



Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

خطة تابعة لبرنامج Medicare Medi-Cal:

قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية لعام 2025 (قائمة الأدوية أو الوصفات)

يُرجى قراءة: تحتوي هذه الوثيقة على معلومات حول الأدوية الخاضعة للتغطية في هذه الخطة

HPMS Approved Formulary File Submission ID, 00025316 Version Number, 20.

تم تحديث كتيب الوصفات الدوائية بتاريخ 11/01/2025.

للحصول على معلومات أحدث أو إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اتصل بنا على الرقم 655-3086 (800)، وبالنسبة لمستخدمي الهواتف النصية "TTY" يمكنهم الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، أو زيارة الموقع الإلكتروني MolinaHealthcare.com/Medicare.

مقدمة

يُطلق على هذا المستند اسم قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية (ويُعرف أيضًا باسم قائمة الأدوية). فهي تخبرنا أي الأدوية الموصوفة مشمولة بتغطية خطة Molina Medicare Complete Care Plus. توضح لك قائمة الأدوية أيضًا إذا ما كانت هناك أي قواعد أو قيود خاصة على أي أدوية مشمولة بتغطية خطة Molina Medicare Complete Care Plus. توجد المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها في الفصل الأخير من دليل الأعضاء.

جدول المحتويات

- A. إخلاء المسؤولية..... 3
- B. الأسئلة الشائعة (FAQ)..... 9
- ب1. ما هي الأدوية الموصوفة الموجودة في قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية؟ (نطلق على قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية "قائمة الأدوية" اختصارًا)..... 9
- ب2. هل يتم إجراء أي تغيير على قائمة الأدوية؟..... 10
- ب3. ما الذي يحدث عند إجراء تغيير على قائمة الأدوية؟..... 10
- ب4. هل توجد أية قيود أو حدود على تغطية الأدوية أو هل يجب القيام بأية إجراءات للحصول على أدوية معينة؟..... 12
- ب5. كيف أعرف ما إذا كان ثمة حدود للدواء الذي أود الحصول عليه أو ما إذا كان ينبغي اتخاذ إجراءات للحصول عليه؟..... 12
- ب6. ماذا يحدث إذا أجرت Molina Medicare Complete Care Plus تغييرات على قواعدها المتعلقة بتغطية بعض الأدوية (على سبيل المثال، التصريح المسبق و/أو حدود الكمية و/أو قيود العلاج التدريجي)؟..... 12
- ب7. كيف يمكنني العثور على دواء في قائمة الأدوية؟..... 13
- ب8. ماذا أفعل إذا لم أجد الدواء الذي أريده في قائمة الأدوية؟..... 13
- ب9. ماذا أفعل إذا كنت عضوا جديدا في خطة Molina Medicare Complete Care Plus ولم أتمكن من العثور على الدواء الذي أريده في قائمة الأدوية، أو إذا واجهتني مشكلة في الحصول على الدواء الذي أريده؟..... 13
- ب10. هل يمكنني طلب الحصول على استثناء لتغطية الدواء الذي أريده؟..... 14
- ب11. كيف يمكنني طلب الحصول على استثناء؟..... 14
- ب12. ما المدة التي يستغرقها الحصول على استثناء؟..... 14
- ب13. ما هي الأدوية العامة؟..... 15
- ب14. ما المنتجات البيولوجية الأصلية وما وجه الصلة بينها وبين البدائل الحيوية؟..... 15

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة

MolinaHealthcare.com/Medicare

- ب15 هل تغطي خطة Molina Medicare Complete Care Plus المنتجات غير الدوائية التي تُصرف بدون وصفة طبية؟..... 15
- ب16 هل تغطي خطة Molina Medicare Complete Care Plus الإمدادات طويلة الأجل من الوصفات الطبية؟..... 15
- ب17 هل يمكنني الحصول على وصفات طبية من الصيدلية المحلية يتم توصيلها إلى منزلي؟..... 16
- ب18 ما هو المبلغ المشترك الذي عليّ دفعه؟..... 16
- C. نظرة عامة على قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية..... 16
- ج1 قائمة الأدوية حسب الحالة الطبية..... 17
- D. فهرس الأدوية الخاضعة للتغطية..... 102

A. إخلاء المسؤولية

هذه قائمة بالأدوية التي يمكن للأعضاء الحصول عليها في خطة Molina Medicare Complete Care Plus.

- ❖ يمكنك دائمًا التحقق من قائمة الأدوية المغطاة المحدثه لخطة Molina Medicare Complete Care Plus عبر الإنترنت وذلك من خلال الموقع الإلكتروني MolinaHealthcare.com/Medicare أو من خلال الاتصال على الرقم 665-3086 (800)، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني.
- ❖ يمكنك الحصول على هذا المستند بتنسيقات أخرى مجانًا، مثل الخط الكبير أو بطريقة برايل أو بالصوت. اتصل بالرقم 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY) يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني.
- ❖ ترتبط خطط Molina Healthcare المتمثلة في C-SNP و D-SNP و HMO بعقد مع Medicare. ترتبط خطط D-SNP بعقد مع برنامج Medicaid الحكومي. يتوقف التسجيل معنا على عملية تجديد العقد.
- ❖ تمثل Molina Healthcare (Molina) لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تمارس التمييز على أساس النوع أو الجنس أو اللون أو الدين أو العرق أو الأصل القومي أو المجموعة الإثنية أو العمر أو الإعاقة الجسدية أو العقلية أو الحالة الطبية أو المعلومات الوراثية أو الحالة الاجتماعية أو النوع الاجتماعي أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي.
- لمساعدتك على التواصل معنا بشكل فعال، توفر Molina Healthcare خدمات مجانية وفي الوقت المناسب:

 - تقدم Molina Healthcare تعديلات معقولة كما توفر مساعدات وخدمات مناسبة للأشخاص ذوي الإعاقة. ويشمل ذلك: (1) مترجمين فوريين مؤهلين. (2) مواد مكتوبة بتنسيقات أخرى (نصوص مكتوبة بخطوط كبيرة أو إصدارات صوتية أو تنسيقات إلكترونية سهلة الاستخدام أو باستخدام طريقة برايل)
 - توفر Molina Healthcare خدمات خاصة باللغات للأشخاص الذين يتحدثون بلغات أخرى أو ممن لديهم قدرة محدودة على التحدث بالإنجليزية. ويشمل ذلك: (1) مترجمين فوريين مؤهلين. (2) مواد مكتوبة ومترجمة إلى اللغة الأم التي تتحدث بها.

- إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، فاتصل على Molina Member Services على الرقم 665-3086 (800)-1 وبالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)/أجهزة الاتصال للصُم والبُكم (TDD)، يمكنهم الاتصال بالرقم: 711.
- إذا كنت تعتقد أننا قد مارسنا نوعًا من التمييز ضدك على أساس العمر أو اللون أو الإعاقة أو الأصل القومي أو العرق أو الجنس، فيمكنك تقديم شكوى. يمكنك تقديم شكوى بشكل شخصي أو عبر البريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني أو من خلال الإنترنت. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في كتابة شكواك، فيمكننا مساعدتك. يمكنك التعرف على إجراءات الشكوى الخاصة بنا من خلال زيارة موقعنا الإلكتروني <https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx> كما يمكنك الاتصال على Civil Rights Coordinator من خلال الرقم 1-866-606-3889 وبالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)/أجهزة الاتصال للصُم والبُكم (TDD)، يمكنهم الاتصال بالرقم: 711 أو إرسال الشكوى إلى:

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

Civil Rights Unit
200 OceanGate
Long Beach, CA 90802
البريد الإلكتروني: civil.rights@molinahealthcare.com
الموقع الإلكتروني: <https://molinahealthcare.Alertline.com>

يمكنك أيضًا تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية (شكوى) إلى من خلال U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights Complaint Portal أو عبر الإنترنت من خلال <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> أو عن طريق البريد أو من خلال الهاتف على الرقم:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
هاتف: 1-800-368-1019
الهاتف النصي (TTY، Teletypewriter)/جهاز الاتصال للصم والبكم (TDD، Telecommunication Device) :for the Deaf 800-537-7697

تتوفر نماذج الشكاوى هنا: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>

يمكنك أيضًا تقديم شكوى بخصوص الحقوق المدنية إلى California Department of Health Care Services Office of Civil Rights عبر الهاتف أو كتابيًا أو إلكترونياً:

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
هاتف: 916-440-7370 (أو 711 لخدمة ترحيل الاتصالات)
البريد الإلكتروني: CivilRights@dhcs.ca.gov

تتوفر نماذج الشكاوى عبر http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

إشعار CALIFORNIA EAE بمدى التوافر

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-855-665-4627 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-855-665-4627 (TTY: 711). These services are free.

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، فيرجى الاتصال على الرقم 1-855-665-4627 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي "TTY"، فيمكنهم الاتصال على: 711). كما تتوفر أدوات مساعدة وخدمات لذوي الاحتياجات الخاصة، مثل الوثائق بلغة برايل والطباعة بأحرف كبيرة. يرجى الاتصال على الرقم 1-855-665-4627 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي "TTY"، فيمكنهم الاتصال على: 711). هذه الخدمات مجانية.

ՈւՇԱԴԻՈՒԹԵՈՒՆ՝ Ձեր լեզվով օգնության դեպքում, գանգահարե՛ք 1-855-665-4627 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Հաճաճողամների համար հասանելի են նաև աջակցման ծառայություններ, օրինակ՝ փաստաթղթեր բրայլյան և խոշոր տառերով: Զանգահարե՛ք 1-855-665-4627, (TTY՝ 711):
Ծառայությունները գործում են անվճար:

請注意：如果您需要語言方面的協助，請撥打 1-855-665-4627 (TTY:711)。我們也向身心障礙人士提供輔助及服務，例如點字與大字體文件。請撥打 1-855-665-4627 (TTY:711)。這些服務均為免費。

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.



ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਇੱਥੇ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ਅਸਮਰਥਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਮਦਦ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: यदि आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता हो, तो 1-855-665-4627 (TTY: 711) पर कॉल करें। वविकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं। 1-855-665-4627 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं मुफ्त हैं।

THOV MUAB SIAB RAU: Yog koj xav tau kev pab ua koj hom lus, hu rau 1-855-665-4627 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su thiab cov ntawv loj. Hu rau 1-855-665-4627 (TTY: 711). Lawv cov kev pab cuam yog muab pab dawb xwb.

注記：母国語によるサポートが必要な場合は、1-855-665-4627 (TTY: 711) までご連絡ください。点字による文書や大きな活字で印刷した文書など、障がいのある方への支援やサービスもご利用いただけます。ご利用を希望される場合は、1-855-665-4627 (TTY: 711) までご連絡ください。これらのサービスはいずれも無料です。

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 1-855-665-4627(TTY: 711)로 문의 바랍니다. 점자 및 큰 글자 문서와 같이 장애가 있는 사용자를 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 1-855-665-4627 (TTY: 711)로 문의 바랍니다. 서비스 이용은 무료입니다.

ຂ້ອນເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອກທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ໂທຫາເບີ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣີ.

UA ZOO SAIB: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces hu rau 1-855-665-4627 (TTY:711). Dhau li no lawm kuj muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv xuas thiab luam ua tus ntawv loj. Hu rau 1-855-665-4627 (TTY:711). Cov kev pab cuam no yog muab yam tsis xam nqi.

ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-665-4627 (TTY: 711)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនដែលមានពិការភាព ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្តាប និងជាពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-665-4627 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

توجه: اگر میخواهید راهنماییها را به زبان خودتان دریافت کنید، با شماره 1-855-665-4627 شماره (TTY:711) تماس بگیرید. وسائل و خدمات کمکی مخصوص افراد مبتال به معلولیت، مانند اسناد به خط بریل و چاپ با حروف درشت نیز در دسترس هستند. برای دریافت این خدمات با شماره 1-855-665-4627 شماره (TTY:711) تماس بگیرید. این خدمات به صورت رایگان ارائه می شوند.

ВНИМАНИЕ! Если вам необходима информация на вашем языке, позвоните 1-855-665-4627 (TTY: 711). Для людей с инвалидностью также предоставляются услуги и информация в доступном формате — например, документы шрифтом



إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

Брайля или крупным шрифтом. Звоните 1-855-665-4627 (TTY: 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-855-665-4627 (TTY: 711). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al

1-855-665-4627 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

PAUNAWA: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-855-665-4627 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking print. Tumawag sa 1-855-665-4627 (TTY: 711). Ang mga serbisyong ito ay libre.

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โทร 1-855-665-4627 (TTY: 711)

รวมถึงยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น

เอกสารอักษรภาษาเบรลล์และตัวพิมพ์ใหญ่อีกด้วย โทร

1-855-665-4627 (TTY: 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, телефонуйте за номером 1-855-665-4627 (телетайп: 711). Крім того, ви можете отримати допоміжні засоби й послуги для осіб з особливими потребами, як-от документи, надруковані шрифтом Брайля або великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-855-665-4627 (телетайп: 711). Ці послуги безкоштовні.

CHÚ Ý: Nếu cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi 1-855-665-4627 (TTY: 711). Hiện chúng tôi cũng có sẵn các phương tiện hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi và chữ in cỡ lớn. Hãy gọi 1-855-665-4627 (TTY: 711). Những dịch vụ này đều miễn phí.

❖ تتاح هذه الوثيقة مجانًا باللغات الإسبانية والعربية والأرمنية والكمبودية والصينية والفارسية والهنغارية والكورية واللاوية والروسية والتاغالوغية والفيتنامية.

❖ يمكنك أن تطلب منا أن نرسل لك المعلومات دائمًا باللغة أو التنسيق الذي تحتاجه. ويسمى ذلك طلبًا دائمًا. يمكنك الاتصال على الرقم 3086-665 (800)، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY): 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. ويمكن لأحد ممثلي خدمة الأعضاء مساعدتك في تقديم طلب دائم أو تغييره. وسوف نتبع طلبك الدائم، لذا فإنك لا تحتاج إلى تقديم طلبات منفصلة في كل مرة نرسل لك فيها معلومات.

B. الأسئلة الشائعة (FAQ)

ستجد هنا أجوبة على أسئلتك بشأن قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية. يمكنك قراءة كل الأسئلة الشائعة لمعرفة المزيد أو يمكنك البحث عن سؤال محدد للحصول على إجابته.

ب1. ما هي الأدوية الموصوفة الموجودة في قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية؟ (نطلق على قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية "قائمة الأدوية" اختصارًا.)

الأدوية الموجودة في قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية التي تبدأ في القسم C1 هي الأدوية المغطاة في Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP). وتتوفر الأدوية في الصيدليات الموجودة ضمن نطاق شبكتنا. وتتواجد الصيدلية ضمن نطاق شبكتنا إذا أبرمنا معها اتفاقية للعمل معنا وتقديم الخدمات لك. ونشير إلى هذه الصيدليات باسم "الصيدليات التابعة للشبكة".

وقد يغطي برنامج Rx Cal-Medi بعض الأدوية الأخرى، مثل الأدوية التي تُصرف من دون وصفة طبية وبعض الفيتامينات. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) للحصول على مزيد من المعلومات. يمكنك كذلك الاتصال على Medi-Cal Rx Customer Service Center على الرقم 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة الهوية الخاصة بالمزايا (BIC) لبرنامج Medi-Cal عند الحصول على الأدوية الموصوفة من خلال برنامج Medi-Cal Rx.

• ستغطي خطة Molina Medicare Complete Care Plus جميع الأدوية اللازمة طبياً المدرجة في قائمة الأدوية في الحالات التالية:

- إذا أخبرك طبيبك أو أي طبيب آخر أمر بالوصفة أنك بحاجة إلى هذه الأدوية للتحسن أو للحفاظ على صحتك، و
- إذا وافقت Molina Medicare Complete Care Plus على أن الدواء ضروري لك من الناحية الطبية، و

- عند صرف الوصفة الطبية من صيدلية تابعة لشبكة Molina Medicare Complete Care Plus.

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

- في بعض الحالات، يتعين عليك القيام بإجراء ما قبل الحصول على الدواء. راجع السؤال ب4 للحصول على مزيد من المعلومات.

يمكنك أيضًا الاطلاع على قائمة محدثة من الأدوية التي نغطيها عبر موقعنا الإلكتروني عبر الرابط التالي MolinaHealthcare.com/Medicare أو الاتصال على Services Member على الرقم 665-3086 (800)، بالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

ب2 هل يتم إجراء أي تغيير على قائمة الأدوية؟

نعم، ويجب أن تتبع خطة Molina Medicare Complete Care Plus قواعد Medicare و Medicaid عند إجراء التغييرات. قد نضيف أدوية إلى قائمة الأدوية أو نزيلها منها على مدار العام.

وقد نغير كذلك قواعدنا المتعلقة بالأدوية. فعلى سبيل المثال، يمكننا:

- اتخاذ قرار بشأن ضرورة الحصول على تصريح مسبق على دواء من عدمها. (التصريح المسبق هو عبارة عن تصريح تحصل عليه من خطة Molina Medicare Complete Care Plus قبل أن تتمكن من الحصول على دواء.)
- إضافة أو تغيير كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها (وتسمى حدود الكمية).
- إضافة أو تغيير قيود العلاج التدريجي على دواء ما. (يُقصد بعبارة العلاج التدريجي أنه يجب عليك تجربة دواء قبل أن نقوم بتغطية دواء آخر.)

للمزيد من المعلومات حول القواعد المفروضة على الأدوية هذه، راجع السؤال ب4.

إذا كنت تتناول دواء تمت تغطيته في بداية العام، فلن نلغي أو نغير تغطية هذا الدواء بصورة عامة خلال الفترة المتبقية من السنة إلا إذا:

- ظهر دواء جديد أرخص في السوق وله نفس فعالية الدواء المدرج في قائمة الأدوية الآن، أو
- علمنا بأن دواء ما ليس آمنًا، أو
- تم سحب الدواء من السوق.

يوجد بالسؤالين ب3 وب6 أدناه المزيد من المعلومات حول ما يحدث عند إجراء تغيير على قائمة الأدوية.

- يمكنك دائمًا التحقق من قائمة الأدوية المحدثة لخطة Molina Medicare Complete Care Plus عبر الإنترنت على MolinaHealthcare.com/Medicare. يتم نشر تحديثات قائمة الأدوية عبر الموقع الإلكتروني شهريًا.
- يمكنك الاتصال على قسم خدمات الأعضاء Services Member على الرقم 665-3086 (800)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية يمكنهم الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي للتحقق من قائمة الأدوية الحالية.

ب3 ما الذي يحدث عند إجراء تغيير على قائمة الأدوية؟

ستطراً بعض التغييرات على قائمة الأدوية في الحال. على سبيل المثال:

- استبدال إصدارات جديدة معينة من الأدوية. قد نزيل فوراً الأدوية من قائمة الأدوية حال استبدالها بإصدارات جديدة معينة من الأدوية، ومع ذلك ستظل تكلفة الدواء الجديد \$0. وعند إضافة إصدار جديد من الدواء، فقد نقرر أيضًا الاحتفاظ بالعلامة التجارية للدواء أو المنتج البيولوجي الأصلي في القائمة مع إجراء تغيير على قواعد أو قيود التغطية الخاصة به.

- قد لا نحيطك علمًا قبل أن نجري هذا التغيير، ولكن سنرسل لك معلومات حول التغييرات المحددة التي أجريناها فور حدوثها.
 - لا يمكننا إجراء هذه التغييرات إلا إذا كان الدواء المضاف:
 - دواء عام جديد مماثل لدواء آخر يحمل علامة تجارية، أو
 - إصدار جديد محدد من البدائل الحيوية للمنتجات البيولوجية الأصلية المدرجة في قائمة الأدوية (على سبيل المثال، إضافة بديل حيوي قابل للتبديل يمكن استبداله بمنتج بيولوجي أصلي بدون وصفة طبية جديدة).
 - قد تكون بعض أنواع هذه الأدوية جديدة بالنسبة لك. لمزيد من المعلومات، راجع القسم ب14.
 - يمكنك أنت أو موفر الرعاية المتابع لحالتك طلب استثناء من هذه التغييرات. وسنرسل لك إخطارًا بالخطوات التي يمكنك اتباعها لطلب استثناء. يُرجى مراجعة الأسئلة ب10-ب12 لمعرفة المزيد من المعلومات المتعلقة بالاستثناءات.
 - سحب دواء ما من السوق. إذا أعربت إدارة الغذاء والدواء (Food and Drug Administration, FDA) أن الدواء الذي تتناوله ليس آمنًا، أو غير فعال أو قامت الجهة المصنعة للدواء بسحبه من السوق، فإننا قد نستبعد هذا الدواء على الفور من قائمة الأدوية. إذا كنت تتناول الدواء، فسنرسل لك إشعارًا عقب إجراء التغيير. تحدث مع طبيبك أو طبيب أمر بالوصفة آخر للعثور على بديل آمن لك.
- قد نقوم بإجراء تغييرات أخرى من شأنها أن تؤثر على الأدوية التي تتناولها.** سنبلغك مسبقًا بهذه التغييرات الأخرى التي تطرأ على قائمة الأدوية. وقد تطرأ هذه التغييرات إذا:
- قدمت إدارة الغذاء والدواء (FDA) إرشادات جديدة أو إذا ظهرت توجيهات سريرية جديدة بشأن دواء ما.
 - قمنا بإزالة دواء يحمل علامة تجارية من قائمة الأدوية عند إضافة دواء عام ليس جديدًا في السوق، أو
 - قمنا بإزالة منتج بيولوجي أصلي عند إضافة بديل حيوي، أو
 - قمنا بتغيير قواعد أو حدود تغطية الدواء الذي يحمل العلامة التجارية.
- عند إجراء هذه التغييرات، سنقوم بما يلي:
- إعلامك قبل 30 يومًا على الأقل من إجرائنا التغيير في قائمة الأدوية أو
 - إعلامك وإمدادك بالدواء لمدة 31 يومًا بعد طلبك إعادة صرف الدواء.
- سيمنحك ذلك الوقت الكافي للتحدث مع طبيبك أو أي طبيب أمر بالوصفة آخر، ويمكن أن يساعدك الطبيب على اتخاذ قرار يتعلّق بما يلي:
- ما إذا كان هناك دواء مشابه في قائمة الأدوية يمكنك تناوله بدلاً من الدواء الأول أو
 - ما إذا كان ينبغي عليك طلب استثناء من هذه التغييرات. لمعرفة المزيد بشأن الاستثناءات، راجع الأسئلة ب10-ب12.

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

ب4 هل توجد أية قيود أو حدود على تغطية الأدوية أو هل يجب القيام بأية إجراءات للحصول على أدوية معينة؟

نعم، توجد قواعد تغطية أو حدود على كمية بعض الأدوية التي يمكنك الحصول عليها. وفي بعض الحالات، يجب عليك أو على طبيبك أو أي طبيب آخر أمر بالوصفة القيام بإجراء ما قبل الحصول على الدواء. على سبيل المثال:

- **التصريح المسبق** بالنسبة لبعض الأدوية، يجب عليك أو على طبيبك أو أي طبيب أمر بالوصفة آخر الحصول على تصريح من خطة Molina Medicare Complete Care Plus قبل صرف وصفتك الطبية. يختلف الحصول على التصريح المسبق عن الإحالة. وقد لا توفر خطة Molina Medicare Complete Care Plus تغطية الخدمة أو الدواء إذا لم تحصل على التصريح المسبق.

- **حدود الكمية:** في بعض الأحيان، تُحد خطة Molina Medicare Complete Care Plus من كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها.

- **العلاج التدريجي:** قد تطلب منك خطة Molina Medicare Complete Care Plus القيام بالعلاج التدريجي في بعض الأحيان. مما يعني أنه سيتعين عليك تجربة الأدوية بترتيب معين وفقاً لحالتك الصحية. وقد تضطر إلى تجربة دواء قبل أن نقوم بتغطية دواء آخر. وإذا رأى الطبيب الأمر بالوصفة أن الدواء الأول لا يتناسب مع حالتك، سنقوم حينها بتغطية الدواء الثاني.

يمكنك معرفة ما إذا كان للدواء الخاص بك أي متطلبات أو حدود إضافية من خلال مراجعة الجداول الموجودة في القسم C1. ويمكنك أيضاً الحصول على المزيد من المعلومات من خلال زيارة موقعنا الإلكتروني عبر الرابط التالي MolinaHealthcare.com/Medicare. لقد قمنا بنشر وثائق عبر الإنترنت تشرح الحصول على الموافقة المسبقة وقيود العلاج التدريجي. ويمكنك أيضاً أن تطلب منا إرسال نسخة إليك.

يمكنك طلب استثناء من هذه التغييرات. سيمنحك ذلك الوقت الكافي للتحدث مع طبيبك أو أي طبيب أمر بالوصفة آخر، إذ يمكنه مساعدتك في اتخاذ قرار بشأن ما إذا كان هناك دواء مشابه في قائمة الأدوية يمكنك تناوله بدلاً من الدواء الأول أو ما إذا كان ينبغي عليك طلب استثناء. يُرجى مراجعة الأسئلة ب10-ب12 لمعرفة المزيد من المعلومات بشأن الاستثناءات.

ب5 كيف أعرف ما إذا كان ثمة حدود للدواء الذي أود الحصول عليه أو ما إذا كان ينبغي اتخاذ إجراءات للحصول عليه؟

يتضمن الجدول الوارد في قائمة الأدوية حسب الحالة الطبية على عمود بعنوان "الإجراءات الضرورية أو القيود أو حدود الاستخدام".

