>	23	<i>zenatane</i>	38		
VIRACEPT.....	111	ZENPEP.....	36		
VIREAD.....	111	ZERVIATE.....	72		
VITRAKVI.....	139	<i>zidovudine</i>	112		

Уведомление о недопущении дискриминации

Дискриминация запрещена законом. Компания Wellcare By Health Net соблюдает требования законодательства штата и федерального законодательства о гражданских правах. Компания Wellcare By Health Net не допускает незаконной дискриминации людей, не отказывает им в обслуживании и предоставляет одинаковый уровень обслуживания всем людям независимо от пола, расовой принадлежности, цвета кожи, религии, социального и национального происхождения, этнической принадлежности, возраста, психической или физической недееспособности, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендера, гендерной идентичности или сексуальной ориентации.

Компания Wellcare By Health Net предоставляет:

- Бесплатную помощь и услуги людям с ограниченными возможностями с целью облегчения коммуникации, в том числе:
 - Услуги квалифицированных переводчиков жестового языка
 - Печатные материалы в других форматах (крупный шрифт, аудио, электронные форматы с поддержкой специальных возможностей, прочие форматы)
- Бесплатные услуги перевода людям, для которых английский язык не является родным, в том числе:
 - Услуги квалифицированных устных переводчиков
 - Письменные переводы материалов и документов на другие языки

Если вам нужны эти услуги, обращайтесь в компанию Wellcare By Health Net по номеру **1-800-431-9007**. С 1 октября по 31 марта вы можете звонить нам в любой день недели с 8 а.м. до 8 р.м. С 1 апреля по 30 сентября вы можете звонить нам с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. В нерабочее время, в выходные дни и государственные праздники работает автоответчик. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться номером **TTY 711**. По запросу этот документ можно получить напечатанным шрифтом Брайля, крупным шрифтом, на аудиокассете или в электронном формате. Чтобы получить копию документа в одном из этих альтернативных форматов, позвоните или напишите по адресу:

Wellcare By Health Net
21281 Burbank Blvd.
Woodland Hills, CA 91367
1-800-431-9007 (TTY: 711)

Порядок подачи претензии

Если вы считаете, что компания Wellcare By Health Net не предоставила указанные услуги или с ее стороны имела место иная незаконная дискриминация по признаку пола, расовой принадлежности, цвета кожи, религии, социального и национального происхождения, этнической принадлежности, возраста, психической или физической недееспособности, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендера, гендерной идентичности или сексуальной ориентации, вы можете подать претензию в отдел обслуживания участников плана. Претензию можно подать по телефону, письменно, лично или в электронном виде:

- **По телефону:** свяжитесь с координатором Wellcare By Health Net по вопросам прав граждан по номеру **1-866-458-2208**. С 8 а.м. до 5 р.м. с понедельника по пятницу. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться номером ТТУ: 711.
- В письменной форме: заполните форму для подачи жалобы или напишите письмо и отправьте его по адресу:
Wellcare Civil Rights Coordinator
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103
- **Лично:** обратитесь в приемную своего врача или в компанию Wellcare By Health Net и сообщите, что вы хотите подать претензию.
- **В электронном виде:** посетите веб-сайт компании Wellcare By Health Net по адресу **wellcare.com/healthnetCA**.

Управление по гражданским правам — Департамент здравоохранения штата California

Вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в Управление по гражданским правам Департамента здравоохранения штата California по телефону, в письменной форме или в электронном виде:

- **По телефону:** позвоните по номеру **1-916-440-7370**. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться номером **ТТУ 711 (служба коммутируемых сообщений)**.
- **В письменной форме:** заполните форму для подачи жалобы или отправьте письмо по адресу:
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
 Формы для подачи жалоб можно найти на веб-сайте
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- **В электронном виде:** отправьте электронное письмо по адресу **CivilRights@dhcs.ca.gov**.

Управление по гражданским правам — Департамент здравоохранения и социальных служб США

Если вы считаете, что подверглись дискриминации по признаку расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, возраста, пола или ограниченных возможностей, вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в Управление по гражданским правам Департамента здравоохранения и социальных служб США по телефону, в письменной форме или в электронном виде:

- **По телефону:** позвоните по номеру **1-800-368-1019**. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться номером **ТТУ/TDD 1-800-537-7697**.

- В письменной форме: заполните форму для подачи жалобы или отправьте письмо по адресу:

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

- **В электронном виде:** посетите портал жалоб Управления по гражданским правам по адресу <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

English: ATTENTION: If you need help in your language call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). These services are free of charge.

Arabic (العربية): انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). وهذه الخدمات مجانية.

Armenian (Հայերեն): Ուշադրություն: Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, գանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ բրայլյան և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Չանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

Cambodian (ភាសាខ្មែរ): ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូម ទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY:**711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ ទូរសព្ទទៅកាន់លេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Chinese Mandarin (普通话): 注意：如果您需要语言支持，请致电 **1-800-431-9007** (TTY：711)。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 **1-800-431-9007** (TTY：711)。这些服务均免费提供。

Chinese Cantonese (廣東話): 注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 **1-800-431-9007** (TTY：711)。我們也為殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 **1-800-431-9007** (TTY：711)。這些服務為免費服務。

Farsi (فارسی): توجه: اگر به زبان خود نیاز به کمک دارید با **1-800-431-9007** تماس بگیرید (رایگان: **711**). پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با **1-800-431-9007** (رایگان: **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

Hindi (हिंदी): ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायता और सेवाएं उपलब्ध हैं. **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. ये सेवाएं नि:शुल्क हैं.

Hmong (Lus Hmoob): THOV PAUB TXOG: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus thov hu rau **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no tsis muaj nqi dab tsi ntxiv lawm.

Japanese (日本語): 注意：言語のヘルプが必要な場合は **1-800-431-9007** (TTY: **711**) までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。 **1-800-431-9007** (TTY: **711**) までお電話ください。これらのサービスは無料です。

Korean (한국어): 주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 **1-800-431-9007** (TTY: **711**) 번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. **1-800-431-9007** (TTY: **711**) 번으로 연락해 주십시오. 해당 서비스는 무료로 제공됩니다.

Laotian (ພາສາລາວ): ສໍາຄັນ: ຖ້າທ່ານກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການ ສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣິ.

Mien (Mienh): Liouh Eix: Oix se meih oix nongc zuqc gorngv mienh wac daih taengx meih, cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Yie mbuo hac haih nongc mienh wac daih taengx waic fangx nyei mienh, hnangv zing mangc mv buatac lamh nyei mienh nongc nyei nzangc caux domh nzangc wenh jienx. Cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Naiv deix bong zouc gong se maiv siou zinh nyanh nyei.

Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ): ਧਿਆਨ ਦਿਉ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਲਿਕਲ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Russian (Русский): ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish (Español): ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Tagalog): ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Walang bayad ang mga serbisyong ito.

Thai (ภาษาไทย): โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร **1-800-431-9007** (TTY:**711**) นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โทร **1-800-431-9007** (TTY: **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Ukrainian (Українська): УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Ці послуги є безкоштовними.

Vietnamese (Tiếng Việt): CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và bản in cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.

Уведомление о недопущении дискриминации

Дискриминация запрещена законом. Компания Wellcare By Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health соблюдает требования законодательства штата и федерального законодательства о гражданских правах. Компания Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health не допускает незаконной дискриминации людей, не отказывает им в обслуживании и предоставляет одинаковый уровень обслуживания всем людям независимо от пола, расовой принадлежности, цвета кожи, религии, социального и национального происхождения, этнической принадлежности, возраста, психической или физической недееспособности, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендера, гендерной идентичности или сексуальной ориентации.

Компания Wellcare By Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health предоставляет:

- Бесплатную помощь и услуги людям с ограниченными возможностями с целью облегчения коммуникации, в том числе:
 - Услуги квалифицированных переводчиков жестового языка
 - Печатные материалы в других форматах (крупный шрифт, аудио, электронные форматы с поддержкой специальных возможностей, прочие форматы)
- Бесплатные услуги перевода людям, для которых английский язык не является родным, в том числе:
 - Услуги квалифицированных устных переводчиков
 - Письменные переводы материалов и документов на другие языки

Если вам нужны эти услуги, обращайтесь в компанию Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health по номеру **1-833-236-2366**. С 1 октября по 31 марта вы можете звонить нам в любой день недели с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября вы можете звонить нам с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. В нерабочее время, в выходные дни и государственные праздники работает автоответчик. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться номером **TTY 711**. По запросу этот документ можно получить напечатанным шрифтом Брайля, крупным шрифтом, на аудиокассете или в электронном формате. Чтобы получить копию документа в одном из этих альтернативных форматов, позвоните или напишите по адресу:

Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health

21281 Burbank Blvd.

Woodland Hills, CA 91367

1-833-236-2366 (TTY: 711)

Порядок подачи претензии

Если вы считаете, что компания Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health не предоставила указанные услуги или с ее стороны имела место иная незаконная дискриминация по признаку пола, расовой принадлежности, цвета кожи, религии, социального и национального происхождения, этнической принадлежности, возраста,

психической или физической недееспособности, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендера, гендерной идентичности или сексуальной ориентации, вы можете подать претензию в отдел обслуживания участников плана. Претензию можно подать по телефону, письменно, лично или в электронном виде:

- **По телефону:** свяжитесь с координатором Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health по вопросам прав граждан по номеру **1-866-458-2208**. С 8 a.m. до 5 p.m. с понедельника по пятницу. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться номером **TTY 711**.
- **В письменной форме:** заполните форму для подачи жалобы или напишите письмо и отправьте его по адресу:
Wellcare Civil Rights Coordinator
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103
- **Лично:** обратитесь в приемную своего врача или в компанию Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health и сообщите, что вы хотите подать претензию.
- **В электронном виде:** посетите веб-сайт компании Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health по адресу **wellcare.com/healthnetCA**.