ب6 ماذا يحدث إذا أجرت Molina Medicare Complete Care Plus تغييرات على قواعدها المتعلقة بتغطية بعض الأدوية (على سبيل المثال، التصريح المسبق و/أو حدود الكمية و/أو قيود العلاج التدريجي)؟

في بعض الحالات، سنقوم بإبلاغك مسبقاً إذا قمنا بإضافة أو تغيير التصريح المسبق و/أو حدود الكمية و/أو قيود العلاج التدريجي الخاصة بالدواء. راجع السؤال ب3 للحصول على المزيد من المعلومات حول هذا الإخطار المسبق والمواقف التي قد لا تتمكن فيها من إبلاغك مسبقاً عند تغيير قواعدها الخاصة بالأدوية الموجودة في قائمة الأدوية.

ب7 كيف يمكنني العثور على دواء في قائمة الأدوية؟

توجد طريقتان للعثور على دواء ما:

- يمكنك البحث حسب الترتيب الأبجدي، أو
- يمكنك البحث بحسب الحالة الصحية.

للبحث حسب الترتيب الأبجدي، ابحث عن الدواء الخاص بك في قسم فهرس الأدوية الخاضعة للتغطية. ويمكنك العثور عليه في القسم D.

للبحث حسب الحالة الصحية، ابحث عن القسم C1 تحت عنوان "قائمة الأدوية حسب الحالة الطبية". تم تصنيف الأدوية في هذا القسم إلى فئات وفقاً لنوع الحالات الصحية المستخدمة في علاجها. على سبيل المثال، إذا كانت لديك مشكلة بالقلب، يجب عليك النظر في فئة "أمراض الأوعية القلبية". وستجد في هذه الفئة الأدوية التي تعالج مشاكل القلب.

ب8 ماذا أفعل إذا لم أجد الدواء الذي أريده في قائمة الأدوية؟

إذا لم تجد دواءك في قائمة الأدوية، عليك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء Member Services على الرقم (800) 665-3086، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي، ويمكنك الاستفسار عن ذلك. وإذا علمت أن خطة Molina Medicare Complete Care Plus لن تقوم بتغطية الدواء، فيمكنك القيام بأحد الإجراءات التالية:

- اطلب من Member Services تزويدك بقائمة أدوية مماثلة للدواء الذي تود الحصول عليه. ثم قم بعرض القائمة على طبيبك أو أي طبيب أمر بالوصفة آخر. يمكنه وصف دواء موجود في قائمة الأدوية مماثل للدواء الذي كنت تود الحصول عليه. أو
- يمكنك مطالبة Molina Medicare Complete Care Plus بالحصول على استثناء لتغطية الدواء الذي تريده. يُرجى مراجعة الأسئلة ب-10 ب-12 لمعرفة المزيد من المعلومات بشأن الاستثناءات.

ب9 ماذا أفعل إذا كنت عضواً جديداً في خطة Molina Medicare Complete Care Plus ولم أتمكن من العثور على الدواء الذي أريده في قائمة الأدوية، أو إذا واجهتني مشكلة في الحصول على الدواء الذي أريده؟

يمكننا تقديم المساعدة. يمكننا تغطية إمدادك مؤقتاً بالدواء لمدة 31 يوماً خلال الأيام الـ 90 الأولى من عضويتك في Molina Medicare Complete Care Plus. سيمنحك ذلك الوقت الكافي للتحدث مع طبيبك أو أي طبيب أمر بالوصفة آخر، إذ يمكنه مساعدتك في اتخاذ قرار بشأن ما إذا كان هناك دواء مشابه في قائمة الأدوية يمكنك تناوله بدلاً من الدواء الأول أو ما إذا كان ينبغي عليك طلب استثناء.

إذا كانت وصفتك الطبية تغطي أياماً أقل، فسنتيح لك صرف الدواء عدة مرات لتغطية مدة تصل إلى 31 يوماً من العلاج كحد أقصى.

سنقوم بتغطية إمدادك بالدواء لمدة 31 يوماً إذا:

- كنت تتناول دواء غير موجود في قائمة الأدوية لدينا، أو
- لم تكن قواعد الخطة الخاصة بنا تسمح لك بالحصول على الكمية التي حددها الطبيب الأمر بالوصفة المتابع لحالتك، أو

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على (800) 665-3086، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.



- إذا كان الدواء يتطلب الحصول على موافقة مسبقة من Molina Medicare Complete Care Plus، أو
- كنت تتناول دواء يُعد جزءًا من قيود العلاج التدريجي.

إذا كنت تتناول دواءً لا تعتبره خطة Molina Medicare Complete Care Plus دواءً من الجزء D، ولم يكن الدواء مدرجًا في قائمة الأدوية فضلاً عن كونك تواجه مشكلة في الحصول عليه، فقد يتم تغطيته من خلال Medi-Cal Rx. إذا كان الدواء المستثنى من الفئة D يتطلب الحصول على استثناء، وكنت تعاني من حالة طارئة، فإن Medi-Cal Rx سيسمح لك بالحصول على إمداد من الدواء يكفي لمدة لا تقل عن 72 ساعة. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) للحصول على المزيد من المعلومات. يمكنك كذلك الاتصال على Medi-Cal Rx Customer Service Center على الرقم 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة الهوية الخاصة بالمزايا (BIC) لبرنامج Medi-Cal عند الحصول على الأدوية الموصوفة من خلال Medi-Cal Rx.

إذا كنت في دار للرعاية أو في أي مرفق آخر للرعاية طويلة الأمد وكنت بحاجة إلى دواء غير موجود في قائمة الأدوية أو إذا لم تتمكن من الحصول على الدواء الذي تريده، فبإمكاننا مساعدتك. وإذا كنت عضوًا في الخطة لمدة تخطت 90 يومًا، وتعيش في إحدى مرافق الرعاية طويلة الأمد وتحتاج إلى إمداد فورًا:

- سنقوم بتغطية إمداد الدواء الذي تحتاجه لمدة 31 يومًا (ما لم تكن الوصفة الطبية لعدد أيام أقل)، سواء كنت عضوًا جديدًا في خطة Molina Medicare Complete Care Plus أم لا.
- وذلك بالإضافة إلى إمدادك بشكل مؤقت بالدواء خلال الـ 90 يومًا الأولى من عضويتك في خطة Molina Medicare Complete Care Plus.

ستوفر Molina Medicare Complete Care Plus صرفًا مؤقتًا لمدة 31 يومًا على الأقل (ما لم تكن الوصفة الطبية محددة لأقل من 31 يومًا أو تم صرف الوصفة الطبية بأقل من الكمية المحددة بسبب حدود الكمية لأغراض السلامة أو تعديلات استخدام الدواء استنادًا إلى ملصق المنتج المعتمد، وفي هذه الحالة ستسمح Molina Medicare Complete Care Plus بصرف الأدوية المتعددة لتوفير ما يصل إلى 31 يومًا من الأدوية) في بيئة الرعاية طويلة الأجل في أي وقت خلال أول 90 يومًا من تسجيل العضو، بدءًا من تاريخ التغطية الفعلي للمسجل.

ب10 هل يمكنني طلب الحصول على استثناء لتغطية الدواء الذي أريده؟

نعم. يمكن طلب استثناء من خطة Molina Medicare Complete Care Plus لتغطية الدواء غير الموجود في قائمة الأدوية. يمكنك أيضًا أن تطلب منا تغيير القواعد المطبقة على الدواء الذي تتناوله.

- على سبيل المثال، قد تحدد خطة Molina Medicare Complete Care Plus كمية الدواء التي سنغطيها. فإذا كان هناك حد لكمية الدواء الذي تريده، يمكنك أن تطلب منا تغيير هذا الحد وتغطية كمية أكبر.
- أمثلة أخرى: يمكنك أن تطلب منا إلغاء قيود العلاج التدريجي أو متطلبات الموافقة المسبقة.

ب11 كيف يمكنني طلب الحصول على استثناء؟

لطلب الحصول على استثناء، اتصل بقسم خدمات الأعضاء Member Services. سيتعاون معك ممثل قسم Member Services ومع موفر الرعاية لديك لمساعدتك في طلب الحصول على استثناء. ويمكنك أيضًا مطالعة الفصل 9 القسم G2 من دليل الأعضاء لمعرفة المزيد بشأن الاستثناءات.

ب12 ما المدة التي يستغرقها الحصول على استثناء؟

بعد استلامنا بيانًا من الطبيب الأمر بالوصفة يدعم فيه طلبك بالحصول على استثناء، سنعلمك بالقرار في غضون 72 ساعة. يمكن لموفر الرعاية أو أي شخص آخر وصف لك الدواء إرسال بيان الدعم إلينا عبر الفاكس أو البريد على الرقم 290-1309 (866). كما يمكنهما إخبارنا بشأن البيان عبر الهاتف، ثم إرساله عبر الفاكس أو البريد.

أرسل بيان موفر الرعاية إلى:

إذا كنت تعتقد أنت أو الطبيب الأمر بالوصفة أن صحتك قد تتضرر إذا انتظرت مدة 72 ساعة لمعرفة القرار، يمكنك طلب استثناء سريع. ويجعل هذا الطلب عملية إصدار القرار. إذا دعم الطبيب الأمر بالوصفة طلبك، فسنصدر القرار في غضون 24 ساعة من تلقي البيان الداعم منه.

ب13 ما هي الأدوية العامة؟

يتم صنع الأدوية العامة من نفس مكونات الأدوية الفعالة التي تحمل علامة تجارية. وعادةً ما تكون تكلفة هذه الأدوية أقل مقارنة بالدواء الذي يحمل علامة تجارية فضلاً عن كونها ذات تأثير مماثل. وفي كثير من الأحيان لا يكون لهذه الأدوية أسماء معروفة. وتقوم إدارة الغذاء والدواء (FDA) باعتماد هذه الأدوية العامة. وهناك أدوية عامة بديلة للعديد من الأدوية التي تحمل علامات تجارية. يمكن استبدال الأدوية العامة عادةً بالأدوية ذات العلامات التجارية في الصيدلية دون وصفة طبية جديدة - اعتماداً على قوانين الولاية المعمول بها.

تغطي خطة Molina Medicare Complete Care Plus كلاً من الأدوية التي تحمل علامات تجارية والأدوية العامة على حد سواء.

ب14 ما المنتجات البيولوجية الأصلية وما وجه الصلة بينها وبين البدائل الحيوية؟

عندما نشير إلى الأدوية، فقد يعني ذلك دواءً أو منتجاً بيولوجياً. وتتسم المنتجات البيولوجية بكونها أدوية أكثر تعقيداً من الأدوية المتعارف عليها. ونظراً لأن المنتجات البيولوجية أكثر تعقيداً من الأدوية المتعارف عليها، فبدلاً من وجود شكل عام، يكون لها أشكالاً تسمى البدائل الحيوية. وبوجه عام، تتمتع البدائل الحيوية بقدر مماثل من الفعالية التي يتمتع بها المنتج البيولوجي الأصلي وقد تكون ذات تكلفة أقل. وهناك العديد من البدائل الحيوية لبعض المنتجات البيولوجية الأصلية. تكون بعض البدائل الحيوية قابلة للتبديل، واعتماداً على قوانين الولاية المعمول بها، يمكن استبدالها بمنتج بيولوجي أصلي في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة، على نحو مماثل لاستبدال الأدوية العامة بالأدوية التي تحمل علامة تجارية.

للحصول على مزيد من المعلومات حول أنواع الأدوية، راجع الفصل 5 من دليل الأعضاء.

ب15 هل تغطي خطة Molina Medicare Complete Care Plus المنتجات غير الدوائية التي تُصرف بدون وصفة طبية؟

تغطي خطة Molina Medicare Complete Care Plus بعض المنتجات غير الدوائية التي تُصرف بدون وصفة طبية عندما يتم كتابتها كوصفات طبية من قبل موفر الرعاية الخاص بك.

يمكنك الاطلاع على قائمة الأدوية في خطة Molina Medicare Complete Care Plus لمعرفة المنتجات غير الدوائية التي لا تستلزم وصفة طبية التي تتم تغطيتها.

ب16 هل تغطي خطة Molina Medicare Complete Care Plus الإمدادات طويلة الأجل من الوصفات الطبية؟

- برامج الطلب بالبريد. نقدم برنامج الطلب بالبريد الذي يسمح لك بالحصول على ما يصل إلى 100 يوماً من الإمداد بالعقاقير الموصوفة لك وإرسالها مباشرة إلى منزلك. ويتم دفع نفس رسوم التأمين الصحي نظير الإمداد بالدواء لمدة 100 يوماً كإمداد لمدة شهر واحد.

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

- برامج الصيدليات التي تقدم خدمة البيع بالتجزئة لمد 100 يومًا قد تقدم بعض صيدليات البيع بالتجزئة أيضًا ما يصل إلى 100 يومًا من الإمداد بالأدوية الطبية الخاضعة للتغطية. ويتم دفع نفس رسوم التأمين الصحي نظير الإمداد بالدواء لمدة 100 يومًا كإمداد لمدة شهر واحد.

ب17 هل يمكنني الحصول على وصفات طبية من الصيدلية المحلية يتم توصيلها إلى منزلي؟

قد يتاح لدى الصيدلية المحلية توصيل الوصفة الطبية إلى منزلك. ويمكنك الاتصال بالصيدلية لمعرفة إذا ما كانت تقدم خدمات التوصيل إلى المنزل.

ب18 ما هو المبلغ المشترك الذي علي دفعه؟

يستطيع الأعضاء في خطة Molina Medicare Complete Care Plus الحصول على الأدوية الموصوفة والأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية والمنتجات غير الدوائية إذا ما اتبع العضو قواعد الخطة. راجع الأسئلة ب15 وب16 للتعرف على المزيد من المعلومات حول الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية والمنتجات غير الدوائية.

الفئات هي عبارة عن مجموعات من الأدوية الموجودة في قائمة الأدوية لدينا.

- يدفع العضو 0\$ مدفوعات مشتركة للحصول على الأدوية العامة من الفئة 1.
- يدفع العضو 0\$ مدفوعات مشتركة للحصول على الأدوية من الفئة 1 ذات العلامة التجارية.

لا تتطلب جميع المستويات مدفوعات مشتركة.

تتطلب الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية 0\$ مدفوعات مشتركة.

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بقسم Member Services على الرقم 665-3086 (800) ولمستخدمي الهاتف النصي TTY يمكنهم الاتصال على الرقم: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

C. نظرة عامة على قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية

توفر لك قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية معلومات حول الأدوية المغطاة بواسطة برنامج Molina Medicare Complete Care Plus. إذا كنت تواجه صعوبة في العثور على الدواء الذي تبحث عنه في القائمة، فانقل إلى فهرس الأدوية الخاضعة للتغطية الذي يبدأ في القسم D. حيث يسرد الفهرس جميع الأدوية المغطاة بواسطة برنامج Molina Medicare Complete Care Plus وفق ترتيب أبجدي.

وقد يغطي برنامج Medi-Cal Rx بعض الأدوية الأخرى، مثل الأدوية التي تُصرف من دون وصفة طبية وبعض الفيتامينات. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) للحصول على مزيد من المعلومات. يمكنك كذلك الاتصال على Medi-Cal Rx Customer Service Center على الرقم 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة الهوية الخاصة بالمرضا (BIC) لبرنامج Medi-Cal عند الحصول على الأدوية الموصوفة من خلال برنامج Medi-Cal Rx.

طلبات الاستئناف ضمن القسم D

- يُعدُّ الاستئناف وسيلة رسمية لمطالبتنا بمراجعة قرارٍ اتخذناه حول التغطية الخاصة بك وتغييره إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأً.
- على سبيل المثال، قد نقرر أن الدواء الذي تريده غير خاضع للتغطية أو لم يعد خاضعًا للتغطية من جانب Medicare أو Medi-Cal.

- فإذا لم تكن موافقاً أنت أو الطبيب الأمر بالوصفة الخاص بك على قرارنا، فيمكنك طلب استئناف. إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بقسم Member Services على الرقم 665-3086 (800) ولمستخدمي الهاتف النصي TTY يمكنهم الاتصال على الرقم: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي..

- يمكنك أيضاً قراءة الفصل 9 من دليل الأعضاء لمعرفة كيفية الاستئناف على قرار ما.

- تحظى الأدوية التي لا تندرج ضمن الأدوية المدرجة في الجزء D بقواعد مختلفة فيما يتعلق بطلبات الاستئناف.

ج1 قائمة الأدوية حسب الحالة الطبية

تم تصنيف الأدوية في هذا القسم إلى فئات وفقاً لنوع الحالات الصحية المستخدمة في علاجها. على سبيل المثال، إذا كانت لديك مشكلة بالقلب، يجب عليك النظر في فئة "قلبي وعائي". وستجد في هذه الفئة الأدوية التي تعالج مشاكل القلب.

في ما يلي معاني الرموز المستخدمة في عمود "الإجراءات الضرورية أو القيود أو حدود الاستخدام":

PA = الموافقة (التصريح) المسبقة: يجب أن تحصل على موافقة قبل أن تتمكن من الحصول على هذا الدواء.

QL = حدود الكمية: كمية الدواء التي ستغطيها الخطة.

ST = معايير العلاج التدريجي: يجب أن تجرب دواءً آخر قبل أن تتمكن من الحصول على هذا الدواء.

NM = طلب غير بريدي: لا يمكن صرف هذا الدواء بطلب عن طريق البريد.

B/D = قد يتم تغطية هذا الدواء بموجب الجزء B أو D من برنامج Medicare حسب الظروف.

LA = الدواء محدود الوصول: قد يتوفر هذا الدواء فقط في صيدليات معينة.

_ = الأدوية غير مدرجة في الجزء D، أو العناصر التي تُصرف بدون وصفة طبية التي يغطيها برنامج Medicaid.

NDS = الإمداد لأيام غير ممتدة: ستقتصر على عدد الأيام التي يمكنك الحصول فيها على إمدادات.

يشتمل العمود الأول من الجدول على اسم الدواء. يتم سرد الأدوية العامة بأحرف مائلة صغيرة (على سبيل المثال، *metformin*، *hcl*)، في حين تتم كتابة الأدوية ذات العلامات التجارية بأحرف كبيرة (على سبيل المثال، JANUVIA TABS)، وتخبرك المعلومات المدرجة في عمود "الإجراءات الضرورية أو القيود أو حدود الاستخدام" إذا ما كان لدى Molina Medicare Complete Care Plus أي قواعد لتغطية دوائك.

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.



MOLINA_CY25_1T_SNP_PMOD eff 11/01/2025**Drug Name****Drug Tier Requirements/Limits****ANALGESICS****GOUT**

<i>allopurinol</i> TABS 100mg, 300mg	1	
<i>colchicine</i> CAPS .6mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>colchicine</i> TABS .6mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	1	
MITIGARE CAPS .6mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>probenecid</i> TABS 500mg	1	

MISCELLANEOUS

<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> SOLN .5%, 1%, 1.5%, 2%	1	B/D
---	---	-----

NSAIDS

<i>celecoxib</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>celecoxib</i> CAPS 400mg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg; TBEC 25mg, 50mg, 75mg	1	
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	1	
<i>etodolac</i> CAPS 200mg, 300mg; TABS 400mg, 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg	1	
<i>flurbiprofen</i> TABS 100mg	1	
<i>ibu</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	1	
<i>ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml; TABS 400mg, 600mg, 800mg	1	
<i>meloxicam</i> TABS 7.5mg, 15mg	1	
<i>nabumetone</i> TABS 500mg, 750mg	1	
<i>naproxen</i> TABS 250mg, 375mg, 500mg	1	
<i>naproxen</i> TBEC 375mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>naproxen dr</i> TBEC 500mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>naproxen sodium</i> TABS 275mg, 550mg	1	
<i>piroxicam</i> CAPS 10mg, 20mg	1	
<i>sulindac</i> TABS 150mg, 200mg	1	

OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING

<i>buprenorphine</i> PTWK 5mcg/hr, 7.5mcg/hr, 10mcg/hr, 15mcg/hr, 20mcg/hr	1	QL (4 patches / 28 days), PA
<i>fentanyl</i> PT72 12mcg/hr, 25mcg/hr, 37.5mcg/hr, 50mcg/hr, 62.5mcg/hr, 75mcg/hr, 87.5mcg/hr, 100mcg/hr	1	QL (10 patches / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 100mg, 120mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>methadone hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 10mg/5ml	1	QL (450 mL / 30 days), PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
methadone hcl TABS 5mg, 10mg	1	QL (90 tabs / 30 days), PA
methadone hydrochloride i CONC 10mg/ml	1	QL (90 mL / 30 days), PA
morphine sulfate TBCR 15mg, 30mg, 60mg, 100mg, 200mg	1	QL (90 tabs / 30 days), PA
OXYCONTIN T12A 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml	1	QL (2700 mL / 30 days)
acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg	1	QL (400 tabs / 30 days)
acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg	1	QL (360 tabs / 30 days)
acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
butorphanol tartrate SOLN 1mg/ml, 2mg/ml	1	
endocet tab 2.5-325mg	1	QL (360 tabs / 30 days)
endocet tab 5-325mg	1	QL (360 tabs / 30 days)
endocet tab 7.5-325mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
endocet tab 10-325mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml	1	QL (2700 mL / 30 days)
hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-325 mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg	1	QL (150 tabs / 30 days)
hydromorphone hcl LIQD 1mg/ml	1	QL (600 mL / 30 days)
hydromorphone hcl TABS 2mg, 4mg, 8mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
morphine sulfate SOLN 2mg/ml, 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	1	B/D
morphine sulfate SOLN 10mg/5ml, 20mg/5ml	1	QL (900 mL / 30 days)
morphine sulfate SOLN 100mg/5ml	1	QL (180 mL / 30 days)
morphine sulfate TABS 15mg, 30mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
nalbuphine hcl SOLN 10mg/ml, 20mg/ml	1	
oxycodone hcl CONC 100mg/5ml	1	QL (180 mL / 30 days)
oxycodone hcl SOLN 5mg/5ml	1	QL (900 mL / 30 days)
oxycodone hcl TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg	1	QL (360 tabs / 30 days)
oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg	1	QL (360 tabs / 30 days)
oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg	1	QL (180 tabs / 30 days)

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على (800) 665-3086، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>tramadol hcl</i> TABS 50mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen tab</i> 37.5-325 mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
ANTI-INFECTIVES		
ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS		
<i>albendazole</i> TABS 200mg	1	NDS, QL (672 tabs / year), PA
<i>amikacin sulfate</i> SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml	1	
ARIKAYCE SUSP 590mg/8.4ml	1	NDS, NM, PA
<i>atovaquone</i> SUSP 750mg/5ml	1	QL (300 mL / 30 days), PA
<i>aztreonam</i> SOLR 1gm, 2gm	1	
CAYSTON SOLR 75mg	1	NDS, NM, PA
<i>clindamycin hcl</i> CAPS 75mg, 150mg, 300mg	1	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> SOLR 75mg/5ml	1	
<i>clindamycin phosphate</i> SOLN 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 300 mg/50ml	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 600 mg/50ml	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 900 mg/50ml	1	
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	1	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	1	
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	1	
<i>colistimethate sodium</i> SOLR 150mg	1	
<i>dapsone</i> TABS 25mg, 100mg	1	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	1	NDS
<i>daptomycin</i> SOLR 350mg, 500mg	1	NDS
EMVERM CHEW 100mg	1	NDS, QL (12 tabs / year)
<i>ertapenem sodium</i> SOLR 1gm	1	
<i>gentamicin in saline inj</i> 0.8 mg/ml	1	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1 mg/ml	1	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1.2 mg/ml	1	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1.6 mg/ml	1	
<i>gentamicin in saline inj</i> 2 mg/ml	1	
<i>gentamicin sulfate</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 250 mg	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 500 mg	1	
IMPAVIDO CAPS 50mg	1	NDS, PA
<i>ivermectin</i> TABS 3mg	1	QL (12 tabs / 90 days), PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ivermectin TABS 6mg	1	QL (10 tabs / 90 days), PA
linezolid SOLN 600mg/300ml	1	
linezolid SUSR 100mg/5ml	1	NDS, QL (1800 mL / 30 days)
linezolid TABS 600mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
LINEZOLID INJ 2MG/ML	1	
meropenem SOLR 1gm, 2gm, 500mg	1	
methenamine hippurate TABS 1gm	1	
metronidazole SOLN 500mg/100ml; TABS 250mg, 500mg	1	
neomycin sulfate TABS 500mg	1	
nitazoxanide TABS 500mg	1	NDS, QL (6 tabs / 30 days)
nitrofurantoin macrocrystal CAPS 50mg, 100mg	1	
nitrofurantoin monohyd macro CAPS 100mg	1	
pentamidine isethionate inh SOLR 300mg	1	B/D
pentamidine isethionate inj SOLR 300mg	1	
polymyxin b sulfate SOLR 500000unit	1	
praziquantel TABS 600mg	1	
pyrimethamine TABS 25mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), PA
streptomycin sulfate SOLR 1gm	1	NDS
sulfadiazine TABS 500mg	1	NDS
sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg	1	
tinidazole TABS 250mg, 500mg	1	
TOBI PODHALER CAPS 28mg	1	NDS, NM, PA
tobramycin NEBU 300mg/5ml	1	NDS, NM, PA
tobramycin sulfate SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	1	
trimethoprim TABS 100mg	1	
vancomycin hcl CAPS 125mg	1	QL (80 caps / 180 days)
vancomycin hcl CAPS 250mg	1	QL (160 caps / 180 days)

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>vancomycin hcl</i> SOLR 1gm, 1.25gm, 1.5gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	1	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	1	
VANCOMYCIN INJ 500MG	1	
VANCOMYCIN INJ 750MG	1	
ANTIFUNGALS		
<i>amphotericin b</i> SOLR 50mg	1	B/D
<i>amphotericin b liposome</i> SUSR 50mg	1	NDS, B/D
<i>casprofungin acetate</i> SOLR 50mg, 70mg	1	
<i>fluconazole</i> SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 200 mg/100ml	1	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 400 mg/200ml	1	
<i>flucytosine</i> CAPS 250mg, 500mg	1	NDS, PA
<i>griseofulvin microsize</i> SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> TABS 125mg, 250mg	1	
<i>itraconazole</i> CAPS 100mg	1	PA
<i>ketoconazole</i> TABS 200mg	1	PA
<i>miconazole sodium</i> SOLR 50mg, 100mg	1	
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	1	
<i>posaconazole</i> SUSP 40mg/ml	1	NDS, QL (630 mL / 30 days), PA
<i>posaconazole</i> TBEC 100mg	1	NDS, QL (93 tabs / 30 days), PA
<i>terbinafine hcl</i> TABS 250mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies after a 90 day supply in a calendar year
<i>voriconazole</i> SOLR 200mg	1	PA
<i>voriconazole</i> SUSR 40mg/ml	1	NDS, QL (600 mL / 28 days), PA
<i>voriconazole</i> TABS 50mg	1	QL (480 tabs / 30 days)
<i>voriconazole</i> TABS 200mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
ANTIMALARIALS		
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 62.5-25 mg	1	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 250-100 mg	1	
<i>chloroquine phosphate</i> TABS 250mg, 500mg	1	
COARTEM TAB 20-120MG	1	
<i>mefloquine hcl</i> TABS 250mg	1	
<i>primaquine phosphate</i> TABS 26.3mg	1	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	1	
<i>quinine sulfate</i> CAPS 324mg	1	PA
ANTIRETROVIRAL AGENTS		
<i>abacavir sulfate</i> SOLN 20mg/ml; TABS 300mg	1	NM

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
APTIVUS CAPS 250mg	1	NDS, NM
atazanavir sulfate CAPS 150mg, 200mg, 300mg	1	NM
darunavir TABS 600mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM
darunavir TABS 800mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
EDURANT TABS 25mg	1	NDS, NM
EDURANT PED TBSO 2.5mg	1	NDS, NM
efavirenz TABS 600mg	1	NM
emtricitabine CAPS 200mg	1	NM
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	1	NM
etravirine TABS 100mg, 200mg	1	NDS, NM
fosamprenavir calcium TABS 700mg	1	NDS, NM
FUZEON SOLR 90mg	1	NDS, NM
INTELENCE TABS 25mg	1	NM
ISENTRESS CHEW 25mg	1	NM
ISENTRESS CHEW 100mg; PACK 100mg; TABS 400mg	1	NDS, NM
ISENTRESS HD TABS 600mg	1	NDS, NM
lamivudine SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	1	NM
maraviroc TABS 150mg, 300mg	1	NDS, NM
nevirapine SUSP 50mg/5ml; TABS 200mg; TB24 400mg	1	NM
NORVIR PACK 100mg	1	NM
PIFELTRO TABS 100mg	1	NDS, NM
PREZISTA SUSP 100mg/ml	1	NDS, QL (400 mL / 30 days), NM
PREZISTA TABS 75mg	1	QL (480 tabs / 30 days), NM
PREZISTA TABS 150mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM
REYATAZ PACK 50mg	1	NDS, NM
ritonavir TABS 100mg	1	NM
RUKOBIA TB12 600mg	1	NDS, NM
SELZENTRY SOLN 20mg/ml	1	NDS, NM
SUNLENCA TABS 300mg; TBPK 300mg	1	NDS, NM
tenofovir disoproxil fumarate TABS 300mg	1	NM
TIVICAY TABS 10mg	1	NM

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	1	NDS, NM
TIVICAY PD TBSO 5mg	1	NDS, NM
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	1	NDS, NM
TYBOST TABS 150mg	1	NM
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	1	NDS, NM
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	1	NDS, NM
zidovudine CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml; TABS 300mg	1	NM
ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS		
abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg	1	NM
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	1	NDS, NM
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	1	NDS, NM
CIMDUO TAB 300-300	1	NDS, NM
COMPLERA TAB	1	NDS, NM
DELSTRIGO TAB	1	NDS, NM
DESCOVY TAB 120-15MG	1	NDS, NM
DESCOVY TAB 200/25MG	1	NDS, NM
DOVATO TAB 50-300MG	1	NDS, NM
efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg	1	NDS, NM
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg	1	NDS, NM
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg	1	NDS, NM
emtricitabine-rilpivirine-tenofovir df tab 200-25-300 mg	1	NDS, NM
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg	1	NDS, NM
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg	1	NDS, NM
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg	1	NDS, NM
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg	1	NM
EVOTAZ TAB 300-150	1	NDS, NM
GENVOYA TAB	1	NDS, NM
JULUCA TAB 50-25MG	1	NDS, NM
KALETRA SOL	1	NM
lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg	1	NM
lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)	1	NM
lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg	1	NM
lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg	1	NM
ODEFSEY TAB	1	NDS, NM
PREZCOBIX TAB 675/150	1	NDS, NM

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
PREZCOBIX TAB 800-150	1	NDS, NM
STRIBILD TAB	1	NDS, NM
SYMTUZA TAB	1	NDS, NM
TRIUMEQ PD TAB	1	NM
TRIUMEQ TAB	1	NDS, NM
ANTITUBERCULAR AGENTS		
cycloserine CAPS 250mg	1	NDS
ethambutol hcl TABS 100mg, 400mg	1	
isoniazid SYRP 50mg/5ml; TABS 100mg, 300mg	1	
PRIFTIN TABS 150mg	1	
pyrazinamide TABS 500mg	1	
rifabutin CAPS 150mg	1	
rifampin CAPS 150mg, 300mg; SOLR 600mg	1	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	1	NDS, NM, PA
ANTIVIRALS		
acyclovir CAPS 200mg; SUSP 200mg/5ml; TABS 400mg, 800mg	1	
acyclovir sodium SOLN 50mg/ml	1	B/D
adefovir dipivoxil TABS 10mg	1	NM
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	1	NDS, NM, ST
entecavir TABS .5mg, 1mg	1	NM
EPCLUSA PAK 150-37.5	1	NDS, NM, PA
EPCLUSA PAK 200-50MG	1	NDS, NM, PA
EPCLUSA TAB 200-50MG	1	NDS, NM, PA
EPCLUSA TAB 400-100	1	NDS, NM, PA
famciclovir TABS 125mg, 250mg, 500mg	1	
ganciclovir sodium SOLR 500mg	1	B/D
HARVONI PAK 33.75-150MG	1	NDS, NM, PA
HARVONI PAK 45-200MG	1	NDS, NM, PA
HARVONI TAB 45-200MG	1	NDS, NM, PA
HARVONI TAB 90-400MG	1	NDS, NM, PA
lamivudine (hbv) TABS 100mg	1	NM
LIVTENCITY TABS 200mg	1	NDS, QL (336 tabs / 28 days), NM, PA
MAVYRET PAK 50-20MG	1	NDS, NM, PA
MAVYRET TAB 100-40MG	1	NDS, NM, PA
oseltamivir phosphate CAPS 30mg	1	QL (168 caps / year)
oseltamivir phosphate CAPS 45mg, 75mg	1	QL (84 caps / year)

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>oseltamivir phosphate</i> SUSR 6mg/ml	1	QL (1080 mL / year)
PAXLOVID PAK	1	QL (22 tabs / 90 days)
PAXLOVID TAB 150-100	1	QL (40 tabs / 90 days)
PAXLOVID TAB 300-100	1	QL (60 tabs / 90 days)
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	1	NDS, NM, PA
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days), PA
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister	1	QL (6 inhalers / year)
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	1	NM
<i>rimantadine hydrochloride</i> TABS 100mg	1	
<i>valacyclovir hcl</i> TABS 1gm, 500mg	1	
<i>valganciclovir hcl</i> SOLR 50mg/ml	1	NDS
<i>valganciclovir hcl</i> TABS 450mg	1	
VOSEVI TAB	1	NDS, NM, PA
XOFLUZA TBPk 40mg, 80mg	1	QL (1 tab / 180 days)
CEPHALOSPORINS		
<i>cefaclor</i> CAPS 250mg, 500mg	1	
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg; SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	1	
CEFAZOLIN SOLR 2gm, 3gm	1	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	1	
<i>cefazolin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 3gm, 10gm, 500mg	1	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	1	
CEFAZOLIN/DEX SOL 1GM/50ML-4%	1	
CEFAZOLIN/DEX SOL 2GM/50ML-3%	1	
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/50ML-2%	1	
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/150ML-4%	1	
<i>cefdinir</i> CAPS 300mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	1	
<i>cefepime hcl</i> SOLR 1gm, 2gm	1	
<i>cefixime</i> CAPS 400mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	1	
<i>cefotetan disodium</i> SOLR 1gm, 2gm	1	
<i>cefoxitin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	1	
<i>cefpodoxime proxetil</i> SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml; TABS 100mg, 200mg	1	
<i>cefprozil</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	1	
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	1	
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	1	
<i>cefuroxime axetil</i> TABS 250mg, 500mg	1	
<i>cefuroxime sodium</i> SOLR 1.5gm, 750mg	1	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>cephalexin</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	1	
<i>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	1	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	1	NDS
ERYTHROMYCINS/MACROLIDES		
<i>azithromycin</i> PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 600mg	1	
<i>clarithromycin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg; TB24 500mg	1	
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	1	NDS
e.e.s. 400 TABS 400mg	1	
<i>ery-tab</i> TBEC 250mg, 333mg, 500mg	1	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	1	
<i>erythromycin base</i> CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> TABS 400mg	1	
<i>erythromycin lactobionate</i> SOLR 500mg	1	
<i>fidaxomicin</i> TABS 200mg	1	NDS
FLUOROQUINOLONES		
<i>ciprofloxacin</i> 200 mg/100ml in d5w	1	
<i>ciprofloxacin</i> 400 mg/200ml in d5w	1	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	
<i>levofloxacin</i> SOLN 25mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	
<i>levofloxacin</i> in d5w iv soln 250 mg/50ml	1	
<i>levofloxacin</i> in d5w iv soln 500 mg/100ml	1	
<i>levofloxacin</i> in d5w iv soln 750 mg/150ml	1	
<i>moxifloxacin hcl</i> TABS 400mg	1	
<i>moxifloxacin hcl</i> 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj	1	
PENICILLINS		
<i>amoxicillin</i> CAPS 250mg, 500mg; CHEW 125mg, 250mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 200-28.5 mg/5ml	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 250-62.5 mg/5ml	1	

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	1	
<i>ampicillin CAPS 500mg</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	1	
<i>ampicillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg</i>	1	
<i>BICILLIN L-A SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml</i>	1	
<i>dicloxacillin sodium CAPS 250mg, 500mg</i>	1	
<i>nafcillin sodium SOLR 1gm, 2gm</i>	1	
<i>nafcillin sodium SOLR 10gm</i>	1	NDS
<i>oxacillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm</i>	1	
<i>penicillin g potassium SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	1	
<i>penicillin g sodium SOLR 5000000unit</i>	1	
<i>penicillin v potassium SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg</i>	1	
<i>pfizerpen SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	1	
TETRACYCLINES		
<i>doxy 100 SOLR 100mg</i>	1	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>doxycycline (monohydrate)</i> CAPS 50mg, 100mg; SUSR 25mg/5ml; TABS 50mg, 75mg, 100mg	1	
<i>doxycycline hyclate</i> CAPS 50mg, 100mg; SOLR 100mg; TABS 20mg, 100mg	1	
<i>minocycline hcl</i> CAPS 50mg, 75mg, 100mg	1	
NUZYRA SOLR 100mg	1	NDS, NM
NUZYRA TABS 150mg	1	NDS, QL (30 tabs / 14 days), NM
<i>tetracycline hcl</i> CAPS 250mg, 500mg	1	
<i>tigecycline</i> SOLR 50mg	1	NDS

ANTINEOPLASTIC AGENTS

ALKYLATING AGENTS

BENDAMUSTINE HYDROCHLORID SOLN 100mg/4ml	1	NDS, B/D, NM
BENDEKA SOLN 100mg/4ml	1	NDS, B/D, NM
<i>carboplatin</i> SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml	1	B/D
<i>cisplatin</i> SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml	1	B/D
<i>cyclophosphamide</i> CAPS 25mg, 50mg; SOLR 1gm, 500mg	1	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/2ml, 2gm/4ml, 500mg/ml	1	NDS, B/D, NM
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml, 500mg/5ml, 1000mg/10ml, 2000mg/20ml	1	NDS, B/D
<i>cyclophosphamide</i> SOLR 2gm	1	NDS, B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg, 50mg	1	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	1	NDS, B/D
FRINDOVYX SOLN 1gm/2ml, 2gm/4ml, 500mg/ml	1	NDS, B/D, NM
GLEOSTINE CAPS 10mg, 40mg	1	NM
GLEOSTINE CAPS 100mg	1	NDS, NM
LEUKERAN TABS 2mg	1	NDS
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml; SOLR 50mg	1	B/D
<i>oxaliplatin</i> SOLR 100mg	1	NDS, B/D
VIVIMUSTA SOLN 100mg/4ml	1	NDS, B/D, NM

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ANTIMETABOLITES		
azacitidine SUSR 100mg	1	NDS, B/D, NM
cytarabine SOLN 20mg/ml	1	B/D
fluorouracil SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	1	B/D
gemcitabine hcl SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml; SOLR 1gm, 2gm, 200mg	1	B/D
INQOVI TAB 35-100MG	1	NDS, QL (5 tabs / 28 days), NM, PA
LONSURF TAB 15-6.14	1	NDS, QL (100 tabs / 28 days), NM, PA
LONSURF TAB 20-8.19	1	NDS, QL (80 tabs / 28 days), NM, PA
mercaptopurine SUSP 2000mg/100ml	1	NDS, NM
mercaptopurine TABS 50mg	1	
methotrexate sodium SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	1	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg	1	NDS, QL (14 tabs / 28 days), NM, PA
pemetrexed disodium SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	1	NDS, B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	1	NDS, NM
TABLOID TABS 40mg	1	NDS
HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS		
abiraterone acetate TABS 250mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
abiraterone acetate TABS 500mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
abirtega TABS 250mg	1	QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AKEEGA TAB 50/500MG	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AKEEGA TAB 100/500	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
anastrozole TABS 1mg	1	
bicalutamide TABS 50mg	1	
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	1	NM, PA
ERLEADA TABS 60mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
ERLEADA TABS 240mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
EULEXIN CAPS 125mg	1	NDS
exemestane TABS 25mg	1	
FIRMAGON SOLR 80mg	1	NM, PA
FIRMAGON SOLR 120mg/vial	1	NDS, NM, PA
fulvestrant SOSY 250mg/5ml	1	NDS, B/D

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>letrozole</i> TABS 2.5mg	1	
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	1	NM, PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	1	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	1	NDS, NM, PA
LYSODREN TABS 500mg	1	NDS, NM
<i>megestrol acetate</i> TABS 20mg, 40mg	1	
<i>nilutamide</i> TABS 150mg	1	NDS
NUBEQA TABS 300mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
ORGOVYX TABS 120mg	1	NDS, NM, PA
ORSERDU TABS 86mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
ORSERDU TABS 345mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	1	NDS
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	1	
<i>toremifene citrate</i> TABS 60mg	1	PA
XTANDI CAPS 40mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
XTANDI TABS 40mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
XTANDI TABS 80mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
YONSA TABS 125mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
IMMUNOMODULATORS		
<i>lenalidomide</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	1	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, PA
<i>lenalidomide</i> CAPS 20mg, 25mg	1	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
POMALYST CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	1	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAPS 50mg	1	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAPS 100mg	1	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAPS 150mg, 200mg	1	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA
MISCELLANEOUS		
BESREMI SOSY 500mcg/ml	1	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>bexarotene</i> CAPS 75mg	1	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA
<i>doxorubicin hcl</i> SOLN 2mg/ml	1	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> SUSP 2mg/ml	1	NDS, B/D
<i>hydroxyurea</i> CAPS 500mg	1	
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	1	B/D
IWILFIN TABS 192mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
MATULANE CAPS 50mg	1	NDS, NM
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	1	NDS
WELIREG TABS 40mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
MITOTIC INHIBITORS		
<i>docetaxel</i> CONC 20mg/ml	1	B/D
<i>docetaxel</i> CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	1	NDS, B/D
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	1	NDS, B/D
DOCIVYX SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	1	NDS, B/D, NM
<i>etoposide</i> SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml, 500mg/25ml	1	B/D
<i>paclitaxel</i> CONC 6mg/ml, 30mg/5ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	1	B/D
<i>paclitaxel inj</i> 100mg	1	NDS, B/D, NM
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	1	B/D
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	1	B/D
MOLECULAR TARGET AGENTS		
ALECENSA CAPS 150mg	1	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
ALUNBRIG TABS 30mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
ALUNBRIG TABS 90mg, 180mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ALUNBRIG PAK	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AUGTYRO CAPS 40mg	1	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
AUGTYRO CAPS 160mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
AVMAPKI PAK FAKZYNJA	1	NDS, QL (1 pack / 28 days), NM, PA
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
BALVERSA TABS 3mg	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
BALVERSA TABS 4mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
BALVERSA TABS 5mg	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg	1	NM, PA
<i>bortezomib</i> SOLR 3.5mg	1	NDS, NM, PA
BOSULIF CAPS 50mg	1	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, PA
BOSULIF CAPS 100mg	1	NDS, QL (150 caps / 25 days), NM, PA
BOSULIF TABS 100mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
BOSULIF TABS 400mg, 500mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
BRAFTOVI CAPS 75mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
BRUKINSA CAPS 80mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
BRUKINSA TABS 160mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
CALQUENCE TABS 100mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
CAPRELSA TABS 100mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
CAPRELSA TABS 300mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	1	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
COMETRIQ KIT 100MG	1	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA
COMETRIQ KIT 140MG	1	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	1	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA
COTELLIC TABS 20mg	1	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA
DANZITEN TABS 71mg, 95mg	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
<i>dasatinib</i> TABS 20mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>dasatinib</i> TABS 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
DAURISMO TABS 25mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
DAURISMO TABS 100mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ERIVEDGE CAPS 150mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 25mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 100mg, 150mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 2mg	1	NDS, QL (150 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 3mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 5mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg	1	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
FRUZAQLA CAPS 1mg	1	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
FRUZAQLA CAPS 5mg	1	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
GAVRETO CAPS 100mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
<i>gefitinib</i> TABS 250mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
GOMEKLI CAPS 1mg	1	NDS, QL (168 caps / 28 days), NM, PA
GOMEKLI CAPS 2mg	1	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
GOMEKLI TBSO 1mg	1	NDS, QL (168 tabs / 28 days), NM, PA
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	1	NDS, NM, PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	1	NDS, NM, PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	1	NDS, NM, PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg	1	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg	1	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA
IBTROZI CAPS 200mg	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg, 30mg, 45mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
IDHIFA TABS 50mg, 100mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 100mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 400mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA CAPS 70mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA CAPS 140mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA SUSP 70mg/ml	1	NDS, QL (216 mL / 27 days), NM, PA
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
IMKELDI SOLN 80mg/ml	1	NDS, QL (280 mL / 28 days), NM, PA
INLYTA TABS 1mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
INLYTA TABS 5mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
INREBIC CAPS 100mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
ITOVEBI TABS 3mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
ITOVEBI TABS 9mg	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
JAYPIRCA TABS 50mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
JAYPIRCA TABS 100mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	1	NDS, B/D, NM
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	1	NDS, NM, PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	1	NDS, NM, PA
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg	1	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 200 PAK FEMARA	1	NDS, QL (49 tabs / 28 days), NM, PA

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
KISQALI 400 DOSE TBPk 200mg	1	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 PAK FEMARA	1	NDS, QL (70 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 DOSE TBPk 200mg	1	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 PAK FEMARA	1	NDS, QL (91 tabs / 28 days), NM, PA
KOSELUGO CAPS 10mg	1	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
KOSELUGO CAPS 25mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
KRAZATI TABS 200mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
<i>lapatinib ditosylate</i> TABS 250mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
LAZCLUZE TABS 80mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
LAZCLUZE TABS 240mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA CAP 14 MG	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA CAP 18 MG	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA CAP 24 MG	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
LORBRENA TABS 25mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
LORBRENA TABS 100mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
LUMAKRAS TABS 120mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
LUMAKRAS TABS 240mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
LUMAKRAS TABS 320mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) TBPk 4mg	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) TBPk 4mg	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) TBPk 4mg	1	NDS, QL (140 tabs / 28 days), NM, PA
MEKINIST SOLR .05mg/ml	1	NDS, QL (1260 mL / 30 days), NM, PA
MEKINIST TABS 2mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
MEKINIST TABS .5mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
MEKTOVI TABS 15mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
MONJUVI SOLR 200mg	1	NDS, NM, PA
NERLYNX TABS 40mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
<i>nilotinib hcl</i> CAPS 50mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
<i>nilotinib hcl</i> CAPS 150mg, 200mg	1	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg	1	NDS, QL (3 caps / 28 days), NM, PA
ODOMZO CAPS 200mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
OGIVRI SOLR 150mg, 420mg	1	NDS, NM, PA
OGSIVEO TABS 50mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
OGSIVEO TABS 100mg, 150mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
OJEMDA SUSR 25mg/ml	1	NDS, QL (96 mL / 28 days), NM, PA
OJEMDA TABS 100mg	1	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, PA
OJJAARA TABS 100mg, 150mg, 200mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	1	NDS, NM, PA
<i>pazopanib hcl</i> TABS 200mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
PHESGO SOL	1	NDS, NM, PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPk 200mg	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPk 150mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
QINLOCK TABS 50mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
RETEVMO CAPS 40mg	1	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
RETEVMO CAPS 80mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
RETEVMO TABS 40mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
RETEVMO TABS 80mg, 120mg, 160mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
REVUFORJ TABS 25mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
REVUFORJ TABS 110mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
REVUFORJ TABS 160mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
REZLIDHIA CAPS 150mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
ROMVIMZA CAPS 14mg, 20mg, 30mg	1	NDS, QL (8 caps / 28 days), NM, PA
ROZLYTREK CAPS 100mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
ROZLYTREK CAPS 200mg	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
ROZLYTREK PACK 50mg	1	NDS, QL (336 packets / 28 days), NM, PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
RYDAPT CAPS 25mg	1	NDS, QL (224 caps / 28 days), NM, PA
SCEMBLIX TABS 20mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
SCEMBLIX TABS 40mg	1	NDS, QL (300 tabs / 30 days), NM, PA
SCEMBLIX TABS 100mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sorafenib tosylate</i> TABS 200mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
STIVARGA TABS 40mg	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>sunitinib malate</i> CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
TAFINLAR TBSO 10mg	1	NDS, QL (900 tabs / 30 days), NM, PA
TAGRISSO TABS 40mg, 80mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg, .5mg, .75mg, 1mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
TALZENNA CAPS .25mg	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
TASIGNA CAPS 50mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
TASIGNA CAPS 150mg, 200mg	1	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
TAZVERIK TABS 200mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	1	NDS, NM, PA
TECENTRIQ INJ HYBREZA	1	NDS, QL (1 vial / 21 days), NM, PA
TEPMETKO TABS 225mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
TIBSOVO TABS 250mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>torpenz</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	1	NDS, NM, PA
TRUQAP TABS 160mg, 200mg	1	NDS, QL (64 tabs / 28 days), NM, PA
TRUQAP TBPK 160mg, 200mg	1	NDS, QL (4 packs / 28 days), NM, PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	1	NDS, NM, PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
TURALIO CAPS 125mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
VANFLYTA TABS 17.7mg, 26.5mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
VENCLEXTA TABS 10mg	1	QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
VENCLEXTA TABS 50mg	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
VENCLEXTA TABS 100mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
VENCLEXTA TAB START PK	1	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
VITRAKVI CAPS 25mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
VITRAKVI CAPS 100mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
VITRAKVI SOLN 20mg/ml	1	NDS, QL (300 mL / 30 days), NM, PA
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
VONJO CAPS 100mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
VORANIGO TABS 10mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
VORANIGO TABS 40mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg; CPSP 50mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
XALKORI CPSP 20mg	1	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
XALKORI CPSP 150mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
XOSPATA TABS 40mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) TBPk 10mg	1	NDS, QL (16 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) TBPk 40mg	1	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY) TBPk 40mg	1	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY) TBPk 60mg	1	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY) TBPk 20mg	1	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY) TBPk 40mg	1	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY) TBPk 20mg	1	NDS, QL (32 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY) TBPk 50mg	1	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ZEJULA TABS 100mg, 200mg, 300mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ZELBORAF TABS 240mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	1	NDS, NM, PA
ZOLINZA CAPS 100mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
ZYKADIA TABS 150mg	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA

PROTECTIVE AGENTS

leucovorin calcium SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	1	B/D
leucovorin calcium TABS 5mg, 10mg, 15mg, 25mg	1	
mesna TABS 400mg	1	NDS
MESNEX TABS 400mg	1	NDS

CARDIOVASCULAR

ACE INHIBITOR COMBINATIONS

amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg	1	QL (30 caps / 30 days)
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg	1	QL (30 caps / 30 days)
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg	1	QL (30 caps / 30 days)
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg	1	QL (30 caps / 30 days)
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg	1	QL (30 caps / 30 days)
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg	1	QL (30 caps / 30 days)
benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg	1	
benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg	1	
benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg	1	
benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg	1	
captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg	1	
captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg	1	
captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg	1	
captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg	1	