Управление по гражданским правам — Департамент здравоохранения штата California

Вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в Управление по гражданским правам Департамента здравоохранения штата California по телефону, в письменной форме или в электронном виде:

- **По телефону:** позвоните по номеру **1-916-440-7370**. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться номером **TTY 711 (служба коммутируемых сообщений)**.
- **В письменной форме:** заполните форму для подачи жалобы или отправьте письмо по адресу:
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
Формы для подачи жалоб можно найти на веб-сайте
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- **В электронном виде:** отправьте электронное письмо по адресу **CivilRights@dhcs.ca.gov**.

Управление по гражданским правам — Департамент здравоохранения и социальных служб США

Если вы считаете, что подверглись дискриминации по признаку расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, возраста, пола или ограниченных возможностей, вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в Управление по гражданским правам Департамента здравоохранения и социальных служб

США по телефону, в письменной форме или в электронном виде:

- **По телефону:** позвоните по номеру **1-800-368-1019**. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться номером **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- **В письменной форме:** заполните форму для подачи жалобы или отправьте письмо по адресу:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
- **В электронном виде:** посетите портал жалоб Управления по гражданским правам по адресу **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**.

English: If you, or someone you are helping, need language services, call Toll-Free **1-833-236-2366** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille, accessible PDF and large print, are also available. These services are at no cost to you.

Arabic: إذا احتجت أنت أو شخص ما تقوم بمساعدته إلى خدمات لغوية، فاتصل بالرقم المجاني **1-833-236-2366** (TTY: **711**). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبالطباعة الكبيرة وملفات PDF القابلة للوصول إليها. ولا تتحمل أنت أي تكلفة مقابل هذه الخدمات.

Armenian: Եթե ձեզ կամ որևէ մեկին, ում օգնում եք, հարկավոր են լեզվական ծառայություններ, զանգահարեք **1-833-236-2366** (TTY` **711**) անվճար հեռախոսահամարով: Հասանելի են նաև հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օգնականներ և ծառայություններ, ինչպիսիք են փաստաթղթերը բրայլի տառերով, հասանելի PDF և մեծ տառերով: Այս ծառայությունները ձեզ համար անվճար են:

Cambodian: ប្រសិនបើអ្នក ឬ អ្នកណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងតែជួយ ត្រូវការសេវាភាសាសូមទូរសព្ទទៅលេខគតគិតថ្លៃតាមលេខ **1-833-236-2366** (TTY: **711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ជា PDF ដែលអាចចូលប្រើបាន និង ជាពុម្ពអក្សរទំហំធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃចំពោះអ្នកនោះទេ។

Chinese Mandarin: 如果您或您帮助的人需要语言服务，请拨打免费电话 **1-833-236-2366** (TTY: **711**)。我们还为残障人士提供辅助工具和相关服务，如盲文文件、无障碍PDF文件和大号字体文件。您可以免费获得这些服务。

Chinese Cantonese: 如果您或您協助的人需要語言服務，請撥打免付費專線 **1-833-236-2366** (TTY: **711**)。我們也為殘疾人士提供輔助和服務，例如點字、無障礙 PDF 和大字體印刷的文件。這些服務皆為免費。

Farsi: اگر شما یا فردی که به او کمک می‌کنید به خدمات زبان نیاز دارید، با خط رایگان **1-833-236-2366** (TTY: **711**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دارای ناتوانی، مانند مدارکی به زبان بریل، PDF قابل دسترسی، چاپ درشت، نیز در دسترس است. این خدمات به طور رایگان ارائه می‌شوند.

Hindi: यदि आपको, या किसी ऐसे व्यक्ति को जिसकी आप मदद कर रहे हैं, भाषा सेवाओं की आवश्यकता है, तो टोल-फ़्री **1-833-236-2366** (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल में दस्तावेज़, एक्सेस योग्य PDF और बड़े प्रिंट भी उपलब्ध हैं. ये सेवाएं आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं.

Hmong: Yog tias koj, los sis ib tug neeg twg uas koj tab tom pab no, xav tau cov kev pab cuam txhais lus, thov hu rau Tus Xov Tooj Hu Dawb **1-833-236-2366** (TTY: **711**). Tsis tas li ntawd, kuj yuav muaj cov khoom pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv sau ua tus ntawv su, hom ntawv PDF uas siv tau thiab ntawv luam loj thiab. Koj yuav tsis tas tau them nqi rau cov kev pab cuam no li.