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	1	
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	1	
ACE INHIBITORS		
<i>benazepril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>captopril TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	
<i>enalapril maleate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg</i>	1	
<i>fosinopril sodium TABS 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>lisinopril TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	1	
<i>moexipril hcl TABS 7.5mg, 15mg</i>	1	
<i>perindopril erbumine TABS 2mg, 4mg, 8mg</i>	1	
<i>quinapril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>ramipril CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	1	
<i>trandolapril TABS 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	
ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>eplerenone TABS 25mg, 50mg</i>	1	
<i>KERENDIA TABS 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>spironolactone TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	
ALPHA BLOCKERS		
<i>doxazosin mesylate TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg</i>	1	
<i>prazosin hcl CAPS 1mg, 2mg, 5mg</i>	1	
<i>terazosin hcl CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg</i>	1	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
ENTRESTO CAP 6-6MG	1	QL (240 caps / 30 days)
ENTRESTO CAP 15-16MG	1	QL (240 caps / 30 days)
irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg	1	
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg	1	
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg	1	
olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
sacubitril-valsartan tab 24-26 mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
sacubitril-valsartan tab 49-51 mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
sacubitril-valsartan tab 97-103 mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg	1	QL (60 tabs / 30 days)

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على (800) 665-3086، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>candesartan cilexetil TABS 4mg, 8mg, 16mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil TABS 32mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>irbesartan TABS 75mg, 150mg, 300mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil TABS 5mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil TABS 20mg, 40mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan TABS 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan TABS 40mg, 80mg, 160mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>valsartan TABS 320mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
ANTIARRHYTHMICS		
<i>amiodarone hcl SOLN 50mg/ml, 150mg/3ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 200mg, 400mg</i>	1	
<i>disopyramide phosphate CAPS 100mg, 150mg</i>	1	
<i>dofetilide CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg</i>	1	NM
<i>flecainide acetate TABS 50mg, 100mg, 150mg</i>	1	
<i>MULTAQ TABS 400mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pacerone TABS 100mg, 200mg, 400mg</i>	1	
<i>propafenone hcl CP12 225mg, 325mg, 425mg; TABS 150mg, 225mg, 300mg</i>	1	
<i>quinidine sulfate TABS 200mg, 300mg</i>	1	
<i>sotalol hcl TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg</i>	1	
<i>sotalol hcl (afib/afib) TABS 80mg, 120mg, 160mg</i>	1	
ANTILIPEMICS, FIBRATES		
<i>fenofibrate TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg</i>	1	
<i>fenofibrate micronized CAPS 67mg, 134mg, 200mg</i>	1	
<i>gemfibrozil TABS 600mg</i>	1	
ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS		
<i>atorvastatin calcium TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lovastatin TABS 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pravastatin sodium TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>rosuvastatin calcium TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>simvastatin TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS		
cholestyramine PACK 4gm; POWD 4gm/dose	1	
cholestyramine light PACK 4gm; POWD 4gm/dose	1	
colesevelam hcl PACK 3.75gm; TABS 625mg	1	
colestipol hcl GRAN 5gm; PACK 5gm; TABS 1gm	1	
ezetimibe TABS 10mg	1	
ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
NEXLETOL TABS 180mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
NEXLIZET TAB 180/10MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
niacin (antihyperlipidemic) TBCR 500mg, 750mg, 1000mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm	1	PA
prevalite PACK 4gm; POWD 4gm/dose	1	
REPATHA SOSY 140mg/ml	1	NM, PA
REPATHA SURECLICK SOAJ 140mg/ml	1	NM, PA
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	1	
BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS		
atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg	1	
atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg	1	
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg	1	
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg	1	
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg	1	
metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg	1	
metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg	1	
metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg	1	
BETA-BLOCKERS		
acebutolol hcl CAPS 200mg, 400mg	1	
atenolol TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
betaxolol hcl TABS 10mg, 20mg	1	
bisoprolol fumarate TABS 5mg, 10mg	1	

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>carvedilol</i> TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg	1	
<i>labetalol hcl</i> TABS 100mg, 200mg, 300mg	1	
<i>metoprolol succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1	
<i>metoprolol tartrate</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>nadolol</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	
<i>nebivolol hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>nebivolol hcl</i> TABS 20mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pindolol</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>propranolol hcl</i> CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg; SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	1	
<i>timolol maleate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS		
<i>amlodipine besylate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>cartia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	1	
<i>dilt-xr</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	1	
<i>diltiazem hcl</i> CP12 60mg, 90mg, 120mg; SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml; TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg	1	
<i>diltiazem hcl coated beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	1	
<i>diltiazem hcl extended release beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	1	
<i>felodipine</i> TB24 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>isradipine</i> CAPS 2.5mg, 5mg	1	
<i>nicardipine hcl</i> CAPS 20mg, 30mg	1	
<i>nifedipine</i> TB24 30mg, 60mg, 90mg	1	
<i>nimodipine</i> CAPS 30mg	1	
<i>tiadylt er</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	1	
<i>verapamil hcl</i> CP24 100mg, 120mg, 180mg, 200mg, 240mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml; TABS 40mg, 80mg, 120mg; TBCR 120mg, 180mg, 240mg	1	
DIURETICS		
<i>acetazolamide</i> CP12 500mg; TABS 125mg, 250mg	1	
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	1	
<i>amiloride hcl</i> TABS 5mg	1	
<i>bumetanide</i> SOLN .25mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	
<i>chlorthalidone</i> TABS 25mg, 50mg	1	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>furosemide</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/5ml; TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	
<i>furosemide inj</i> SOLN 10mg/ml	1	
<i>hydrochlorothiazide</i> CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	1	
<i>indapamide</i> TABS 1.25mg, 2.5mg	1	
<i>methazolamide</i> TABS 25mg, 50mg	1	
<i>metolazone</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab</i> 25-25 mg	1	
<i>torsemide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap</i> 37.5-25 mg	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> 37.5-25 mg	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> 75-50 mg	1	
MISCELLANEOUS		
<i>aliskiren fumarate</i> TABS 150mg, 300mg	1	
<i>clonidine</i> PTKW .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr	1	
<i>clonidine hcl</i> TABS .1mg, .2mg, .3mg	1	
CORLANOR SOLN 5mg/5ml	1	QL (450 mL / 30 days)
<i>digoxin</i> SOLN .05mg/ml, .25mg/ml	1	
<i>digoxin</i> TABS 125mcg, 250mcg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>droxidopa</i> CAPS 100mg	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
<i>droxidopa</i> CAPS 200mg, 300mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOLN 1mg/ml	1	
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 2mg	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>hydralazine hcl</i> SOLN 20mg/ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>ivabradine hcl</i> TABS 5mg, 7.5mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>metirosine</i> CAPS 250mg	1	NDS, NM, PA
<i>midodrine hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>minoxidil</i> TABS 2.5mg, 10mg	1	
<i>ranolazine</i> TB12 500mg, 1000mg	1	
VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
NITRATES		
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	1	
<i>isosorbide mononitrate</i> TB24 30mg, 60mg, 120mg	1	
NITRO-BID OINT 2%	1	
<i>nitroglycerin</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SOLN .4mg/spray; SUBL .3mg, .4mg, .6mg	1	
PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION		
ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>alyq</i> TABS 20mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>ambrisentan</i> TABS 5mg, 10mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>bosentan</i> TABS 62.5mg, 125mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>bosentan</i> TBSO 32mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
OPSUMIT TABS 10mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	1	QL (360 tabs / 30 days), NM, PA
<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	1	NDS, NM, PA
UPTRAVI TABS 200mcg	1	NDS, QL (140 tabs / 28 days), NM, PA
UPTRAVI TABS 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1000mcg, 1200mcg, 1400mcg, 1600mcg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
UPTRAVI PACK TAB 200/800	1	NDS, QL (1 pack / 28 days), NM, PA
YUTREPIA CAPS 26.5mcg, 53mcg, 79.5mcg	1	NDS, QL (140 caps / 28 days), NM, PA
YUTREPIA CAPS 106mcg	1	NDS, QL (224 caps / 28 days), NM, PA
CENTRAL NERVOUS SYSTEM		
ANTI-ANXIETY		
<i>alprazolam</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	1	QL (150 tabs / 30 days)
<i>buspirone hcl</i> TABS 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg, 30mg	1	
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml	1	QL (150 mL / 30 days)
<i>lorazepam</i> SOLN 4mg/ml, 20mg/10ml	1	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>lorazepam</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	QL (150 tabs / 30 days)
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml	1	QL (150 mL / 30 days)
ANTIDEMENTIA		
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 5mg; TBDP 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 10mg; TBDP 10mg	1	
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml	1	QL (200 mL / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> TABS 4mg, 8mg, 12mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>memantine hcl</i> CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml; TABS 5mg, 10mg	1	PA; PA applies if 29 years and younger
<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack</i>	1	PA; PA applies if 29 years and younger
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 14-10 mg</i>	1	
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 21-10 mg</i>	1	
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 28-10 mg</i>	1	
NAMZARIC CAP 7-10MG	1	
NAMZARIC CAP 14-10MG	1	
NAMZARIC CAP 21-10MG	1	
NAMZARIC CAP 28-10MG	1	
NAMZARIC CAP PACK	1	
<i>rivastigmine</i> PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr	1	QL (30 patches / 30 days)
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg	1	QL (60 caps / 30 days)
ANTIDEPRESSANTS		
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	1	
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	1	
AUVELITY TAB 45-105MG	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg	1	
<i>bupropion hcl</i> TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl</i> TB24 300mg	1	QL (30 tabs / 30 days)

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 10mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>clomipramine hcl</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg	1	PA
<i>desipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	1	
<i>desvenlafaxine succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg; CONC 10mg/ml	1	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg	1	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 20mg, 30mg, 60mg	1	QL (60 caps / 30 days)
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr	1	NDS, QL (30 patches / 30 days), PA
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	
FETZIMA CP24 20mg, 40mg	1	QL (60 caps / 30 days), PA
FETZIMA CP24 80mg, 120mg	1	QL (30 caps / 30 days), PA
FETZIMA CAP TITRATIO	1	QL (2 packs / year), PA
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg; SOLN 20mg/5ml	1	
<i>imipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg	1	
MARPLAN TABS 10mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>mirtazapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 30mg, 45mg; TBDP 15mg, 30mg, 45mg	1	
<i>nefazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	1	
<i>nortriptyline hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg; SOLN 10mg/5ml	1	
<i>paroxetine hcl</i> SUSP 10mg/5ml	1	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>paroxetine hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	
<i>phenelzine sulfate</i> TABS 15mg	1	
<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	
RALDESY SOLN 10mg/ml	1	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>sertraline hcl</i> CONC 20mg/ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>tranylcypromine sulfate</i> TABS 10mg	1	
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg, 50mg	1	QL (120 caps / 30 days)
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg	1	QL (60 caps / 30 days)
TRINTELLIX TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>venlafaxine hcl</i> CP24 37.5mg, 75mg, 150mg; TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	1	
<i>vilazodone hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
ZURZUVAE CAPS 20mg, 25mg	1	NDS, QL (28 caps / 14 days), NM, PA
ZURZUVAE CAPS 30mg	1	NDS, QL (14 caps / 14 days), NM, PA
ANTIPARKINSONIAN AGENTS		
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg	1	QL (120 caps / 30 days)
<i>amantadine hcl</i> SOLN 50mg/5ml; TABS 100mg	1	
<i>benztropine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	1	
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>bromocriptine mesylate</i> CAPS 5mg; TABS 2.5mg	1	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i>	1	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	1	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	1	
<i>entacapone</i> TABS 200mg	1	
INBRIJA CAPS 42mg	1	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	1	
<i>rasagiline mesylate</i> TABS .5mg, 1mg	1	QL (30 tabs / 30 days)

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>ropinirole hydrochloride</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	1	
<i>selegiline hcl</i> CAPS 5mg; TABS 5mg	1	
<i>trihexyphenidyl hcl</i> SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg	1	PA; PA applies if 70 years and older
ANTIPSYCHOTICS		
ABILIFY ASIMTUFII PRSY 720mg/2.4ml, 960mg/3.2ml	1	NDS, QL (1 syringe / 56 days)
ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg	1	NDS, QL (1 injection / 28 days)
<i>aripiprazole</i> SOLN 1mg/ml	1	QL (900 mL / 30 days)
<i>aripiprazole</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>aripiprazole</i> TBDP 10mg, 15mg	1	QL (60 tabs / 30 days), ST
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml	1	NDS, QL (1 syringe / 56 days)
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	1	NDS
<i>asenapine maleate</i> SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days)
<i>chlorpromazine hcl</i> CONC 30mg/ml, 100mg/ml; SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1	
<i>clozapine</i> TABS 25mg, 50mg	1	
<i>clozapine</i> TABS 100mg	1	QL (270 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TABS 200mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	1	PA
<i>clozapine</i> TBDP 100mg	1	QL (270 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 150mg	1	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 200mg	1	QL (120 tabs / 30 days), PA
COBENFY CAP 50-20MG	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA
COBENFY CAP 100-20MG	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA
COBENFY CAP 125-30MG	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA
COBENFY STRT CAP PACK	1	NDS, QL (2 packs / year), PA
ERZOFRI SUSY 39mg/0.25ml	1	QL (1 syringe / 28 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ERZOFRI SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ERZOFRI SUSY 351mg/2.25ml	1	NDS, QL (2 syringes / year)
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
FANAPT PAK PACK A	1	QL (2 packs / year), PA
FANAPT PAK PACK B	1	QL (2 packs / year), PA
FANAPT PAK PACK C	1	QL (2 packs / year), PA
fluphenazine decanoate SOLN 25mg/ml	1	
fluphenazine hcl CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
haloperidol TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	
haloperidol decanoate SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	1	
haloperidol lactate CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	1	
INVEGA HAFYERA SUSY 1092mg/3.5ml, 1560mg/5ml	1	NDS, QL (1 injection / 180 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml	1	QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml	1	NDS, QL (1 syringe / 90 days)
loxapine succinate CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	1	
lurasidone hcl TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
lurasidone hcl TABS 80mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 5-10MG	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 10-10MG	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 15-10MG	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 20-10MG	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
molindone hcl TABS 5mg, 10mg, 25mg	1	

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
NUPLAZID CAPS 34mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
NUPLAZID TABS 10mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>olanzapine</i> SOLR 10mg	1	QL (3 vials / 1 day)
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TBDP 5mg, 15mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days), ST
<i>olanzapine</i> TBDP 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days), ST
OPIPZA FILM 2mg, 5mg	1	NDS, QL (30 films / 30 days), PA
OPIPZA FILM 10mg	1	NDS, QL (90 films / 30 days), PA
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg, 3mg, 9mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>paliperidone</i> TB24 6mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	1	
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	1	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 300mg, 400mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> SOLN 1mg/ml	1	QL (240 mL / 30 days)
<i>risperidone</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	1	
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg	1	QL (60 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone</i> TBDP 4mg	1	QL (120 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg	1	QL (90 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone microspheres</i> SRER 12.5mg, 25mg	1	QL (2 injections / 28 days)
<i>risperidone microspheres</i> SRER 37.5mg, 50mg	1	NDS, QL (2 injections / 28 days)
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr	1	NDS, QL (30 patches / 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>thioridazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>thiothixene</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
<i>trifluoperazine hcl</i> TABS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml	1	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA
VRAYLAR CAPS 1.5mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days)
VRAYLAR CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days)
<i>ziprasidone hcl</i> CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>ziprasidone mesylate</i> SOLR 20mg	1	QL (6 injections / 3 days)
ZYPREXA RELPREVV SUSR 210mg	1	QL (2 vials / 28 days), NM, PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 300mg	1	NDS, QL (2 vials / 28 days), NM, PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 405mg	1	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, PA
ANTISEIZURE AGENTS		
APTiom TABS 200mg, 400mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
APTiom TABS 600mg, 800mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
BRIVIACT SOLN 10mg/ml	1	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg, 200mg; CP12 100mg, 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TABS 200mg; TB12 100mg, 200mg, 400mg	1	
<i>clobazam</i> SUSP 2.5mg/ml	1	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>clobazam</i> TABS 10mg, 20mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>clonazepam</i> TABS 2mg; TBDP 2mg	1	QL (300 tabs / 30 days)
<i>clonazepam</i> TABS .5mg, 1mg; TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg	1	QL (90 tabs / 30 days)

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg	1	QL (180 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
DIACOMIT CAPS 250mg	1	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, PA
DIACOMIT CAPS 500mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
DIACOMIT PACK 250mg	1	NDS, QL (360 packets / 30 days), NM, PA
DIACOMIT PACK 500mg	1	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml	1	QL (1200 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
<i>diazepam</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg	1	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	1	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	1	
<i>diazepam intensol</i> CONC 5mg/ml	1	QL (240 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
DILANTIN CAPS 30mg	1	
<i>divalproex sodium</i> CSDR 125mg; TB24 250mg, 500mg; TBEC 125mg, 250mg, 500mg	1	
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml	1	NDS, QL (600 mL / 30 days), NM, PA
<i>epitol</i> TABS 200mg	1	
EPRONTIA SOLN 25mg/ml	1	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>eslicarbazepine acetate</i> TABS 200mg, 400mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>eslicarbazepine acetate</i> TABS 600mg, 800mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>ethosuximide</i> CAPS 250mg; SOLN 250mg/5ml	1	
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml; TABS 400mg, 600mg	1	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml	1	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, PA
FYCOMPA SUSP .5mg/ml	1	NDS, QL (720 mL / 30 days), PA
FYCOMPA TABS 2mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>gabapentin</i> CAPS 100mg, 300mg	1	QL (360 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> CAPS 400mg	1	QL (270 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> SOLN 250mg/5ml, 300mg/6ml	1	QL (2160 mL / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 600mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 800mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> SOLN 200mg/20ml	1	
<i>lacosamide</i> TABS 50mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> TABS 100mg, 150mg, 200mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>lacosamide oral</i> SOLN 10mg/ml	1	QL (1200 mL / 30 days)
<i>lamotrigine</i> CHEW 5mg, 25mg; TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	
<i>lamotrigine</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg	1	ST
<i>levetiracetam</i> SOLN 100mg/ml, 500mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	1	
LEVETIRACETAM TB3D 250mg	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 500 mg/100ml	1	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1000 mg/100ml	1	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1500 mg/100ml	1	
<i>methsuximide</i> CAPS 300mg	1	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	1	QL (10 nasal units / 30 days)
<i>oxcarbazepine</i> SUSP 300mg/5ml; TABS 150mg, 300mg, 600mg	1	
<i>perampanel</i> TABS 2mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>perampanel</i> TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml	1	QL (1500 mL / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>phenobarbital</i> TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg	1	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>phenyte</i> CAPS 200mg, 300mg	1	
<i>phenytoin</i> CHEW 50mg; SUSP 125mg/5ml	1	
<i>phenytoin sodium</i> SOLN 50mg/ml	1	
<i>phenytoin sodium extended</i> CAPS 100mg, 200mg, 300mg	1	
<i>pregabalin</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	1	QL (120 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> CAPS 200mg	1	QL (90 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> CAPS 225mg, 300mg	1	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> SOLN 20mg/ml	1	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>primidone</i> TABS 50mg, 125mg, 250mg	1	
<i>roweepra</i> TABS 500mg	1	
<i>rufinamide</i> SUSP 40mg/ml	1	NDS, QL (2400 mL / 30 days), PA
<i>rufinamide</i> TABS 200mg	1	QL (480 tabs / 30 days), PA
<i>rufinamide</i> TABS 400mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), PA
SPRITAM TB3D 250mg	1	QL (360 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 500mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 750mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 1000mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>subvenite</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	
SYMPAZAN FILM 5mg, 10mg, 20mg	1	NDS, QL (60 films / 30 days), PA
<i>tiagabine hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	1	
<i>topiramate</i> CPSP 15mg, 25mg, 50mg; TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1	
<i>topiramate</i> SOLN 25mg/ml	1	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>valproate sodium</i> SOLN 100mg/ml, 250mg/5ml	1	
<i>valproic acid</i> CAPS 250mg	1	
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD 5mg/0.1ml	1	QL (10 blister packs / 30 days)
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD 10mg/0.1ml	1	QL (10 blister packs / 30 days)
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5mg/0.1ml	1	QL (10 blister packs / 30 days)
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10mg/0.1ml	1	QL (10 blister packs / 30 days)
<i>vigabatrin</i> PACK 500mg	1	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>vigabatrin</i> TABS 500mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
<i>vigadrone</i> PACK 500mg	1	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
<i>vigadrone</i> TABS 500mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
VIGAFYDE SOLN 100mg/ml	1	NDS, QL (900 mL / 30 days), NM, PA
<i>vigpoder</i> PACK 500mg	1	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
XCOPRI TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
XCOPRI TABS 150mg, 200mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
XCOPRI PAK 12.5-25	1	QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 50-100MG	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 100-150	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
ZONISADE SUSP 100mg/5ml	1	NDS, QL (900 mL / 30 days), PA
<i>zonisamide</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	1	
ZTALMY SUSP 50mg/ml	1	NDS, QL (1100 mL / 30 days), NM, PA

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	1	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>atomoxetine hcl CAPS 10mg, 18mg, 25mg</i>	1	QL (120 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 40mg</i>	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 60mg, 80mg, 100mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 2.5mg, 5mg</i>	1	QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 10mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>guanfacine hcl (adhd) TB24 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>guanfacine hcl (adhd) TB24 3mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>methylphenidate hcl CHEW 2.5mg, 5mg, 10mg; TABS 5mg, 10mg</i>	1	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl SOLN 5mg/5ml</i>	1	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl SOLN 10mg/5ml</i>	1	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl TABS 20mg; TBCR 10mg, 20mg</i>	1	QL (90 tabs / 30 days), PA
HYPNOTICS		
<i>DAYVIGO TABS 5mg, 10mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl (sleep) TABS 3mg, 6mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>eszopiclone TABS 1mg, 2mg, 3mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>tasimelteon CAPS 20mg</i>	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
temazepam CAPS 7.5mg, 30mg	1	QL (30 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
temazepam CAPS 15mg	1	QL (60 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
zaleplon CAPS 5mg	1	QL (30 caps / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
zaleplon CAPS 10mg	1	QL (60 caps / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
zolpidem tartrate TABS 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year

MIGRAINE

AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml	1	QL (1 pen / 30 days), NM, PA
dihydroergotamine mesylate SOLN 1mg/ml	1	NDS
dihydroergotamine mesylate SOLN 4mg/ml	1	NDS, QL (8 mL / 30 days), PA
EMGALITY SOAJ 120mg/ml	1	QL (2 pens / 30 days), NM, PA
EMGALITY SOSY 100mg/ml	1	QL (3 syringes / 30 days), NM, PA
EMGALITY SOSY 120mg/ml	1	QL (2 syringes / 30 days), NM, PA
ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg	1	QL (40 tabs / 28 days), PA
naratriptan hcl TABS 1mg, 2.5mg	1	QL (12 tabs / 30 days)
NURTEC TBDP 75mg	1	QL (16 tabs / 30 days), PA
QULIPTA TABS 10mg, 30mg, 60mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
rizatriptan benzoate TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg	1	QL (18 tabs / 30 days)

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>sumatriptan</i> SOLN 5mg/act	1	QL (24 units / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 20mg/act	1	QL (12 units / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml	1	QL (18 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml	1	QL (12 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	QL (12 tabs / 30 days)
UBRELVY TABS 50mg, 100mg	1	QL (16 tabs / 30 days), PA
MISCELLANEOUS		
AUSTEDO TABS 6mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 6mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 12mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 18mg, 24mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 30mg, 36mg, 42mg, 48mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	1	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
<i>lithium</i> SOLN 8meq/5ml	1	
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg; TBCR 300mg, 450mg	1	
NUEDEXTA CAP 20-10MG	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pyridostigmine bromide</i> TABS 60mg	1	
<i>riluzole</i> TABS 50mg	1	
<i>tetrabenazine</i> TABS 12.5mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>tetrabenazine</i> TABS 25mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS		
BAFIERTAM CPDR 95mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
BETASERON KIT .3mg	1	NDS, QL (14 syringes / 28 days), NM, PA
COPAXONE SOSY 20mg/ml	1	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
COPAXONE SOSY 40mg/ml	1	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
<i>dalfampridine</i> TB12 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>fingolimod hcl</i> CAPS .5mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 20mg/ml	1	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 40mg/ml	1	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
<i>glatopa</i> SOSY 20mg/ml	1	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatopa</i> SOSY 40mg/ml	1	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml	1	NDS, QL (16 pens / 365 days), NM, PA
MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS		
<i>baclofen</i> TABS 5mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>baclofen</i> TABS 10mg, 20mg	1	
<i>carisoprodol</i> TABS 350mg	1	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>cyclobenzaprine hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	QL (90 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>dantrolene sodium</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>methocarbamol</i> TABS 500mg	1	QL (360 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>methocarbamol</i> TABS 750mg	1	QL (240 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>tizanidine hcl</i> TABS 2mg, 4mg	1	
NARCOLEPSY/CATAPLEXY		
<i>armodafinil</i> TABS 50mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>armodafinil</i> TABS 150mg, 200mg, 250mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>modafinil</i> TABS 100mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>modafinil</i> TABS 200mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
SODIUM OXYBATE SOLN 500mg/ml	1	NDS, QL (540 mL / 30 days), NM, PA

PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC

<i>acamprosate calcium</i> TBEC 333mg	1	
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 2mg, 8mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i>	1	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i>	1	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	1	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i>	1	QL (60 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i>	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> TB12 150mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>disulfiram</i> TABS 250mg, 500mg	1	
<i>naloxone hcl</i> LIQD 4mg/0.1ml; SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY .4mg/ml, 2mg/2ml	1	
<i>naltrexone hcl</i> TABS 50mg	1	
NICOTROL INHALER INHA 10mg	1	
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	1	
<i>varenicline tartrate</i> TABS .5mg, 1mg	1	QL (56 tabs / 28 days)
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i>	1	QL (2 packs / year)
VIVITROL SUSR 380mg	1	NDS, NM

ENDOCRINE AND METABOLIC

ANDROGENS

<i>danazol</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	1	
<i>depo-testosterone</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	1	PA
<i>methyltestosterone</i> CAPS 10mg	1	NDS, QL (600 caps / 30 days), PA
<i>testosterone</i> GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm	1	QL (300 gm / 30 days), PA
<i>testosterone cypionate</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	1	PA
<i>testosterone enanthate</i> SOLN 200mg/ml	1	PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
testosterone pump GEL 1.62%	1	QL (150 gm / 30 days), PA
ANTIDIABETICS		
acarbose TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
FARXIGA TABS 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
glimepiride TABS 1mg, 2mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
glimepiride TABS 4mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
glipizide TABS 5mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
glipizide TABS 10mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
glipizide TB24 2.5mg, 5mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
glipizide TB24 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
glipizide xl TB24 2.5mg, 5mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
glipizide xl TB24 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-500MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-500MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 100-1000	1	QL (30 tabs / 30 days)
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
JARDIANCE TABS 10mg, 25mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-500	1	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-850	1	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
metformin hcl TABS 500mg	1	QL (150 tabs / 30 days)
metformin hcl TABS 850mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
metformin hcl TABS 1000mg	1	QL (75 tabs / 30 days)
metformin hcl TB24 500mg	1	QL (120 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
metformin hcl TB24 750mg	1	QL (60 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
MOUNJARO SOAJ 2.5mg/0.5ml, 5mg/0.5ml, 7.5mg/0.5ml, 10mg/0.5ml, 12.5mg/0.5ml, 15mg/0.5ml	1	QL (4 pens / 28 days), PA
<i>nateglinide</i> TABS 60mg, 120mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/3ml	1	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml	1	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8mg/3ml	1	QL (1 pen / 28 days), PA
<i>pioglitazone hcl</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg</i>	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg</i>	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS 2mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS .5mg, 1mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
SYNJARDY TAB 5-500MG	1	QL (120 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 12.5-500	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 10-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 25-1000	1	QL (30 tabs / 30 days)
TRADJENTA TABS 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
TRULICITY SOAJ .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml	1	QL (4 pens / 28 days), PA
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-500MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-500MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-1000	1	QL (30 tabs / 30 days)
ANTIDIABETICS, INSULINS		
ADMELOG SOLN 100unit/ml	1	
ADMELOG SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	1	
ALCOHOL SWABS: BD-EMBECTA/MHC/RUGBY	1	PA
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml	1	
CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (3-DAY)	1	QL (10 patches / 30 days), PA
CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (4-DAY)	1	QL (8 patches / 24 days), PA
CEQUR SIMPL MIS INSERTER	1	QL (2 inserters / year), PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
FIASP SOLN 100unit/ml	1	
FIASP FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml	1	
FIASP PENFILL SOCT 100unit/ml	1	
FIASP PUMPCART SOCT 100unit/ml	1	B/D
GAUZE PADS 2" X 2"	1	PA
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml	1	NDS, B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml	1	NDS
INSULIN PEN NEEDLES: BD-EMBECTA	1	PA
INSULIN SAFETY NEEDLES: BD-EMBECTA	1	PA
INSULIN SYRINGES: BD-EMBECTA	1	PA
NOVOLIN INJ 70/30	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN INJ 70/30 FP	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG SOLN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ 70/30	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
OMNIPOD 5 DX KIT INT G7G6	1	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 DX MIS POD G7G6	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO	1	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD 5 L2 KIT INTRO G6	1	QL (1 kit / year), PA

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
OMNIPOD 5 L2 MIS PODS G6	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD DASH KIT INTRO	1	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD DASH MIS PODS	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD MIS CLASSIC	1	QL (15 pods / 30 days), PA
SOLIQUA INJ 100/33	1	QL (5 pens / 25 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	1	
TOUJEO SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	1	
TRESIBA SOLN 100unit/ml	1	
TRESIBA FLEXTouch SOPN 100unit/ml, 200unit/ml	1	
XULTOPHY INJ 100/3.6	1	QL (5 pens / 30 days)
CALCIUM REGULATORS		
<i>alendronate sodium</i> SOLN 70mg/75ml	1	ST
<i>alendronate sodium</i> TABS 10mg, 35mg, 70mg	1	
BONSITY SOPN 560mcg/2.24ml	1	NDS, NM, PA
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	1	B/D
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	1	B/D
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	1	B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	1	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml	1	QL (1 syringe / 180 days), NM
<i>risedronate sodium</i> TABS 5mg, 35mg, 150mg	1	
<i>risedronate sodium</i> TBEC 35mg	1	ST
TERIPARATIDE SOPN 560mcg/2.24ml	1	NDS, NM, PA; (ALVOGEN product)
WYOST SOLN 120mg/1.7ml	1	NDS, NM, PA
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	1	NDS, NM, PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 5mg/100ml	1	B/D, NM

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
CHELATING AGENTS		
CHEMET CAPS 100mg	1	NDS
deferasirox TABS 90mg, 180mg, 360mg; TBSO 125mg	1	NM, PA
deferasirox TBSO 250mg, 500mg	1	NDS, NM, PA
kionex SUSP 15gm/60ml	1	
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	1	
penicillamine TABS 250mg	1	NDS, NM
sodium polystyrene sulfonate powder	1	
sps SUSP 15gm/60ml	1	
sps rectal SUSP 15gm/60ml	1	
trientine hcl CAPS 250mg	1	NDS, NM, PA
CONTRACEPTIVES		
afirmelle	1	
altavera	1	
alyacen 1/35	1	
alyacen 7/7/7	1	
amethia	1	
amethyst	1	
apri	1	
aranelle	1	
ashlyna	1	
aubra eq	1	
aurovela 1/20	1	
aurovela 24 fe	1	
aurovela fe 1.5/30	1	
aurovela fe 1/20	1	
aviane	1	
ayuna	1	
azurette	1	
balziva	1	
blisovi 24 fe	1	
blisovi fe 1.5/30	1	
briellyn	1	
camila TABS .35mg	1	
camrese	1	
camrese lo	1	
chateal eq	1	
cryselle-28	1	

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>cyred eq</i>	1	
<i>dasetta 1/35</i>	1	
<i>dasetta 7/7/7</i>	1	
<i>daysee</i>	1	
<i>deblitane</i> TABS .35mg	1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY 104mg/0.65ml	1	
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15- 0.02/0.01 mg(21/5)</i>	1	
<i>dolishale</i>	1	
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3- 0.02-0.451 mg</i>	1	
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3- 0.03-0.451 mg</i>	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	1	
<i>elinest</i>	1	
<i>eluryng</i>	1	
<i>emzahh</i> TABS .35mg	1	
<i>enilloring</i>	1	
<i>enpresse-28</i>	1	
<i>enskyce</i>	1	
<i>errin</i> TABS .35mg	1	
<i>estarylla</i>	1	
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12- 0.015 mg/24hr</i>	1	
<i>falmina</i>	1	
<i>feirza 1.5/30</i>	1	
<i>feirza 1/20</i>	1	
<i>finzala</i>	1	
<i>galbriela</i>	1	
<i>hailey 1.5/30</i>	1	
<i>hailey 24 fe</i>	1	
<i>haloette</i>	1	
<i>heather</i> TABS .35mg	1	
<i>iclevia</i>	1	
<i>incassia</i> TABS .35mg	1	
<i>introvale</i>	1	
<i>isibloom</i>	1	
<i>jaimiess</i>	1	
<i>jasmiel</i>	1	
<i>jolessa</i>	1	
<i>juleber</i>	1	
<i>junel 1.5/30</i>	1	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>junel 1/20</i>	1	
<i>junel fe 1.5/30</i>	1	
<i>junel fe 1/20</i>	1	
<i>junel fe 24</i>	1	
<i>kaitlib fe</i>	1	
<i>kariva</i>	1	
<i>kelnor 1/35</i>	1	
<i>kelnor 1/50</i>	1	
<i>kurvelo</i>	1	
<i>larin 1.5/30</i>	1	
<i>larin 1/20</i>	1	
<i>larin 24 fe</i>	1	
<i>larin fe 1.5/30</i>	1	
<i>larin fe 1/20</i>	1	
<i>layolis fe</i>	1	
<i>lessina</i>	1	
<i>levonest</i>	1	
<i>levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg & eth est 0.01 mg</i>	1	
<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i>	1	
<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i>	1	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	1	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	1	
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (continuous) tab 90-20 mcg</i>	1	
<i>levora 0.15/30-28</i>	1	
<i>LILETTA IUD 20.1mcg/day</i>	1	NM
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	1	
<i>loestrin 1/20-21</i>	1	
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	1	
<i>loestrin fe 1/20</i>	1	
<i>lojaimiess</i>	1	

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>loryna</i>	1	
<i>low-ogestrel</i>	1	
<i>luizza 1.5/30</i>	1	
<i>luizza 1/20</i>	1	
<i>lutra</i>	1	
<i>lyleq TABS .35mg</i>	1	
<i>lyza TABS .35mg</i>	1	
<i>marlissa</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml</i>	1	
<i>meleya TABS .35mg</i>	1	
<i>mibelas 24 fe</i>	1	
<i>microgestin 1.5/30</i>	1	
<i>microgestin 1/20</i>	1	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	1	
<i>microgestin fe 1/20</i>	1	
<i>mili</i>	1	
<i>mono-lynyah</i>	1	
<i>necon 0.5/35-28</i>	1	
<i>NEXPLANON IMPL 68mg</i>	1	NM
<i>nikki</i>	1	
<i>nora-be TABS .35mg</i>	1	
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i>	1	
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg</i>	1	
<i>norethindrone (contraceptive) TABS .35mg</i>	1	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	1	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	1	
<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg (24)</i>	1	
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	1	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	1	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>norlyroc TABS .35mg</i>	1	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	1	
<i>nortrel 7/7/7</i>	1	
<i>nylia 1/35</i>	1	
<i>nylia 7/7/7</i>	1	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ocella	1	
orquidea TABS .35mg	1	
philith	1	
pimtrea	1	
portia-28	1	
reclipsen	1	
rivelsa	1	
rosyrah	1	
setlakin	1	
sharobel TABS .35mg	1	
simliya	1	
simpesse	1	
sprintec 28	1	
sronyx	1	
syeda	1	
tarina 24 fe	1	
tarina fe 1/20 eq	1	
tilia fe	1	
tri-estarylla	1	
tri-legest fe	1	
tri-linyah	1	
tri-lo-estarylla	1	
tri-lo-marzia	1	
tri-lo-mili	1	
tri-lo-sprintec	1	
tri-mili	1	
tri-nymyo	1	
tri-sprintec	1	
tri-vylibra	1	
tri-vylibra lo	1	
turqoz	1	
tydemy	1	
valtya 1/50	1	
velivet	1	
vestura	1	
vienva	1	
viorele	1	
vyfemla	1	
vylibra	1	

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>wera</i>	1	
<i>wymzya fe</i>	1	
<i>xarah fe</i>	1	
<i>xelria fe</i>	1	
<i>xulane</i>	1	
<i>zafemy</i>	1	
<i>zovia 1/35</i>	1	
<i>zumandimine</i>	1	
ESTROGENS		
<i>abigale</i>	1	
<i>abigale lo</i>	1	
<i>dotti</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	1	
<i>estradiol</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr; PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr; TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	1	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	1	
<i>estradiol vaginal</i> CREA .1mg/gm; TABS 10mcg	1	
<i>estradiol valerate</i> OIL 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml	1	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	1	
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	1	
<i>jinteli</i>	1	
<i>lyllana</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	1	
<i>mimvey</i>	1	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	1	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	1	
<i>yuvaferm</i> TABS 10mcg	1	
GLUCOCORTICOIDS		
<i>dexamethasone</i> ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	1	
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml; SOSY 4mg/ml, 10mg/ml	1	
<i>fludrocortisone acetate</i> TABS .1mg	1	
<i>hydrocortisone</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	
<i>hydrocortisone sod succinate</i> SOLR 100mg	1	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>methylprednisolone</i> TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg	1	B/D
<i>methylprednisolone</i> TBPK 4mg	1	
<i>methylprednisolone acetate</i> SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	1	B/D
<i>methylprednisolone sod succ</i> SOLR 40mg, 125mg, 1000mg	1	B/D
<i>prednisolone</i> SOLN 15mg/5ml	1	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 5mg/5ml, 15mg/5ml, 25mg/5ml	1	B/D
<i>prednisone</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	1	B/D
<i>prednisone</i> TBPK 5mg, 10mg	1	
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	1	B/D
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	1	
GLUCOSE ELEVATING AGENTS		
<i>diazoxide</i> SUSP 50mg/ml	1	NDS
ZEGALOGUE SOAJ .6mg/0.6ml; SOSY .6mg/0.6ml	1	
MISCELLANEOUS		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	1	NDS, NM, PA
<i>betaine powder for oral solution</i>	1	NDS, NM
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	1	
<i>carglumic acid</i> TBSO 200mg	1	NDS, NM, PA
CERDELGA CAPS 84mg	1	NDS, NM, PA
CEREZYME SOLR 400unit	1	NDS, NM, PA
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 30mg, 60mg	1	B/D, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 90mg	1	NDS, B/D, QL (120 tabs / 30 days), NM
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	1	NM, PA
<i>desmopressin acetate</i> SOLN 4mcg/ml	1	NDS
<i>desmopressin acetate</i> TABS .1mg, .2mg	1	
<i>desmopressin acetate spray</i> SOLN .01%	1	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	1	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	1	NDS, NM, PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	1	NDS, NM, PA
GENOTROPIN MINIQICK PRSY .2mg	1	NM, PA

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
GENOTROPIN MINIQWICK PRSY .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	1	NDS, NM, PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	1	NDS, NM, PA
javygtor PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	1	NDS, NM, PA
lanreotide acetate SOLN 120mg/0.5ml	1	NDS, NM, PA
levocarnitine (metabolic modifiers) SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	1	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	1	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg	1	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg	1	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH KIT 45mg	1	NDS, NM, PA
mifepristone (hyperglycemia) TABS 300mg	1	NDS, NM, PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	1	NDS, NM, PA
nitisinone CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	NDS, NM, PA
octreotide acetate SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	1	NM, PA
octreotide acetate SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	1	NDS, NM, PA
raloxifene hcl TABS 60mg	1	
sapropterin dihydrochloride PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	1	NDS, NM, PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	1	NDS, NM, PA
sodium phenylbutyrate POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	1	NDS, NM, PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	1	NDS, NM, PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	1	NDS, NM, PA
SYNAREL SOLN 2mg/ml	1	NDS, PA
VEOZAH TABS 45mg	1	PA
zelvysia PACK 100mg, 500mg	1	NDS, NM, PA
PROGESTINS		
gallifrey TABS 5mg	1	
medroxyprogesterone acetate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
megestrol acetate SUSP 40mg/ml	1	
megestrol acetate (appetite) SUSP 625mg/5ml	1	PA
norethindrone acetate TABS 5mg	1	
progesterone CAPS 100mg, 200mg	1	
THYROID AGENTS		
levo-t TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>levothyroxine sodium</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
<i>levoxyl</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1	
<i>liothyronine sodium</i> TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	1	
<i>methimazole</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>propylthiouracil</i> TABS 50mg	1	
SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
<i>unithroid</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
VITAMIN D ANALOGS		
<i>calcitriol</i> CAPS .25mcg, .5mcg	1	B/D
<i>calcitriol (oral)</i> SOLN 1mcg/ml	1	B/D
<i>paricalcitol</i> CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg	1	B/D
GASTROINTESTINAL		
ANTIEMETICS		
<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 80mg, 125mg	1	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	1	B/D
<i>compro</i> SUPP 25mg	1	
<i>dronabinol</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	B/D, QL (60 caps / 30 days)
<i>granisetron hcl</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	1	
<i>granisetron hcl</i> TABS 1mg	1	B/D
<i>meclizine hcl</i> TABS 12.5mg, 25mg	1	
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml; TABS 5mg, 10mg	1	
<i>ondansetron</i> TBDP 4mg, 8mg	1	B/D
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml; SOSY 4mg/2ml	1	
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/5ml; TABS 4mg, 8mg	1	B/D
<i>prochlorperazine</i> SUPP 25mg	1	
<i>prochlorperazine edisylate</i> SOLN 10mg/2ml	1	
<i>prochlorperazine maleate</i> TABS 5mg, 10mg	1	

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>promethazine hcl</i> SOLN 6.25mg/5ml, 25mg/ml, 50mg/ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	1	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days	1	QL (10 patches / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
ANTISPASMODICS		
<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; SOLN 10mg/5ml; TABS 20mg	1	
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glycopyrrolate</i> TABS 2mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
H2-RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml; SUSR 40mg/5ml; TABS 20mg, 40mg	1	
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i>	1	
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	1	
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg	1	
<i>budesonide</i> CPEP 3mg	1	QL (90 caps / 30 days), PA
<i>budesonide</i> TB24 9mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> ENEM 100mg/60ml	1	
<i>mesalamine</i> CP24 .375gm	1	QL (120 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> CPDR 400mg	1	QL (180 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm	1	QL (1680 mL / 28 days)
<i>mesalamine</i> SUPP 1000mg	1	QL (30 suppositories / 30 days)
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	1	QL (28 bottles / 28 days)
<i>sulfasalazine</i> TABS 500mg; TBEC 500mg	1	
LAXATIVES		
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>gavilyte-c</i>	1	
<i>gavilyte-g</i>	1	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	1	
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	1	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	1	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	1	
PLENVU SOL	1	
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	1	
MISCELLANEOUS		
<i>alosetron hcl TABS 1mg</i>	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>alosetron hcl TABS .5mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
CREON CAP 3000UNIT	1	
CREON CAP 6000UNIT	1	
CREON CAP 12000UNIT	1	
CREON CAP 24000UNIT	1	
CREON CAP 36000UNIT	1	
<i>cromolyn sodium (mastocytosis) CONC 100mg/5ml</i>	1	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml</i>	1	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i>	1	
GATTEX KIT 5mg	1	NDS, NM, PA
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>loperamide hcl CAPS 2mg</i>	1	
<i>misoprostol TABS 100mcg, 200mcg</i>	1	
MOVANTIK TABS 12.5mg, 25mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
RELISTOR SOLN 12mg/0.6ml; SOSY 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml	1	NDS, QL (28 syringes / 28 days), PA
<i>sucralfate TABS 1gm</i>	1	
<i>ursodiol CAPS 300mg; TABS 250mg, 500mg</i>	1	
VOWST CAP	1	NDS, QL (12 caps / 30 days), NM, PA
XERMELO TABS 250mg	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
XIFAXAN TABS 550mg	1	NDS, PA
ZENPEP CAP 3000UNIT	1	
ZENPEP CAP 5000UNIT	1	
ZENPEP CAP 10000UNIT	1	
ZENPEP CAP 15000UNIT	1	
ZENPEP CAP 20000UNIT	1	
ZENPEP CAP 25000UNIT	1	

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على (800) 665-3086، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ZENPEP CAP 40000UNT	1	
ZENPEP CAP 60000UNT	1	
PROTON PUMP INHIBITORS		
esomeprazole magnesium CPDR 20mg, 40mg	1	QL (30 caps / 30 days), ST
lansoprazole CPDR 15mg, 30mg	1	QL (60 caps / 30 days)
omeprazole CPDR 10mg, 20mg, 40mg	1	
pantoprazole sodium SOLR 40mg; TBEC 20mg, 40mg	1	
rabeprazole sodium TBEC 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
GENITOURINARY		
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA		
alfuzosin hcl TB24 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
dutasteride CAPS .5mg	1	QL (30 caps / 30 days)
dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg	1	QL (30 caps / 30 days)
finasteride TABS 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
tadalafil TABS 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
tamsulosin hcl CAPS .4mg	1	QL (60 caps / 30 days)
MISCELLANEOUS		
acetic acid SOLN .25%	1	
bethanechol chloride TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	1	
potassium citrate (alkalinizer) TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	1	
URINARY ANTISPASMODICS		
fesoterodine fumarate TB24 4mg, 8mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
GEMTESA TABS 75mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
MYRBETRIQ SRER 8mg/ml	1	QL (300 mL / 28 days)
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
oxybutynin chloride SOLN 5mg/5ml	1	QL (600 mL / 30 days)
oxybutynin chloride TABS 5mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
oxybutynin chloride TB24 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
oxybutynin chloride TB24 10mg, 15mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
solifenacin succinate TABS 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
tolterodine tartrate CP24 2mg, 4mg	1	QL (30 caps / 30 days), ST
tolterodine tartrate TABS 1mg, 2mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
trospium chloride TABS 20mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
VAGINAL ANTI-INFECTIVES		
clindamycin phosphate vaginal CREA 2%	1	
metronidazole vaginal GEL .75%	1	
terconazole vaginal CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
HEMATOLOGIC		
ANTICOAGULANTS		
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> CAPS 75mg, 150mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> CAPS 110mg	1	QL (120 caps / 30 days)
ELIQUIS TABS 2.5mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
ELIQUIS TABS 5mg	1	QL (74 tabs / 30 days)
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg	1	QL (74 tabs / 30 days)
<i>enoxaparin sodium</i> SOLN 300mg/3ml; SOSY 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml	1	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 2.5mg/0.5ml	1	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	1	NDS
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	1	
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	1	B/D
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	
<i>rivaroxaban</i> SUSR 1mg/ml	1	QL (620 mL / 30 days)
<i>rivaroxaban</i> TABS 2.5mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	
XARELTO SUSR 1mg/ml	1	QL (620 mL / 30 days)
XARELTO TABS 2.5mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
XARELTO STAR TAB 15/20MG	1	QL (51 tabs / 30 days)
HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS		
FULPHILA SOSY 6mg/0.6ml	1	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	1	NM, PA
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	1	NDS, NM, PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	1	NDS, NM, PA
MISCELLANEOUS		
ALVAIZ TABS 9mg, 54mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
ALVAIZ TABS 18mg, 36mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	1	
BERINERT KIT 500unit	1	NDS, QL (24 boxes / 30 days), NM, PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	1	
DOPTELET TABS 20mg	1	NDS, NM, PA
HAEGARDA SOLR 2000unit	1	NDS, QL (30 vials / 30 days), NM, PA
HAEGARDA SOLR 3000unit	1	NDS, QL (20 vials / 30 days), NM, PA
<i>icatibant acetate</i> SOSY 30mg/3ml	1	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
<i>l-glutamine (sickle cell)</i> PACK 5gm	1	NDS, NM, PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	1	
<i>sajazir</i> SOSY 30mg/3ml	1	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
SIKLOS TABS 100mg	1	
SIKLOS TABS 1000mg	1	NDS
TAVNEOS CAPS 10mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>tranexamic acid</i> SOLN 1000mg/10ml; TABS 650mg	1	
PLATELET AGGREGATION INHIBITORS		
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	1	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	1	
<i>clopidogrel bisulfate</i> TABS 75mg	1	
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>prasugrel hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>ticagrelor</i> TABS 60mg, 90mg	1	
IMMUNOLOGIC AGENTS		
AUTOIMMUNE AGENTS		
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
ADALIMUMAB-AACF (2 SYRING PSKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (56 syringes / 365 days), NM, PA
ADALIMUMAB-AACF STARTER P AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
COSENTYX SOLN 125mg/5ml	1	NDS, NM, PA
COSENTYX SOSY 75mg/0.5ml	1	NDS, QL (16 syringes / 365 days), NM, PA
COSENTYX SOSY 150mg/ml	1	NDS, QL (32 syringes / 365 days), NM, PA
COSENTYX SENSOREADY PEN SOAJ 150mg/ml	1	NDS, QL (32 pens / 365 days), NM, PA
COSENTYX UNOREADY SOAJ 300mg/2ml	1	NDS, QL (16 pens / 365 days), NM, PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
DUPIXENT SOAJ 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	1	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
DUPIXENT SOSY 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	1	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml	1	NDS, QL (16 vials / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml	1	NDS, QL (16 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 50mg/ml	1	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml	1	NDS, QL (8 cartridges / 28 days), NM, PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml	1	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml	1	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 20mg/0.2ml	1	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN AJKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (6 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN AJKT 80mg/0.8ml	1	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	1	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START AJKT 80mg/0.8ml	1	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S AJKT 80mg/0.8ml	1	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
IDACIO (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
IDACIO CROHN INJ DISEASE AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	1	NDS, NM, PA
PYZCHIVA SOAJ 45mg/0.5ml	1	QL (1 pen / 28 days), NM, PA
PYZCHIVA SOAJ 90mg/ml	1	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
PYZCHIVA SOLN 45mg/0.5ml	1	QL (1 vial / 28 days), NM, PA
PYZCHIVA SOLN 130mg/26ml	1	NDS, NM, PA
PYZCHIVA SOSY 45mg/0.5ml	1	QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
PYZCHIVA SOSY 90mg/ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
REMICADE SOLR 100mg	1	NDS, NM, PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	1	NDS, NM, PA
RINVOQ TB24 15mg, 30mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
RINVOQ TB24 45mg	1	NDS, QL (168 tabs / year), NM, PA
RINVOQ LQ SOLN 1mg/ml	1	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, PA
SKYRIZI SOCT 180mg/1.2ml, 360mg/2.4ml	1	NDS, QL (1 cartridge / 56 days), NM, PA
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml	1	NDS, NM, PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml	1	NDS, QL (6 syringes / 365 days), NM, PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml	1	NDS, QL (6 pens / 365 days), NM, PA
SOTYKTU TABS 6mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml	1	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, PA
STELARA SOLN 130mg/26ml	1	NDS, NM, PA
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOAJ 200mg/2ml	1	NDS, QL (2 pens / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOLN 200mg/20ml	1	NDS, NM, PA
TREMFYA SOPN 100mg/ml	1	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOSY 100mg/ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOSY 200mg/2ml	1	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
TREMFYA INDUCTION PACK FO SOAJ 200mg/2ml	1	NDS, QL (2 pens / 28 days), NM, PA
TREMFYA PEN SOAJ 100mg/ml	1	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
TYENNE SOAJ 162mg/0.9ml	1	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
TYENNE SOLN 80mg/4ml, 200mg/10ml, 400mg/20ml	1	NDS, NM, PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TYENNE SOSY 162mg/0.9ml	1	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
VELSIPITY TABS 2mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ SOLN 1mg/ml	1	NDS, QL (480 mL / 24 days), NM, PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
YESINTEK SOLN 45mg/0.5ml	1	QL (1 vial / 28 days), NM, PA
YESINTEK SOLN 130mg/26ml	1	NM, PA
YESINTEK SOSY 45mg/0.5ml	1	QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
YESINTEK SOSY 90mg/ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA

DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS)

hydroxychloroquine sulfate TABS 200mg	1	
JYLAMVO SOLN 2mg/ml	1	B/D
leflunomide TABS 10mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
methotrexate sodium TABS 2.5mg	1	
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	1	B/D

IMMUNOGLOBULINS

ALYGLO SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	1	NDS, NM, PA
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml, 10%	1	NDS, NM, PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 5gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/400ml	1	NDS, NM, PA
GAMASTAN INJ	1	B/D, NM
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	1	NDS, NM, PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	1	NDS, NM, PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	1	NDS, NM, PA
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	1	NDS, NM, PA

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	1	NDS, NM, PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	1	NDS, NM, PA
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	1	NDS, NM, PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	1	NDS, NM, PA
IMMUNOMODULATORS		
ACTIMMUNE SOLN 100mcg/0.5ml	1	NDS, NM, PA
ARCALYST SOLR 220mg	1	NDS, NM, PA
IMMUNOSUPPRESSANTS		
ASTAGRAF XL CP24 5mg	1	NDS, B/D, NM
ASTAGRAF XL CP24 .5mg, 1mg	1	B/D, NM
azathioprine TABS 50mg	1	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOSY 200mg/ml	1	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	1	NDS, NM, PA
cyclosporine CAPS 25mg, 100mg	1	B/D, NM
cyclosporine modified (for microemulsion) CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	1	B/D, NM
everolimus (immunosuppressant) TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	1	NDS, B/D, NM
engraf CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	1	B/D, NM
mycophenolate mofetil CAPS 250mg; TABS 500mg	1	B/D, NM
mycophenolate mofetil SUSR 200mg/ml	1	NDS, B/D, NM
mycophenolate sodium TBEC 180mg, 360mg	1	B/D, NM
NULOJIX SOLR 250mg	1	NDS, B/D, NM
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	1	B/D, NM
REZUROCK TABS 200mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
sirolimus SOLN 1mg/ml	1	NDS, B/D, NM
sirolimus TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	B/D, NM
tacrolimus CAPS .5mg, 1mg, 5mg	1	B/D, NM
VACCINES		
ABRYVO SOLR 120mcg/0.5ml	1	
ACTHIB INJ	1	
ADACEL INJ	1	
AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	1	
BCG VACCINE SOLR 50mg	1	
BEXSERO SUSY .5ml	1	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
BOOSTRIX INJ	1	
DAPTACEL INJ	1	
DENGIVAXIA SUS	1	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	1	B/D
ENGRIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	1	B/D
GARDASIL 9 SUSP .5ml; SUSY .5ml	1	
HAVRIX SUSY 720elu/0.5ml, 1440unit/ml	1	
HEPLISAV-B SOSY 20mcg/0.5ml	1	B/D
HIBERIX SOLR 10mcg	1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	1	B/D
INFANRIX INJ	1	
IPOL INJ INACTIVE	1	
IXIARO INJ	1	
JYNNEOS SUSP .5ml	1	B/D
KINRIX INJ	1	
M-M-R II INJ	1	
MENACTRA INJ	1	
MENQUADFI SOLN .5ml	1	
MENVEO INJ	1	
MENVEO SOL	1	
MRESVIA SUSY 50mcg/0.5ml	1	
PEDIARIX INJ 0.5ML	1	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	1	
PENBRAYA INJ	1	
PENMENVY INJ	1	
PENTACEL INJ	1	
PRIORIX INJ	1	
PROQUAD INJ	1	
QUADRACEL INJ 0.5ML	1	
RABAVERT INJ	1	B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml; SUSY 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml	1	B/D
ROTARIX SUS	1	
ROTATEQ SOL	1	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml	1	QL (2 vials per lifetime)
TENIVAC INJ 5-2LF	1	B/D
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	1	
TRUMENBA SUSY .5ml	1	

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TWINRIX INJ	1	
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	1	
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml; SUSY 25unit/0.5ml, 50unit/ml	1	
VARIVAX SUSR 1350pfu/0.5ml	1	
VAXCHORA SUS	1	
VIMKUNYA SUSY 40mcg/0.8ml	1	
VIVOTIF CAP EC	1	
YF-VAX INJ	1	

NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS

ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE

D2.5W/NACL INJ 0.45%	1	
D10W/NACL INJ 0.2%	1	
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	1	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	1	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	1	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	1	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i>	1	
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	1	
ISOLYTE-P INJ /D5W	1	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	1	
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	1	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	1	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	1	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	1	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	1	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	1	
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	1	
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	1	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	1	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	1	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	1	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	1	
<i>lactated ringer's solution</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>magnesium sulfate</i> SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%	1	
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%	1	
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	1	
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	1	
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	1	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	1	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	1	
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	1	
<i>potassium chloride</i> SOLN 2meq/ml, 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml	1	
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	1	
<i>sodium chloride</i> SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%	1	
TPN ELECTROL INJ	1	B/D
ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL		
<i>klor-con</i> PACK 20meq	1	
<i>klor-con 8</i> TBCR 8meq	1	
<i>klor-con 10</i> TBCR 10meq	1	
<i>klor-con m10</i> TBCR 10meq	1	
<i>klor-con m15</i> TBCR 15meq	1	
<i>klor-con m20</i> TBCR 20meq	1	
M-NATAL PLUS TAB	1	
<i>potassium chloride</i> CPCR 8meq, 10meq; PACK 20meq; SOLN 10%, 20%; TBCR 8meq, 10meq, 20meq	1	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals</i> TBCR 10meq, 15meq, 20meq	1	
PRENATAL TAB 27-1MG	1	
PRENATAL TAB PLUS	1	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	1	
WESTAB PLUS TAB 27-1MG	1	

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
IV NUTRITION		
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	1	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	1	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	1	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	1	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	1	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	1	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	1	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	1	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	1	B/D
<i>dextrose SOLN 5%, 10%</i>	1	
<i>dextrose SOLN 50%, 70%</i>	1	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	1	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	1	B/D
<i>plenamine</i>	1	B/D
PREMASOL SOL 10%	1	NDS, B/D
PROSOL INJ 20%	1	B/D
TRAVASOL INJ 10%	1	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	1	B/D
OPHTHALMIC		
ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY		
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	1	
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	1	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	1	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	1	
ANTI-INFECTIVES		
<i>bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	1	
BESIVANCE SUSP .6%	1	
CILOXAN OINT .3%	1	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%</i>	1	
<i>erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm</i>	1	
<i>gatifloxacin (ophth) SOLN .5%</i>	1	
<i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%</i>	1	QL (12 mL / 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
NATACYN SUSP 5%	1	
neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin	1	
neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin	1	
neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml	1	
ofloxacin (ophth) SOLN .3%	1	
polycin ophth oint	1	
polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%	1	
sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%	1	
tobramycin (ophth) SOLN .3%	1	
trifluridine SOLN 1%	1	
XDEMY SOLN .25%	1	NDS, NM, PA
ZIRGAN GEL .15%	1	
ANTI-INFLAMMATORIES		
bromfenac sodium (ophth) SOLN .07%, .075%	1	
dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%	1	
diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%	1	
difluprednate EMUL .05%	1	
FLAREX SUSP .1%	1	
fluorometholone (ophth) SUSP .1%	1	
flurbiprofen sodium SOLN .03%	1	
ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .4%, .5%	1	
LOTEMAX OINT .5%	1	
loteprednol etabonate SUSP .2%	1	
prednisolone acetate (ophth) SUSP 1%	1	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	1	
ANTIALLERGICS		
azelastine hcl (ophth) SOLN .05%	1	
cromolyn sodium (ophth) SOLN 4%	1	
ZERVIAE SOLN .24%	1	
ANTI GLAUCOMA		
betaxolol hcl (ophth) SOLN .5%	1	
BETOPTIC-S SUSP .25%	1	
brimonidine tartrate SOLN .15%, .2%	1	
brinzolamide SUSP 1%	1	

إذا كانت لديك أي أسئلة، فُرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>carteolol hcl (ophth)</i> SOLN 1%	1	
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	1	
<i>dorzolamide hcl</i> SOLN 2%	1	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln</i> 2-0.5%	1	
<i>latanoprost</i> SOLN .005%	1	
<i>levobunolol hcl</i> SOLN .5%	1	
LUMIGAN SOLN .01%	1	
<i>pilocarpine hcl</i> SOLN 1%, 2%, 4%	1	
RHOPRESSA SOLN .02%	1	
ROCKLATAN DRO	1	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	1	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLG .25%, .5%; SOLN .25%, .5%	1	
VYZULTA SOLN .024%	1	
MISCELLANEOUS		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	1	
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> SOLN 1%	1	
CYSTADROPS SOLN .37%	1	NDS, NM, PA
CYSTARAN SOLN .44%	1	NDS, NM, PA
EYSUVIS SUSP .25%	1	
MIEBO SOLN 1.338gm/ml	1	
<i>proparacaine hcl</i> SOLN .5%	1	
RESTASIS EMUL .05%	1	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	1	
XIIDRA SOLN 5%	1	
OTIC		
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid (otic)</i> SOLN 2%	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp</i> 0.3-0.1%	1	
<i>flac</i> OIL .01%	1	
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i> OIL .01%	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln</i> 1%	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp</i> 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%	1	
<i>ofloxacin (otic)</i> SOLN .3%	1	
RESPIRATORY		
ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	1	QL (60 blisters / 30 days)
BEVESPI AER 9-4.8MCG	1	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE	1	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	1	QL (4 inhalers / 28 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
COMBIVENT AER 20-100	1	QL (2 inhalers / 30 days)
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	1	B/D
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	1	QL (60 blisters / 30 days)
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	1	QL (60 blisters / 30 days)
ANTICHOLINERGICS		
ATROVENT HFA AERS 17mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days)
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh	1	QL (30 blisters / 30 days)
<i>ipratropium bromide SOLN .02%</i>	1	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal) SOLN .03%, .06%</i>	1	
ANTI HISTAMINES		
<i>azelastine hcl SOLN .1%</i>	1	
<i>cetirizine hcl SOLN 5mg/5ml</i>	1	QL (300 mL / 30 days)
<i>ciproheptadine hcl SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg</i>	1	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>diphenhydramine hcl SOLN 50mg/ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl SOLN 25mg/ml, 50mg/ml</i>	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>hydroxyzine hcl SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg</i>	1	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>hydroxyzine pamoate CAPS 25mg, 50mg</i>	1	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>levocetirizine dihydrochloride SOLN 2.5mg/5ml</i>	1	QL (300 mL / 30 days)
<i>levocetirizine dihydrochloride TABS 5mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
BETA AGONISTS		
<i>albuterol sulfate AERS 108mcg/act</i>	1	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proair HFA)

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proventil HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Ventolin HFA)
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083%, .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	1	B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 2mg, 4mg	1	
<i>levalbuterol hcl</i> NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	1	B/D
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days), ST
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose	1	QL (60 inhalations / 30 days)
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	1	
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days)
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act	1	QL (6 inhalers / 30 days)
LEUKOTRIENE MODULATORS		
<i>montelukast sodium</i> CHEW 4mg, 5mg; PACK 4mg; TABS 10mg	1	
<i>zafirlukast</i> TABS 10mg, 20mg	1	
MISCELLANEOUS		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	1	B/D
ALYFTREK TAB 4-20-50	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
ALYFTREK TAB 10-50-125	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	1	NDS, NM, PA
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	1	B/D
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	1	(generic of EpiPen)
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml	1	(generic of Adrenaclick)
FASENRA SOSY 10mg/0.5ml, 30mg/ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	1	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
KALYDECO PACK 5.8mg, 13.4mg, 25mg, 50mg, 75mg	1	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
KALYDECO TABS 150mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ORKAMBI GRA 75-94MG	1	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 100-125	1	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 150-188	1	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI TAB 100-125	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
ORKAMBI TAB 200-125	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> CAPS 267mg	1	NDS, QL (270 caps / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 267mg	1	NDS, QL (270 tabs / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 534mg, 801mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml	1	NDS, NM, PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	1	NDS, NM, PA
<i>roflumilast</i> TABS 250mcg	1	QL (56 tabs / year)
<i>roflumilast</i> TABS 500mcg	1	QL (30 tabs / 30 days)
SYMDEKO TAB 50-75MG	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
SYMDEKO TAB 100-150	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
THEO-24 CP24 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	1	
<i>theophylline</i> ELIX 80mg/15ml; SOLN 80mg/15ml; TB12 100mg, 200mg, 300mg, 450mg; TB24 400mg, 600mg	1	
TRIKAFTA PAK 59.5MG	1	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA PAK 75MG	1	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOAJ 75mg/0.5ml, 300mg/2ml	1	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOAJ 150mg/ml	1	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
XOLAIR SOLR 150mg	1	NDS, QL (8 vials / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOSY 75mg/0.5ml, 300mg/2ml	1	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOSY 150mg/ml	1	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg, 4000mg, 5000mg	1	NDS, NM, PA
NASAL STEROIDS		
<i>flunisolide (nasal) SOLN .025%</i>	1	QL (3 bottles / 30 days)
<i>fluticasone propionate (nasal) SUSP 50mcg/act</i>	1	QL (1 bottle / 30 days)
XHANCE EXHU 93mcg/act	1	QL (32 mL / 30 days), PA
STEROID INHALANTS		
ALVESCO AERS 80mcg/act	1	QL (3 inhalers / 30 days)
ALVESCO AERS 160mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days)
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act	1	QL (30 inhalations / 30 days)
<i>budesonide (inhalation) SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml</i>	1	B/D
STEROID/BETA-AGONIST COMBINATIONS		
ADVAIR HFA AER 45/21	1	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 115/21	1	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 230/21	1	QL (1 inhaler / 30 days)
AIRSUPRA AER 90-80MCG	1	QL (3 inhalers / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	1	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 100-25	1	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 200-25	1	QL (60 blisters / 30 days)
<i>breyana</i>	1	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 80-4.5 mcg/act</i>	1	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 160-4.5 mcg/act</i>	1	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 50-5MCG	1	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 100-5MCG	1	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 200-5MCG	1	QL (3 inhalers / 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act	1	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act	1	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act	1	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
wixela inhub	1	QL (60 inhalations / 30 days)

TOPICAL

DERMATOLOGY, ACNE

accutane CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA
amnestem CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA
benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%	1	QL (46.6 gm / 30 days)
claravis CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA
clindamycin phosphate (topical) GEL 1%	1	QL (75 mL / 30 days)
clindamycin phosphate (topical) LOTN 1%; SOLN 1%	1	QL (60 mL / 30 days)
ery PADS 2%	1	QL (60 pledgets / 30 days)
erythromycin (acne aid) GEL 2%	1	QL (60 gm / 30 days)
erythromycin (acne aid) SOLN 2%	1	QL (60 mL / 30 days)
isotretinoin CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA
sulfacetamide sodium (acne) LOTN 10%	1	QL (118 mL / 30 days)
tretinoin CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025%	1	QL (45 gm / 30 days), PA
twice-daily clindamycin phosphate (topical) GEL 1%	1	QL (75 gm / 30 days)
zenatane CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA

DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS

gentamicin sulfate (topical) CREA .1%; OINT .1%	1	QL (30 gm / 30 days)
mupirocin OINT 2%	1	QL (220 gm / 30 days)
silver sulfadiazine CREA 1%	1	
ssd CREA 1%	1	
SULFAMYLON CREA 85mg/gm	1	QL (453.6 gm / 30 days)

DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS

ciclopirox SHAM 1%	1	QL (120 mL / 30 days)
--------------------	---	-----------------------

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>ciclopirox olamine</i> CREA .77%	1	QL (90 gm / 30 days)
<i>ciclopirox olamine</i> SUSP .77%	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> CREA 1%	1	QL (45 gm / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> SOLN 1%	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i>	1	QL (45 gm / 30 days)
<i>econazole nitrate</i> CREA 1%	1	QL (85 gm / 30 days)
<i>ketconazole (topical)</i> CREA 2%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>ketconazole (topical)</i> SHAM 2%	1	QL (120 mL / 30 days)
<i>klayesta</i> POWD 100000unit/gm	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>nyamyc</i> POWD 100000unit/gm	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm	1	QL (30 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> POWD 100000unit/gm	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystop</i> POWD 100000unit/gm	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>selenium sulfide</i> LOTN 2.5%	1	
DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS		
<i>acitretin</i> CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	1	PA
<i>calcipotriene</i> CREA .005%; OINT .005%	1	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>calcipotriene</i> SOLN .005%	1	QL (120 mL / 30 days), PA
<i>calcitrene</i> OINT .005%	1	QL (120 gm / 30 days), PA
ENSTILAR AER	1	NDS, QL (120 gm / 30 days), PA
<i>tazarotene</i> CREA .05%, .1%	1	QL (60 gm / 30 days), PA
TAZORAC CREA .05%	1	QL (60 gm / 30 days), PA
DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS		
<i>ala-cort</i> CREA 1%	1	
<i>alclometasone dipropionate</i> CREA .05%; OINT .05%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> CREA .05%; OINT .05%	1	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> LOTN .05%	1	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	1	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> LOTN .05%	1	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone valerate</i> CREA .1%; OINT .1%	1	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone valerate</i> LOTN .1%	1	QL (120 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> SOLN .05%	1	QL (50 mL / 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>clobetasol propionate</i> e CREA .05%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .01%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .025%; OINT .025%	1	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> OIL .01%	1	QL (118.28 mL / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> SOLN .01%	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>fluocinonide</i> CREA .05%	1	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> GEL .05%; OINT .05%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> SOLN .05%	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>fluocinonide emulsified base</i> CREA .05%	1	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluticasone propionate</i> CREA .05%; OINT .005%	1	
<i>halobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05%	1	QL (50 gm / 30 days)
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1%, 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%	1	
<i>hydrocortisone (topical)</i> OINT 1%	1	QL (30 gm / 30 days)
<i>hydrocortisone valerate</i> CREA .2%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	1	
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .025%, .1%, .5%	1	QL (454 gm / 30 days)
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> LOTN .025%, .1%; OINT .025%, .1%, .5%	1	
<i>triderm</i> CREA .5%	1	QL (454 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS		
<i>glydo</i> PRSY 2%	1	QL (60 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> OINT 5%	1	QL (50 gm / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> PTCH 5%	1	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4%	1	QL (50 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5%	1	B/D, QL (30 gm / 30 days)
<i>lidocan</i> PTCH 5%	1	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>tridacaine ii</i> PTCH 5%	1	QL (3 patches / 1 day), PA

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE		
<i>bexarotene (topical)</i> GEL 1%	1	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA
<i>diclofenac sodium (topical)</i> SOLN 1.5%	1	QL (300 mL / 28 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 5%	1	QL (40 gm / 30 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN 2%, 5%	1	QL (10 mL / 30 days)
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 1%, 2.5%	1	
<i>imiquimod</i> CREA 5%	1	QL (24 packets / 30 days)
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> CREA 12%; LOTN 12%	1	
<i>metronidazole (topical)</i> CREA .75%; GEL .75%	1	QL (45 gm / 30 days)
<i>metronidazole (topical)</i> LOTN .75%	1	QL (59 mL / 30 days)
<i>nitroglycerin (intra-anal)</i> OINT .4%	1	QL (30 gm / 30 days)
PANRETIN GEL .1%	1	NDS, QL (60 gm / 30 days), PA
<i>pimecrolimus</i> CREA 1%	1	QL (100 gm / 30 days), PA
<i>podofilox</i> SOLN .5%	1	QL (7 mL / 28 days)
<i>procto-med hc</i> CREA 2.5%	1	
<i>proctocort</i> CREA 1%	1	
<i>proctosol hc</i> CREA 2.5%	1	
<i>proctozone-hc</i> CREA 2.5%	1	
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1%	1	QL (100 gm / 30 days), PA
VALCHLOR GEL .016%	1	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA
DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES		
<i>malathion</i> LOTN .5%	1	QL (59 mL / 30 days)
<i>permethrin</i> CREA 5%	1	QL (60 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS		
SANTYL OINT 250unit/gm	1	QL (180 gm / 30 days)
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> SOLN .9%	1	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	1	
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS		
<i>cevimeline hcl</i> CAPS 30mg	1	
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i> SOLN .12%	1	
<i>clotrimazole</i> TROC 10mg	1	QL (150 lozenges / 30 days)
<i>kourzeq</i> PSTE .1%	1	
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> SOLN 2%	1	
<i>nystatin (mouth-throat)</i> SUSP 100000unit/ml	1	
<i>periogard</i> SOLN .12%	1	
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> TABS 5mg, 7.5mg	1	
<i>triamcinolone acetanide (mouth)</i> PSTE .1%	1	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

Drug Name**Drug Tier Requirements/Limits****_PART B****DIABETIC METERS AND TEST STRIPS**

DEXCOM G6 MIS RECEIVER	0	PA
DEXCOM G6 MIS SENSOR	0	PA
DEXCOM G6 MIS TRANSMIT	0	PA
DEXCOM G7 MIS RECEIVER	0	PA
DEXCOM G7 MIS SENSOR	0	PA
FREESTY LIBR KIT 2 SENSOR	0	PA
FREESTY LIBR KIT 3 SENSOR	0	PA
FREESTY LIBR KIT SENSOR	0	PA
FREESTY LIBR MIS 2 READER	0	PA
FREESTY LIBR MIS 3 READER	0	PA
FREESTYLE MIS READER	0	PA
TRUE METRIX KIT AIR	0	
TRUE METRIX KIT METER	0	
TRUE METRIX STRIPS	0	

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول عند الانتقال إلى C1 القسم.

D. فهرس الأدوية الخاضعة للتغطية

يمكنك العثور على دواء ما من خلال البحث عن اسمه أبجديًا في هذا القسم. سيُظهر لك هذا رقم الصفحة التي يمكنك من خلالها العثور على معلومات إضافية حول تغطية دوائك.