Japanese: あなたご自身や、あなたが介護をしている方が言語サービスを必要としている場合は、フリーダイヤル **1-833-236-2366** (TTY: **711**) にお電話ください。障がいをお持ちの方には、点字やアクセス可能な PDF、大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。これらのサービスは無料です。

Korean: 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 다른 사람이 언어 서비스가 필요한 경우, 수신자 부담 전화 **1-833-236-2366** (TTY: **711**) 번으로 연락하십시오. 점자, 액세스 가능한 PDF 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

Laotian: ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ, ຕ້ອງການດ້ານບໍລິການດ້ານພາສາ, ໂທຫາເບີໂທພຣີທີ່ **1-833-236-2366** (TTY: **711**). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນຕົວອັກສອນນູນ, PDF ທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ ແລະ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆສຳລັບທ່ານ.

Mien: Nangs goongv meih mah xi meih sangs wav laanh munh xamw nongc meih sangs blanc ndouz wac xangh munh wac, dings meih mbopr mal xoud sinh ndiinc wac **1-833-236-2366** (TTY: **711**). Mbul i sangs sind naaih xaangd naaih nqumc dongz sind mal heis wav ndams munh, ganh nangw funl munh meic mbus ndangc, nyamh zongh doc xal haid beil PDF ganw ndangc luw lud. Sangs meih neiv ndams lu dei mal nongc sinh.

Punjabi: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ, ਜਾਂ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ, ਜਿਸ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਭਾਸ਼ਾ ਸੰਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਟੋਲ-ਫ੍ਰੀ **1-833-236-2366** (TTY: **711**)। ਅਸਮਰਥਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਵੈੱਬ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਪਹੁੰਚਯੋਗ PDF ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਆਕਾਰ ਵੈੱਬ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਵੈੱਬ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।

Russian: Если вам или лицу, которому вы помогаете, требуются услуги перевода, позвоните по бесплатному номеру **1-833-236-2366** (TTY: **711**). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля либо опубликованные в доступном формате PDF. Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish: Si usted, o alguien a quien está ayudando, necesita servicios lingüísticos, llame gratis al **1-833-236-2366** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille, formato PDF accesible y letra grande. Estos servicios se proporcionan sin costo alguno para usted.

Tagalog: Kung kayo o ang tinutulungan ninyo ay nangangailangan ng mga serbisyo sa wika, tumawag nang Toll-Free sa **1-833-236-2366** (TTY: **711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille, accessible na PDF at malaking print. Wala kayong babayaran para sa mga serbisyong ito.

Thai: หากคุณหรือคนที่คุณกำลังให้ความช่วยเหลืออยู่ต้องการบริการด้านภาษา โปรดติดต่อหมายเลขโทรศัพท์ที่ **1-833-236-2366** (TTY: **711**) เรามีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์, PDF ที่เข้าถึงได้ และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ พร้อมให้บริการ โดยคุณไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ เพื่อใช้บริการเหล่านี้

Ukrainian: Якщо ви, або хтось, кому ви допомагаєте, має потребу в мовних послугах, зверніться на безкоштовну телефонну лінію за номером **1-833-236-2366** (TTY: **711**). Сервіси та послуги доступні для з людей з обмеженими можливостями, всі документи доступні шрифтом Брайля, а також у форматі PDF із збільшеним розміром шрифту. Всі ці послуги цілком безкоштовні.

Vietnamese: Nếu quý vị hoặc người nào đó mà quý vị đang giúp đỡ cần dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi Số điện thoại miễn phí **1-833-236-2366** (TTY: **711**). Chúng tôi cũng cung cấp các dịch vụ và hỗ trợ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi, bản PDF và bản in cỡ lớn dễ đọc. Các dịch vụ này được cung cấp miễn phí cho quý vị.



In Partnership with **CalViva**
HEALTH

Настоящий справочник лекарств был обновлен 09/01/2024.

Важное сообщение о стоимости вакцин для вас. Некоторые вакцины считаются медицинской услугой. Другие вакцины считаются лекарствами по программе Part D. Наш план покрывает большинство вакцин по программе Part D бесплатно для вас.

Для получения более актуальной информации либо по другим вопросам обращайтесь в отдел обслуживания участников плана Wellcare Dual Align по номеру **1-800-431-9007** или в отдел обслуживания участников плана Wellcare CalViva Health Dual Align по номеру **1-833-236-2366**; при использовании ТТУ набирайте **711**. С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. Либо посетите веб-сайт **[wellcare.com/healthnetCA](https://www.wellcare.com/healthnetCA)**.

Medicare
Prescription Drug Coverage **Rx**