<i>abacavir sulfate</i> 22	ADALIMUMAB-AACF (2	ALUNBRIG PAK 32
<i>abacavir sulfate-</i>	SYRING 82	ALVAIZ 81
<i>lamivudine tab 600-</i>	ADALIMUMAB-AACF	ALVESCO 96
<i>300 mg</i> 24	STARTER P 82	<i>alyacen 1/35</i> 69
<i>abigale</i> 74	<i>adefovir dipivoxil</i> 25	<i>alyacen 7/7/7</i> 69
<i>abigale lo</i> 74	ADEMPAS 48	ALYFTREK TAB 10-50-
ABILIFY ASIMTUFII 52	ADMELOG 66	125 94
ABILIFY MAINTENA. 52	ADMELOG SOLOSTAR	ALYFTREK TAB 4-20-
<i>abiraterone acetate</i> 30	 66	50 94
<i>abirtega</i> 30	ADVAIR HFA AER	ALYGLO 85
ABRYSVO 86	115/21 96	<i>alyq</i> 48
<i>acamprosate calcium</i>	ADVAIR HFA AER	<i>amantadine hcl</i> 51
..... 64	230/21 96	<i>ambrisentan</i> 48
<i>acarbose</i> 65	ADVAIR HFA AER	<i>amethia</i> 69
<i>accutane</i> 97	45/21 96	<i>amethyst</i> 69
<i>acebutolol hcl</i> 45	<i>afirmelle</i> 69	<i>amikacin sulfate</i> 20
<i>acetaminophen w/</i>	AIMOVIG 61	<i>amiloride &</i>
<i>codeine soln 120-12</i>	AIRSUPRA AER 90-	<i>hydrochlorothiazide</i>
<i>mg/5ml</i> 19	80MCG 96	<i>tab 5-50 mg</i> 46
<i>acetaminophen w/</i>	AKEEGA TAB 100/500	<i>amiloride hcl</i> 46
<i>codeine tab 300-15</i>	 30	<i>amiodarone hcl</i> 44
<i>mg</i> 19	AKEEGA TAB	<i>amitriptyline hcl</i> 49
<i>acetaminophen w/</i>	50/500MG 30	<i>amlodipine besylate</i> 46
<i>codeine tab 300-30</i>	<i>ala-cort</i> 98	<i>amlodipine besylate-</i>
<i>mg</i> 19	<i>albendazole</i> 20	<i>benazepril hcl cap</i>
<i>acetaminophen w/</i>	<i>albuterol sulfate</i> 93, 94	10-20 mg 41
<i>codeine tab 300-60</i>	<i>alclometasone</i>	<i>amlodipine besylate-</i>
<i>mg</i> 19	<i>dipropionate</i> 98	<i>benazepril hcl cap</i>
<i>acetazolamide</i> 46	ALCOHOL SWABS: BD-	10-40 mg 41
<i>acetic acid</i> 80	EMBECTA/MHC/RUG	<i>amlodipine besylate-</i>
<i>acetic acid (otic)</i> 92	BY 66	<i>benazepril hcl cap</i>
<i>acetylcysteine</i> 94	ALDURAZYME 75	2.5-10 mg 41
<i>acitretin</i> 98	ALECENSA 32	<i>amlodipine besylate-</i>
ACTHIB INJ 86	<i>alendronate sodium</i> 68	<i>benazepril hcl cap 5-</i>
ACTIMMUNE 86	<i>alfuzosin hcl</i> 80	10 mg 41
<i>acyclovir</i> 25	<i>aliskiren fumarate</i> .. 47	<i>amlodipine besylate-</i>
<i>acyclovir sodium</i> 25	<i>allopurinol</i> 18	<i>benazepril hcl cap 5-</i>
ADACEL INJ 86	<i>alose tron hcl</i> 79	20 mg 41
ADALIMUMAB-AACF (2	<i>alprazolam</i> 48	<i>amlodipine besylate-</i>
PEN) 82	<i>altavera</i> 69	<i>benazepril hcl cap 5-</i>
	ALUNBRIG 32	40 mg 41

<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10- 20 mg..... 42</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml 28</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 12.5 mg 60</i>
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10- 40 mg..... 42</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250- 125 mg..... 28</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 15 mg 60</i>
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-20 mg 42</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500- 125 mg..... 28</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 20 mg 60</i>
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-40 mg 42</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875- 125 mg..... 28</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 30 mg 60</i>
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 10-160 mg 42</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg 28</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 5 mg 60</i>
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 10-320 mg 42</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg 59</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 7.5 mg 60</i>
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 5-160 mg 42</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg 59</i>	<i>amphotericin b 22</i>
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 5-320 mg 42</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg 59</i>	<i>amphotericin b liposome 22</i>
<i>amnestem 97</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg 59</i>	<i>ampicillin 28</i>
<i>amoxapine 49</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg 59</i>	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm 28</i>
<i>amoxicillin..... 27</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg 59</i>	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2- 1) gm 28</i>
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml 27</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg 59</i>	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm.... 28</i>
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml 27</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 10 mg 60</i>	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm 28</i>
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml... 28</i>		<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm 28</i>
		<i>ampicillin sodium ... 28</i>
		<i>anagrelide hcl..... 82</i>
		<i>anastrozole 30</i>
		<i>ANORO ELLIPT AER 62.5-25 92</i>

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على (800) 665-3086، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.



<i>aprepitant</i> 77	<i>aurovela 24 fe</i> 69	<i>benazepril &</i>
<i>aprepitant capsule</i>	<i>aurovela fe 1.5/30</i> . 69	<i>hydrochlorothiazide</i>
<i>therapy pack 80 &</i>	<i>aurovela fe 1/20</i> 69	<i>tab 20-25 mg</i> 41
<i>125 mg</i> 77	AUSTEDO..... 62	<i>benazepril &</i>
<i>apri</i> 69	AUSTEDO XR..... 62	<i>hydrochlorothiazide</i>
APTIOM 55	AUSTEDO XR TAB	<i>tab 5-6.25mg</i> 41
APTIVUS..... 23	TITR KIT 62	<i>benazepril hcl</i> 42
ARALAST NP..... 94	AUVELITY TAB 45-	BENDAMUSTINE
<i>aranelle</i> 69	105MG..... 49	HYDROCHLORID . 29
ARCALYST..... 86	<i>aviane</i> 69	BENDEKA..... 29
AREXVY 86	AVMAPKI PAK	BENLYSTA..... 86
ARIKAYCE 20	FAKZYNJA 32	<i>benzoyl peroxide-</i>
<i>aripiprazole</i> 52	<i>ayuna</i> 69	<i>erythromycin gel 5-</i>
ARISTADA..... 52	AYVAKIT 32	<i>3%</i> 97
ARISTADA INITIO .. 52	<i>azacitidine</i> 30	<i>benztropine mesylate</i>
<i>armodafinil</i> 63, 64	<i>azathioprine</i> 86	 51
ARNUITY ELLIPTA... 96	<i>azelastine hcl</i> 93	BERINERT 82
<i>asenapine maleate</i> . 52	<i>azelastine hcl (ophth)</i>	BESIVANCE..... 90
<i>ashlyna</i> 69	 91	BESREMI 31
<i>aspirin-dipyridamole</i>	<i>azithromycin</i> 27	<i>betaine powder for</i>
<i>cap er 12hr 25-200</i>	<i>aztreonam</i> 20	<i>oral solution</i> 75
<i>mg</i> 82	<i>azurette</i> 69	<i>betamethasone</i>
ASTAGRAF XL..... 86	<i>bacitracin</i>	<i>dipropionate</i>
<i>atazanavir sulfate</i> .. 23	(<i>ophthalmic</i>)..... 90	(<i>topical</i>)..... 98
<i>atenolol</i> 45	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	<i>betamethasone</i>
<i>atenolol &</i>	<i>ophth oint</i> 90	<i>dipropionate</i>
<i>chlorthalidone tab</i>	<i>bacitracin-polymyxin-</i>	<i>augmented</i> 98
<i>100-25 mg</i> 45	<i>neomycin-hc ophth</i>	<i>betamethasone</i>
<i>atenolol &</i>	<i>oint 1%</i> 90	<i>valerate</i> 98
<i>chlorthalidone tab</i>	<i>baclofen</i> 63	BETASERON 62
<i>50-25 mg</i> 45	BAFIERTAM 62	<i>betaxolol hcl</i> 45
<i>atomoxetine hcl</i> 60	<i>balsalazide disodium</i>	<i>betaxolol hcl (ophth)</i>
<i>atorvastatin calcium</i> 44	 78	 91
<i>atovaquone</i> 20	BALVERSA 32, 33	<i>bethanechol chloride</i>
<i>atovaquone-proguanil</i>	<i>balziva</i> 69	 80
<i>hcl tab 250-100 mg</i>	BARACLUDE 25	BETOPTIC-S 91
..... 22	BASAGLAR KWIKPEN	BEVESPI AER 9-
<i>atovaquone-proguanil</i>	 66	4.8MCG 92
<i>hcl tab 62.5-25 mg</i>	BCG VACCINE..... 86	<i>bexarotene</i> 32
..... 22	<i>benazepril &</i>	<i>bexarotene (topical)</i>
ATROPINE SULFATE 92	<i>hydrochlorothiazide</i>	 100
<i>atropine sulfate</i>	<i>tab 10-12.5 mg</i> ... 41	BEXSERO 86
(<i>ophthalmic</i>)..... 92	<i>benazepril &</i>	<i>bicalutamide</i> 30
ATROVENT HFA..... 93	<i>hydrochlorothiazide</i>	BICILLIN L-A 28
<i>aubra eq</i> 69	<i>tab 20-12.5 mg</i> ... 41	BIKTARVY TAB 30-
AUGTYRO..... 32		120-15 MG 24
<i>aurovela 1/20</i> 69		

BIKTARVY TAB 50- 200-25 MG 24	<i>bromocriptine mesylate</i> 51	<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> 64
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg... 45</i>	BRUKINSA 33	<i>buspirone hcl</i> 48
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg.. 45</i>	<i>budesonide</i> (inhalation) 96	<i>butorphanol tartrate</i> 19
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg 45</i>	<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 160-4.5 mcg/act</i> 96	<i>cabergoline</i> 75
<i>bisoprolol fumarate</i> 45	<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 80-4.5 mcg/act</i> 96	CABOMETYX 33
BIVIGAM..... 85	<i>bumetanide</i> 46	<i>calcipotriene</i> 98
<i>blisovi 24 fe</i> 69	<i>buprenorphine</i> 18	<i>calcitonin (salmon) spray</i> 68
<i>blisovi fe 1.5/30</i> 69	<i>buprenorphine hcl</i> .. 64	<i>calcitrene</i> 98
BONSITY..... 68	<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i> 64	<i>calcitriol</i> 77
BOOSTRIX INJ 87	<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i> 64	<i>calcitriol (oral)</i> 77
<i>bortezomib</i> 33	<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i> 64	CALQUENCE 33
BORTEZOMIB 33	<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i> 64	<i>camila</i> 69
<i>bosentan</i> 48	<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i> 64	<i>camrese</i> 69
BOSULIF..... 33	<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i> 64	<i>camrese lo</i> 69
BRAFTOVI 33	<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i> 64	<i>candesartan cilexetil</i> 44
BREO ELLIPTA INH 100-25 96	<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i> 64	<i>candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg... 43</i>
BREO ELLIPTA INH 200-25 96	<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i> 64	<i>candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg... 43</i>
BREO ELLIPTA INH 50- 25MCG 96	<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i> 64	<i>candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 32-25 mg 43</i>
<i>breyana</i> 96	<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i> 64	CAPLYTA..... 52
BREZTRI AERO AER SPHERE 92	<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i> 64	CAPRELSA..... 33
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)..... 92	<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i> 64	<i>captopril</i> 42
<i>briellyn</i> 69	<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i> 64	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg 41</i>
BRILINTA..... 82	<i>buprenorphine hcl- naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i> 64	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg 41</i>
<i>brimonidine tartrate</i> 91	<i>bupropion hcl</i> 49	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg 41</i>
<i>brinzolamide</i> 91		<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg 41</i>
BRIVIACT..... 55		
<i>bromfenac sodium (ophth)</i> 91		

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على (800) 665-3086، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare



<i>carb/levo orally</i>	<i>cefaclor</i>	<i>chloroquine phosphate</i>
<i>disintegrating tab</i>	<i>cefadroxil</i>	 22
<i>10-100mg</i> 51	CEFAZOLIN	<i>chlorpromazine hcl</i> . 52
<i>carb/levo orally</i>	CEFAZOLIN INJ	<i>chlorthalidone</i> 46
<i>disintegrating tab</i>	<i>1GM/50ML</i> 26	<i>cholestyramine</i> 45
<i>25-100mg</i> 51	<i>cefazolin sodium</i> 26	<i>cholestyramine light</i> 45
<i>carb/levo orally</i>	CEFAZOLIN SOLN	<i>ciclopirox</i> 97
<i>disintegrating tab</i>	<i>2GM/100ML-4%</i> .. 26	<i>ciclopirox olamine</i> .. 98
<i>25-250mg</i> 51	CEFAZOLIN/DEX SOL	<i>cilostazol</i> 82
<i>carbamazepine</i> 55	<i>1GM/50ML-4%</i> 26	CILOXAN 90
<i>carbidopa & levodopa</i>	CEFAZOLIN/DEX SOL	CIMDUO TAB 300-300
<i>tab 10-100 mg</i> 51	<i>2GM/50ML-3%</i> 26	 24
<i>carbidopa & levodopa</i>	CEFAZOLIN/DEX SOL	<i>cinacalcet hcl</i> 75
<i>tab 25-100 mg</i> 51	<i>3GM/150ML-4%</i> .. 26	<i>ciprofloxacin 200</i>
<i>carbidopa & levodopa</i>	CEFAZOLIN/DEX SOL	<i>mg/100ml in d5w</i> 27
<i>tab 25-250 mg</i> 51	<i>3GM/50ML-2%</i> 26	<i>ciprofloxacin 400</i>
<i>carbidopa & levodopa</i>	<i>cefdinir</i> 26	<i>mg/200ml in d5w</i> 27
<i>tab er 25-100 mg</i> 51	<i>cefepime hcl</i> 26	<i>ciprofloxacin hcl</i> 27
<i>carbidopa & levodopa</i>	<i>cefixime</i> 26	<i>ciprofloxacin hcl</i>
<i>tab er 50-200 mg</i> 51	<i>cefotetan disodium</i> . 26	<i>(ophth)</i> 90
<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>cefoxitin sodium</i> 26	<i>ciprofloxacin-</i>
<i>entacapone tabs</i>	<i>cefpodoxime proxetil</i>	<i>dexamethasone otic</i>
<i>12.5-50-200 mg</i> .. 51	 26	<i>susp 0.3-0.1%</i> 92
<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>cefprozil</i> 26	<i>cisplatin</i> 29
<i>entacapone tabs</i>	<i>ceftazidime</i> 26	<i>citalopram</i>
<i>18.75-75-200 mg</i> 51	<i>ceftriaxone sodium</i> . 26	<i>hydrobromide</i> 50
<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>cefuroxime axetil</i> ... 26	<i>claravis</i> 97
<i>entacapone tabs</i> 25-	<i>cefuroxime sodium</i> . 26	<i>clarithromycin</i> 27
<i>100-200 mg</i> 51	<i>celecoxib</i> 18	<i>clindamycin hcl</i> 20
<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>cephalexin</i> 27	<i>clindamycin palmitate</i>
<i>entacapone tabs</i>	CEQUR SIMPL KIT	<i>hydrochloride</i> 20
<i>31.25-125-200 mg</i>	<i>PATCH 2U (3-DAY)</i>	<i>clindamycin phosphate</i>
..... 51	 66	 20
<i>carbidopa-levodopa-</i>	CEQUR SIMPL KIT	<i>clindamycin phosphate</i>
<i>entacapone tabs</i>	<i>PATCH 2U (4-DAY)</i>	<i>(topical)</i> 97
<i>37.5-150-200 mg</i> 51	 66	<i>clindamycin phosphate</i>
<i>carbidopa-levodopa-</i>	CEQUR SIMPL MIS	<i>in d5w iv soln 300</i>
<i>entacapone tabs</i> 50-	<i>INSERTER</i> 66	<i>mg/50ml</i> 20
<i>200-200 mg</i> 51	CERDELGA 75	<i>clindamycin phosphate</i>
<i>carboplatin</i> 29	CEREZYME 75	<i>in d5w iv soln 600</i>
<i>carglumic acid</i> 75	<i>cetirizine hcl</i> 93	<i>mg/50ml</i> 20
<i>carisoprodol</i> 63	<i>cevimeline hcl</i> 100	<i>clindamycin phosphate</i>
<i>carteolol hcl (ophth)</i> 92	<i>chateal eq</i> 69	<i>in d5w iv soln 900</i>
<i>cartia xt</i> 46	CHEMET..... 69	<i>mg/50ml</i> 20
<i>carvedilol</i> 46	<i>chlorhexidine</i>	<i>clindamycin phosphate</i>
<i>caspofungin acetate</i> 22	<i>gluconate (mouth-</i>	<i>vaginal</i> 80
CAYSTON 20	<i>throat)</i> 100	

CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML..... 20	COBENFY CAP 100- 20MG 52	CREON CAP 3000UNIT 79
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML..... 20	COBENFY CAP 125- 30MG 52	CREON CAP 36000UNT 79
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML..... 20	COBENFY CAP 50- 20MG 52	CREON CAP 6000UNIT 79
CLINIMIX INJ 4.25/D10 90	COBENFY STRT CAP PACK 52	<i>cromolyn sodium</i> ... 94
CLINIMIX INJ 4.25/D5W 90	<i>colchicine</i> 18	<i>cromolyn sodium</i> (<i>mastocytosis</i>).... 79
CLINIMIX INJ 5%/D15W 90	<i>colchicine w/</i> <i>probenecid tab 0.5-</i> <i>500 mg</i> 18	<i>cromolyn sodium</i> (<i>ophth</i>) 91
CLINIMIX INJ 5%/D20W 90	<i>colesevelam hcl</i> 45	<i>cryselle-28</i> 69
CLINIMIX INJ 6/5... 90	<i>colestipol hcl</i> 45	<i>cyclobenzaprine hcl</i> 63
CLINIMIX INJ 8/10 . 90	<i>colistimethate sodium</i> 20	<i>cyclophosphamide</i> .. 29
CLINIMIX INJ 8/14 . 90	COMBIGAN SOL 0.2/0.5% 92	CYCLOPHOSPHAMIDE 29
<i>clinisol sf 15%</i> 90	COMBIVENT AER 20- 100 93	CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR..... 29
CLINOLIPID EMU 20% 90	COMETRIQ (60MG DOSE) 33	<i>cycloserine</i> 25
<i>clobazam</i> 55	COMETRIQ KIT 100MG 33	<i>cyclosporine</i> 86
<i>clobetasol propionate</i> 98	COMETRIQ KIT 140MG 33	<i>cyclosporine modified</i> (<i>for microemulsion</i>) 86
<i>clobetasol propionate</i> <i>e</i> 99	COMETRIQ KIT 140MG 33	<i>cyproheptadine hcl</i> . 93
<i>clomipramine hcl</i> 50	COMPLERA TAB..... 24	<i>cyred eq</i> 70
<i>clonazepam</i> 55	<i>compro</i> 77	CYSTADROPS 92
<i>clonidine</i> 47	<i>constulose</i> 78	CYSTAGON..... 75
<i>clonidine hcl</i> 47	COPAXONE..... 62	CYSTARAN 92
<i>clopidogrel bisulfate</i> 82	COPIKTRA..... 33	<i>cytarabine</i> 30
<i>clorazepate</i> <i>dipotassium</i> 56	CORLANOR..... 47	D10W/NACL INJ 0.2% 88
<i>clotrimazole</i> 100	COSENTYX 82	D2.5W/NACL INJ 0.45% 88
<i>clotrimazole (topical)</i> 98	COSENTYX SENSOREADY PEN82	<i>dabigatran etexilate</i> <i>mesylate</i> 81
<i>clotrimazole w/</i> <i>betamethasone</i> <i>cream 1-0.05%</i> ... 98	COSENTYX UNOREADY 82	<i>dalfampridine</i> 62
<i>clozapine</i> 52	COTELLIC 33	<i>danazol</i> 64
COARTEM TAB 20- 120MG..... 22	CREON CAP 12000UNT 79	<i>dantrolene sodium</i> . 63
	CREON CAP 24000UNT 79	DANZITEN 33
		<i>dapsone</i> 20
		DAPTACEL INJ 87
		<i>daptomycin</i> 20

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على (800) 665-3086، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare



DAPTOMYCIN	20	DEXCOM G7 MIS		<i>diflunisal</i>	18
<i>darunavir</i>	23	RECEIVER	101	<i>difluprednate</i>	91
<i>dasatinib</i>	33, 34	DEXCOM G7 MIS		<i>digoxin</i>	47
<i>dasetta 1/35</i>	70	SENSOR.....	101	<i>dihydroergotamine</i>	
<i>dasetta 7/7/7</i>	70	<i>dexmethylphenidate</i>		<i>mesylate</i>	61
DAURISMO.....	34	<i>hcl</i>	60	DILANTIN	56
<i>daysee</i>	70	<i>dextrose</i>	90	<i>diltiazem hcl</i>	46
DAYVIGO	60	<i>dextrose 10% w/</i>		<i>diltiazem hcl coated</i>	
<i>deblitane</i>	70	<i>sodium chloride</i>		<i>beads</i>	46
<i>deferasirox</i>	69	<i>0.45%</i>	88	<i>diltiazem hcl extended</i>	
DELSTRIGO TAB	24	<i>dextrose 2.5% w/</i>		<i>release beads</i>	46
DENGVAIXA SUS....	87	<i>sodium chloride</i>		<i>dilt-xr</i>	46
DEPO-SUBQ PROVERA		<i>0.45%</i>	88	DIP/TET PED INJ 25-	
104	70	<i>dextrose 5% in</i>		5LFU	87
<i>depo-testosterone</i> ..	64	<i>lactated ringers</i> ...	88	<i>diphenhydramine hcl</i>	
DESCOVY TAB 120-		<i>dextrose 5% w/</i>		.....	93
15MG	24	<i>sodium chloride</i>		<i>diphenoxylate w/</i>	
DESCOVY TAB		<i>0.2%</i>	88	<i>atropine liq 2.5-</i>	
200/25MG	24	<i>dextrose 5% w/</i>		<i>0.025 mg/5ml</i>	79
<i>desipramine hcl</i>	50	<i>sodium chloride</i>		<i>diphenoxylate w/</i>	
<i>desmopressin acetate</i>		<i>0.225%</i>	88	<i>atropine tab 2.5-</i>	
.....	75	<i>dextrose 5% w/</i>		<i>0.025 mg</i>	79
<i>desmopressin acetate</i>		<i>sodium chloride</i>		<i>dipyridamole</i>	82
<i>spray</i>	75	<i>0.3%</i>	88	<i>disopyramide</i>	
<i>desmopressin acetate</i>		<i>dextrose 5% w/</i>		<i>phosphate</i>	44
<i>spray refrigerated</i>	75	<i>sodium chloride</i>		<i>disulfiram</i>	64
<i>desogest-eth estrad &</i>		<i>0.45%</i>	88	<i>divalproex sodium</i> ..	56
<i>eth estrad tab 0.15-</i>		<i>dextrose 5% w/</i>		<i>docetaxel</i>	32
<i>0.02/0.01 mg(21/5)</i>		<i>sodium chloride</i>		DOCETAXEL	32
.....	70	<i>0.9%</i>	88	DOCIVYX	32
<i>desvenlafaxine</i>		DIACOMIT.....	56	<i>dofetilide</i>	44
<i>succinate</i>	50	<i>diazepam</i>	56	<i>dolishale</i>	70
<i>dexamethasone</i>	74	<i>diazepam</i>		<i>donepezil</i>	
DEXAMETHASONE		(<i>anticonvulsant</i>) ..	56	<i>hydrochloride</i>	49
INTENSOL	74	<i>diazepam inj</i>	56	DOPTelet.....	82
<i>dexamethasone</i>		<i>diazepam intensol</i> ..	56	<i>dorzolamide hcl</i>	92
<i>sodium phosphate</i>	74	<i>diazoxide</i>	75	<i>dorzolamide hcl-</i>	
<i>dexamethasone</i>		<i>diclofenac potassium</i>		<i>timolol maleate</i>	
<i>sodium phosphate</i>		.....	18	<i>ophth soln 2-0.5%</i>	
(<i>ophth</i>)	91	<i>diclofenac sodium</i> ..	18	.....	92
DEXCOM G6 MIS		<i>diclofenac sodium</i>		<i>dotti</i>	74
RECEIVER	101	(<i>ophth</i>)	91	DOVATO TAB 50-	
DEXCOM G6 MIS		<i>diclofenac sodium</i>		300MG.....	24
SENSOR.....	101	(<i>topical</i>).....	100	<i>doxazosin mesylate</i>	42
DEXCOM G6 MIS		<i>dicloxacillin sodium</i>	28	<i>doxepin hcl</i>	50
TRANSMIT	101	<i>dicyclomine hcl</i>	78	<i>doxepin hcl (sleep)</i> .	60
		DIFICID	27	<i>doxorubicin hcl</i>	32

<i>doxorubicin hcl</i>	<i>efavirenz-</i>	<i>enalapril maleate &</i>
<i>liposomal</i> 32	<i>emtricitabine-</i>	<i>hydrochlorothiazide</i>
<i>doxy 100</i> 28	<i>tenofovir df tab 600-</i>	<i>tab 5-12.5 mg</i> 42
<i>doxycycline</i>	<i>200-300 mg</i> 24	ENBREL 83
<i>(monohydrate)</i> 29	<i>efavirenz-lamivudine-</i>	ENBREL MINI..... 83
<i>doxycycline hyclate</i> 29	<i>tenofovir df tab 400-</i>	ENBREL SURECLICK 83
DRIZALMA SPRINKLE	<i>300-300 mg</i> 24	<i>endocet tab 10-325mg</i>
..... 50	<i>efavirenz-lamivudine-</i>	 19
<i>dronabinol</i> 77	<i>tenofovir df tab 600-</i>	<i>endocet tab 2.5-</i>
<i>drospirenone-ethinyl</i>	<i>300-300 mg</i> 24	<i>325mg</i> 19
<i>estradiol tab 3-0.02</i>	ELIGARD..... 30	<i>endocet tab 5-325mg</i>
<i>mg</i> 70	<i>elinest</i> 70	 19
<i>drospirenone-ethinyl</i>	ELIQUIS 81	<i>endocet tab 7.5-</i>
<i>estradiol tab 3-0.03</i>	ELIQUIS STARTER	<i>325mg</i> 19
<i>mg</i> 70	PACK 81	ENGERIX-B 87
<i>drospirenone-ethinyl</i>	<i>eluryng</i> 70	<i>enilloring</i> 70
<i>estradiol-levomefolate</i>	EMGALITY 61	<i>enoxaparin sodium</i> . 81
<i>tab 3-0.02-0.451</i>	EMSAM 50	<i>enpresse-28</i> 70
<i>mg</i> 70	<i>emtricitabine</i> 23	<i>enskyce</i> 70
<i>drospirenone-ethinyl</i>	<i>emtricitabine-</i>	ENSTILAR AER..... 98
<i>estradiol-levomefolate</i>	<i>rilpivirine-tenofovir</i>	<i>entacapone</i> 51
<i>tab 3-0.03-0.451</i>	<i>df tab 200-25-300</i>	<i>entecavir</i> 25
<i>mg</i> 70	<i>mg</i> 24	ENTRESTO CAP 15-
<i>droxidopa</i> 47	<i>emtricitabine-tenofovir</i>	<i>16MG</i> 43
DULERA AER 100-	<i>disoproxil fumarate</i>	ENTRESTO CAP 6-6MG
5MCG 96	<i>tab 100-150 mg</i> .. 24	 43
DULERA AER 200-	<i>emtricitabine-tenofovir</i>	<i>enulose</i> 78
5MCG 96	<i>disoproxil fumarate</i>	EPCLUSA PAK 150-
DULERA AER 50-5MCG	<i>tab 133-200 mg</i> .. 24	<i>37.5</i> 25
..... 96	<i>emtricitabine-tenofovir</i>	EPCLUSA PAK 200-
<i>duloxetine hcl</i> 50	<i>disoproxil fumarate</i>	<i>50MG</i> 25
DUPIXENT 83	<i>tab 167-250 mg</i> .. 24	EPCLUSA TAB 200-
<i>dutasteride</i> 80	<i>emtricitabine-tenofovir</i>	<i>50MG</i> 25
<i>dutasteride-tamsulosin</i>	<i>disoproxil fumarate</i>	EPCLUSA TAB 400-100
<i>hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	<i>tab 200-300 mg</i> .. 24	 25
..... 80	EMTRIVA 23	EPIDIOLEX 56
<i>e.e.s. 400</i> 27	EMVERM 20	<i>epinephrine</i>
<i>econazole nitrate</i> ... 98	<i>emzahn</i> 70	<i>(anaphylaxis)</i> 47, 94
EDURANT 23	<i>enalapril maleate</i> ... 42	<i>epitol</i> 56
EDURANT PED 23	<i>enalapril maleate &</i>	<i>eplerenone</i> 42
<i>efavirenz</i> 23	<i>hydrochlorothiazide</i>	EPRONTIA..... 56
	<i>tab 10-25 mg</i> 42	

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على (800) 665-3086، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.

<i>ergotamine w/</i>	<i>etonogestrel-ethinyl</i>	<i>fesoterodine fumarate</i>
<i>caffeine tab 1-100</i>	<i>estradiol va ring</i>	 80
<i>mg</i> 61	<i>0.12-0.015 mg/24hr</i>	FETZIMA..... 50
ERIVEDGE..... 34	 70	FETZIMA CAP
ERLEADA 30	<i>etoposide</i> 32	TITRATIO 50
<i>erlotinib hcl</i> 34	<i>etravirine</i> 23	FIASP 67
<i>errin</i> 70	EULEXIN 30	FIASP FLEXTOUCH . 67
<i>ertapenem sodium</i> . 20	<i>everolimus</i> 34	FIASP PENFILL..... 67
<i>ery</i> 97	<i>everolimus</i>	FIASP PUMPCART... 67
<i>ery-tab</i> 27	<i>(immunosuppressan</i>	<i>fidaxomicin</i> 27
ERYTHROCIN	<i>t)</i> 86	<i>finasteride</i> 80
LACTOBIONATE... 27	EVOTAZ TAB 300-150	<i>finbolimod hcl</i> 63
<i>erythromycin (acne</i>	 24	FINTEPLA..... 56
<i>aid)</i> 97	<i>exemestane</i> 30	<i>finzala</i> 70
<i>erythromycin (ophth)</i>	EYSUVIS 92	FIRMAGON 30
..... 90	<i>ezetimibe</i> 45	<i>flac</i> 92
<i>erythromycin base</i> . 27	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	FLAREX 91
<i>erythromycin</i>	<i>tab 10-10 mg</i> 45	FLEBOGAMMA DIF.. 85
<i>ethylsuccinate</i> 27	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	<i>flecainide acetate</i> ... 44
<i>erythromycin</i>	<i>tab 10-20 mg</i> 45	<i>fluconazole</i> 22
<i>lactobionate</i> 27	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	<i>fluconazole in nacl</i>
ERZOFRI..... 52, 53	<i>tab 10-40 mg</i> 45	<i>0.9% inj 200</i>
<i>escitalopram oxalate</i>	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	<i>mg/100ml</i> 22
..... 50	<i>tab 10-80 mg</i> 45	<i>fluconazole in nacl</i>
<i>eslicarbazepine</i>	FABRAZYME 75	<i>0.9% inj 400</i>
<i>acetate</i> 56	<i>falmina</i> 70	<i>mg/200ml</i> 22
<i>esomeprazole</i>	<i>famciclovir</i> 25	<i>flucytosine</i> 22
<i>magnesium</i> 80	<i>famotidine</i> 78	<i>fludrocortisone acetate</i>
<i>estarylla</i> 70	<i>famotidine in nacl</i>	 74
<i>estradiol</i> 74	<i>0.9% iv soln 20</i>	<i>flunisolide (nasal)</i> .. 96
<i>estradiol &</i>	<i>mg/50ml</i> 78	<i>fluocinolone acetonide</i>
<i>norethindrone</i>	FANAPT 53	 99
<i>acetate tab 0.5-0.1</i>	FANAPT PAK PACK A53	<i>fluocinolone acetonide</i>
<i>mg</i> 74	FANAPT PAK PACK B53	<i>(otic)</i> 92
<i>estradiol &</i>	FANAPT PAK PACK C53	<i>fluocinonide</i> 99
<i>norethindrone</i>	FARXIGA..... 65	<i>fluocinonide emulsified</i>
<i>acetate tab 1-0.5</i>	FASENRA 94	<i>base</i> 99
<i>mg</i> 74	FASENRA PEN..... 94	<i>fluorometholone</i>
<i>estradiol vaginal</i> 74	<i>feirza 1.5/30</i> 70	<i>(ophth)</i> 91
<i>estradiol valerate</i> ... 74	<i>feirza 1/20</i> 70	<i>fluorouracil</i> 30
<i>eszopiclone</i> 60	<i>felbamate</i> 56	<i>fluorouracil (topical)</i>
<i>ethambutol hcl</i> 25	<i>felodipine</i> 46	 100
<i>ethosuximide</i> 56	<i>fenofibrate</i> 44	<i>fluoxetine hcl</i> 50
<i>ethynodiol diacetate &</i>	<i>fenofibrate micronized</i>	<i>fluphenazine</i>
<i>ethinyl estradiol tab</i>	 44	<i>decanoate</i> 53
<i>1 mg-35 mcg</i> 70	<i>fentanyl</i> 18	<i>fluphenazine hcl</i> 53
<i>etodolac</i> 18		<i>flurbiprofen</i> 18

<i>flurbiprofen sodium</i> 91	FULPHILA..... 81	<i>gentamicin in saline</i>
<i>fluticasone propionate</i>	<i>fulvestrant</i> 30	<i>inj 0.8 mg/ml</i> 20
..... 99	<i>furosemide</i> 47	<i>gentamicin in saline</i>
<i>fluticasone propionate</i>	<i>furosemide inj</i> 47	<i>inj 1 mg/ml</i> 20
(nasal)..... 96	FUZEON..... 23	<i>gentamicin in saline</i>
<i>fluticasone-salmeterol</i>	<i>fyavolv tab 0.5mg-</i>	<i>inj 1.2 mg/ml</i> 20
<i>aer powder ba 100-</i>	<i>2.5mcg</i> 74	<i>gentamicin in saline</i>
<i>50 mcg/act</i> 97	<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	<i>inj 1.6 mg/ml</i> 20
<i>fluticasone-salmeterol</i>	 74	<i>gentamicin in saline</i>
<i>aer powder ba 250-</i>	FYCOMPA..... 56, 57	<i>inj 2 mg/ml</i> 20
<i>50 mcg/act</i> 97	<i>gabapentin</i> 57	<i>gentamicin sulfate..</i> 20
<i>fluticasone-salmeterol</i>	<i>galantamine</i>	<i>gentamicin sulfate</i>
<i>aer powder ba 500-</i>	<i>hydrobromide</i> 49	(ophth)..... 90
<i>50 mcg/act</i> 97	<i>galbriela</i> 70	<i>gentamicin sulfate</i>
<i>fluvoxamine maleate</i>	<i>gallifrey</i> 76	(topical)..... 97
..... 48	GAMASTAN INJ 85	GENVOYA TAB 24
<i>fondaparinux sodium</i>	GAMMAGARD LIQUID	GILOTRIF..... 34
..... 81	 85	<i>glatiramer acetate..</i> 63
<i>fosamprenavir calcium</i>	GAMMAGARD S/D IGA	<i>glatopa</i> 63
..... 23	LESS TH..... 85	GLEOSTINE..... 29
<i>fosinopril sodium</i> 42	GAMMAKED 85	<i>glimepiride</i> 65
<i>fosinopril sodium &</i>	GAMMAPLEX..... 85	<i>glipizide</i> 65
<i>hydrochlorothiazide</i>	GAMUNEX-C..... 86	<i>glipizide xl</i> 65
<i>tab 10-12.5 mg</i> ... 42	<i>ganciclovir sodium</i> . 25	<i>glipizide-metformin hcl</i>
<i>fosinopril sodium &</i>	GARDASIL 9..... 87	<i>tab 2.5-250 mg</i> ... 65
<i>hydrochlorothiazide</i>	<i>gatifloxacin (ophth)</i> 90	<i>glipizide-metformin hcl</i>
<i>tab 20-12.5 mg</i> ... 42	GATTEX 79	<i>tab 2.5-500 mg</i> ... 65
FOTIVDA..... 34	GAUZE PADS 2 67	<i>glipizide-metformin hcl</i>
FREESTY LIBR KIT 2	<i>gavilyte-c</i> 78	<i>tab 5-500 mg</i> 65
SENSOR..... 101	<i>gavilyte-g</i> 78	<i>glycopyrrolate</i> 78
FREESTY LIBR KIT 3	<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	<i>glydo</i> 99
SENSOR..... 101	 78	GLYXAMBI TAB 10-5
FREESTY LIBR KIT	GAVRETO..... 34	MG..... 65
SENSOR..... 101	<i>gefitinib</i> 34	GLYXAMBI TAB 25-5
FREESTY LIBR MIS 2	<i>gemcitabine hcl</i> 30	MG..... 65
READER 101	<i>gemfibrozil</i> 44	GOMEKLI 34
FREESTY LIBR MIS 3	GEMTESA..... 80	<i>granisetron hcl</i> 77
READER 101	<i>generlac</i> 78	<i>griseofulvin microsize</i>
FREESTYLE MIS	<i>gengraf</i> 86	 22
READER 101	GENOTROPIN 75	<i>griseofulvin</i>
FRINDOVYX..... 29	GENOTROPIN	<i>ultramicrosize</i> 22
FRUZAQLA 34	MINIQUICK ... 75, 76	<i>guanfacine hcl</i> 47

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على (800) 665-3086، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare

<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	<i>hydrocodone bitartrate</i>	IDACIO PLAQU INJ
..... 60	 18	PSORIASIS..... 83
HAEGARDA..... 82	<i>hydrocodone-</i>	IDHIFA 35
<i>hailey 1.5/30</i> 70	<i>acetaminophen soln</i>	<i>imatinib mesylate</i> .. 35
<i>hailey 24 fe</i> 70	7.5-325 mg/15ml 19	IMBRUVICA..... 35
<i>halobetasol propionate</i>	<i>hydrocodone-</i>	<i>imipenem-cilastatin</i>
..... 99	<i>acetaminophen tab</i>	<i>intravenous for soln</i>
<i>haloette</i> 70	10-325 mg 19	250 mg..... 20
<i>haloperidol</i> 53	<i>hydrocodone-</i>	<i>imipenem-cilastatin</i>
<i>haloperidol decanoate</i>	<i>acetaminophen tab</i>	<i>intravenous for soln</i>
..... 53	5-325 mg 19	500 mg..... 20
<i>haloperidol lactate</i> .. 53	<i>hydrocodone-</i>	<i>imipramine hcl</i> 50
HARVONI PAK 33.75-	<i>acetaminophen tab</i>	<i>imiquimod</i>.....100
150MG..... 25	7.5-325 mg 19	IMKELDI 35
HARVONI PAK 45-	<i>hydrocodone-</i>	IMOVAX RABIES
200MG..... 25	<i>ibuprofen tab 7.5-</i>	(H.D.C.V.)..... 87
HARVONI TAB 45-	200 mg 19	IMPAVIDO..... 20
200MG..... 25	<i>hydrocortisone</i> 74	INBRIJA..... 51
HARVONI TAB 90-	<i>hydrocortisone</i>	<i>incassia</i> 70
400MG..... 25	(<i>intrarectal</i>)..... 78	INCRELEX 76
HAVRIX 87	<i>hydrocortisone (rectal)</i>	INCRUSE ELLIPTA .. 93
<i>heather</i> 70	 100	<i>indapamide</i> 47
HEP SOD/NACL INJ	<i>hydrocortisone</i>	INFANRIX INJ 87
25000UNT 81	(<i>topical</i>)..... 99	INFLIXIMAB 83
<i>heparin sodium</i>	<i>hydrocortisone sod</i>	INLYTA 35
(<i>porcine</i>)..... 81	<i>succinate</i> 74	INQOVI TAB 35-
HEPLISAV-B 87	<i>hydrocortisone</i>	100MG..... 30
HERCEP HYLEC SOL	<i>valerate</i> 99	INREBIC 35
60-10000 34	<i>hydromorphone hcl</i> 19	INSULIN PEN
HERCEPTIN 34	<i>hydroxychloroquine</i>	NEEDLES: BD-
HERZUMA 34	<i>sulfate</i> 85	EMBECTA 67
HIBERIX 87	<i>hydroxyurea</i> 32	INSULIN SAFETY
HUMIRA..... 83	<i>hydroxyzine hcl</i> 93	NEEDLES: BD-
HUMIRA PEN 83	<i>hydroxyzine pamoate</i>	EMBECTA 67
HUMIRA PEN KIT	 93	INSULIN SYRINGES:
PS/UV..... 83	<i>ibandronate sodium</i> 68	BD-EMBECTA..... 67
HUMIRA PEN-	IBRANCE..... 34	INTELENCE 23
CD/UC/HS START 83	IBTROZI 34	INTRALIPID..... 90
HUMIRA PEN-	<i>ibu</i> 18	<i>introvale</i> 70
PEDIATRIC UC S . 83	<i>ibuprofen</i> 18	INVEGA HAFYERA... 53
HUMULIN R U-500	<i>icatibant acetate</i> ... 82	INVEGA SUSTENNA 53
(CONCENTR..... 67	<i>iclevia</i> 70	INVEGA TRINZA..... 53
HUMULIN R U-500	ICLUSIG 35	IPOL INJ INACTIVE. 87
KWIKPEN 67	IDACIO (2 PEN) 83	<i>ipratropium bromide</i> 93
<i>hydralazine hcl</i> 47	IDACIO CROHN INJ	<i>ipratropium bromide</i>
<i>hydrochlorothiazide</i> 47	DISEASE..... 83	(<i>nasal</i>)..... 93

<i>ipratropium-albuterol</i> <i>nebu soln 0.5-2.5(3)</i> <i>mg/3ml.....</i> 93	JANUMET XR TAB 50- 500MG..... 65	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i> <i>in dextrose 5% &</i> <i>nacl 0.2% inj.....</i> 88
<i>irbesartan</i> 44	JANUVIA 65	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i> <i>in dextrose 5% &</i> <i>nacl 0.45% inj</i> 88
<i>irbesartan-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 150-12.5 mg .</i> 43	JARDIANCE 65	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i> <i>in dextrose 5% &</i> <i>nacl 0.9% inj.....</i> 88
<i>irbesartan-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 300-12.5 mg .</i> 43	<i>jasmiel</i> 70	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i> <i>in nacl 0.45% inj.</i> 88
<i>irinotecan hcl.....</i> 32	<i>javygtor.....</i> 76	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i> <i>in nacl 0.9% inj ..</i> 88
ISENTRESS 23	JAYPIRCA..... 35	<i>kcl 30 meq/l (0.224%)</i> <i>in dextrose 5% &</i> <i>nacl 0.45% inj</i> 88
ISENTRESS HD 23	JENTADUETO TAB 2.5- 1000 65	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i> <i>dextrose 5% & nacl</i> <i>0.45% inj.....</i> 88
<i>isibloom.....</i> 70	JENTADUETO TAB 2.5- 500 65	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i> <i>dextrose 5% & nacl</i> <i>0.9% inj 88</i>
ISOLYTE-P INJ /D5W 88	JENTADUETO TAB 2.5- 850 65	<i>KCL/D5W/NACL INJ</i> <i>0.3/0.9% 88</i>
ISOLYTE-S INJ PH 7.4 88	JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG 65	<i>kelnor 1/35 71</i>
<i>isoniazid</i> 25	JENTADUETO TAB XR 5-1000MG 65	<i>kelnor 1/50 71</i>
<i>isosorbide dinitrate.</i> 48	<i>jinteli</i> 74	KERENDIA..... 42
<i>isosorbide mononitrate</i> 48	<i>jolessa.....</i> 70	KESIMPTA..... 63
<i>isotretinoin.....</i> 97	<i>juleber</i> 70	<i>ketoconazole</i> 22
<i>isradipine.....</i> 46	JULUCA TAB 50-25MG 24	<i>ketoconazole (topical)</i> 98
ITOVEBI 35	<i>junel 1.5/30</i> 70	<i>ketorolac</i> <i>tromethamine</i> <i>(ophth).....</i> 91
<i>itraconazole</i> 22	<i>junel 1/20.....</i> 71	KEYTRUDA 35
<i>ivabradine hcl.....</i> 47	<i>junel fe 1.5/30.....</i> 71	KINRIX INJ..... 87
<i>ivermectin.....</i> 20, 21	<i>junel fe 1/20</i> 71	<i>kionex</i> 69
IWILFIN..... 32	<i>junel fe 24</i> 71	KISQALI 200 DOSE 35
IXIARO INJ..... 87	JYLAMVO 85	KISQALI 200 PAK FEMARA..... 35
<i>jaimiess</i> 70	JYNNEOS 87	
JAKAFI 35	KADCYLA 35	
<i>jantoven</i> 81	<i>kaitlib fe</i> 71	
JANUMET TAB 50- 1000 65	KALETRA SOL 24	
JANUMET TAB 50- 500MG..... 65	KALYDECO 94	
JANUMET XR TAB 100- 1000 65	KANJINTI 35	
JANUMET XR TAB 50- 1000 65	<i>kariva.....</i> 71	
	<i>kcl 10 meq/l (0.075%)</i> <i>in dextrose 5% &</i> <i>nacl 0.45% inj</i> 88	
	<i>kcl 20 meq/l (0.149%)</i> <i>in nacl 0.45% inj.</i> 88	

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare



KISQALI 400 DOSE	36	LENVIMA 12MG DAILY		levofloxacin in d5w iv	
KISQALI 400 PAK		DOSE	36	soln 750 mg/150ml	
FEMARA	36	LENVIMA 20 MG DAILY		.....	27
KISQALI 600 DOSE	36	DOSE	36	levonest	71
KISQALI 600 PAK		LENVIMA 4 MG DAILY		levonor-eth est tab	
FEMARA	36	DOSE	36	0.15-	
klayesta.....	98	LENVIMA 8 MG DAILY		0.02/0.025/0.03 mg	
klor-con	89	DOSE	36	ð est 0.01 mg	71
klor-con 10	89	LENVIMA CAP 14 MG		levonorgestrel &	
klor-con 8	89	.....	36	ethinyl estradiol (91-	
klor-con m10.....	89	LENVIMA CAP 18 MG		day) tab 0.15-0.03	
klor-con m15.....	89	.....	36	mg	71
klor-con m20.....	89	LENVIMA CAP 24 MG		levonorgestrel &	
KOSELUGO.....	36	.....	36	ethinyl estradiol tab	
kourzeq	100	lessina.....	71	0.1 mg-20 mcg ...	71
KRAZATI	36	letrozole	31	levonorgestrel &	
kurvelo	71	leucovorin calcium..	41	ethinyl estradiol tab	
labetalol hcl.....	46	LEUKERAN	29	0.15 mg-30 mcg .	71
lacosamide.....	57	leuprolide acetate ..	31	levonorgestrel-eth	
lacosamide oral.....	57	levalbuterol hcl	94	estra tab 0.05-	
lactated ringer's		levalbuterol tartrate	94	30/0.075-40/0.125-	
solution.....	88	levetiracetam	57	30mg-mcg	71
lactic acid (ammonium		LEVETIRACETAM	57	levonorgestrel-ethinyl	
lactate).....	100	levetiracetam in		estradiol	
lactulose	78	sodium chloride iv		(continuous) tab	90-
lactulose		soln 1000 mg/100ml		20 mcg	71
(encephalopathy)	78	.....	57	levonorg-eth est tab	
lamivudine	23	levetiracetam in		0.1-0.02mg(84) &	
lamivudine (hbv)....	25	sodium chloride iv		eth est tab	
lamivudine-zidovudine		soln 1500 mg/100ml		0.01mg(7)	71
tab 150-300 mg ..	24	.....	57	levonorg-eth est tab	
lamotrigine.....	57	levetiracetam in		0.15-0.03mg(84) &	
lanreotide acetate ..	76	sodium chloride iv		eth est tab	
lansoprazole	80	soln 500 mg/100ml		0.01mg(7)	71
lapatinib ditosylate .	36	.....	57	levora 0.15/30-28 ..	71
larin 1.5/30.....	71	levobunolol hcl	92	levo-t.....	76
larin 1/20.....	71	levocarnitine		levothyroxine sodium	
larin 24 fe	71	(metabolic		.....	77
larin fe 1.5/30	71	modifiers)	76	levoxyl	77
larin fe 1/20	71	levocetirizine		l-glutamine (sickle	
latanoprost.....	92	dihydrochloride ...	93	cell)	82
layolis fe	71	levofloxacin	27	lidocaine	99
LAZCLUZE.....	36	levofloxacin in d5w iv		lidocaine hcl	99
leflunomide	85	soln 250 mg/50ml	27	lidocaine hcl (local	
lenalidomide.....	31	levofloxacin in d5w iv		anesth.).....	18
LENVIMA 10 MG DAILY		soln 500 mg/100ml		lidocaine hcl (mouth-	
DOSE	36	.....	27	throat).....	100

<i>lidocaine-prilocaine</i>	LORBRENA	LYBALVI TAB 5-10MG
<i>cream 2.5-2.5%..</i> 99	<i>loryna</i>	 53
<i>lidocan</i> 99	<i>losartan potassium</i> . 44	<i>lyleq</i> 72
LILETTA 71	<i>losartan potassium &</i>	<i>lyllana</i> 74
<i>linezolid</i> 21	<i>hydrochlorothiazide</i>	LYNPARZA..... 36
LINEZOLID INJ	<i>tab 100-12.5 mg</i> . 43	LYSODREN 31
2MG/ML 21	<i>losartan potassium &</i>	LYTGOBI (12 MG
LINZESS 79	<i>hydrochlorothiazide</i>	DAILY DOSE)..... 37
<i>liothyronine sodium</i> 77	<i>tab 100-25 mg</i> 43	LYTGOBI (16 MG
<i>lisinopril</i> 42	<i>losartan potassium &</i>	DAILY DOSE)..... 37
<i>lisinopril &</i>	<i>hydrochlorothiazide</i>	LYTGOBI (20 MG
<i>hydrochlorothiazide</i>	<i>tab 50-12.5 mg</i> ... 43	DAILY DOSE)..... 37
<i>tab 10-12.5 mg</i> ... 42	LOTEMAX..... 91	<i>lyza</i> 72
<i>lisinopril &</i>	<i>loteprednol etabonate</i>	<i>magnesium sulfate</i> . 89
<i>hydrochlorothiazide</i>	 91	MAGNESIUM SULFATE
<i>tab 20-12.5 mg</i> ... 42	<i>lovastatin</i> 44	 89
<i>lisinopril &</i>	<i>low-ogestrel</i> 72	<i>magnesium sulfate in</i>
<i>hydrochlorothiazide</i>	<i>loxapine succinate</i> .. 53	<i>dextrose 5% iv soln</i>
<i>tab 20-25 mg</i> 42	<i>luizza 1.5/30</i> 72	<i>1 gm/100ml</i> 89
<i>lithium</i> 62	<i>luizza 1/20</i> 72	<i>malathion</i> .....100
<i>lithium carbonate</i> ... 62	LUMAKRAS..... 36	<i>maraviroc</i> 23
LIVTENCITY..... 25	LUMIGAN 92	<i>marlissa</i> 72
<i>loestrin 1.5/30-21</i> .. 71	LUMIZYME 76	MARPLAN..... 50
<i>loestrin 1/20-21</i> 71	LUPRON DEPOT (1-	MATULANE..... 32
<i>loestrin fe 1.5/30</i> ... 71	MONTH)..... 31	MAVYRET PAK 50-
<i>loestrin fe 1/20</i> 71	LUPRON DEPOT (3-	20MG 25
<i>lojaimiess</i> 71	MONTH)..... 31	MAVYRET TAB 100-
LOKELMA 69	LUPRON DEPOT-PED	40MG 25
LONSURF TAB 15-6.14	(1-MONTH..... 76	<i>meclizine hcl</i> 77
..... 30	LUPRON DEPOT-PED	<i>medroxyprogesterone</i>
LONSURF TAB 20-8.19	(3-MONTH..... 76	<i>acetate</i> 76
..... 30	LUPRON DEPOT-PED	<i>medroxyprogesterone</i>
<i>loperamide hcl</i> 79	(6-MONTH..... 76	<i>acetate</i>
<i>lopinavir-ritonavir soln</i>	<i>lurasidone hcl</i> 53	(contraceptive) ... 72
<i>400-100 mg/5ml</i>	<i>lutra</i> 72	<i>mefloquine hcl</i> 22
<i>(80-20 mg/ml)</i> 24	LYBALVI TAB 10-10MG	<i>megestrol acetate</i> . 31,
<i>lopinavir-ritonavir tab</i>	 53	76
<i>100-25 mg</i> 24	LYBALVI TAB 15-10MG	<i>megestrol acetate</i>
<i>lopinavir-ritonavir tab</i>	 53	(appetite)..... 76
<i>200-50 mg</i> 24	LYBALVI TAB 20-10MG	MEKINIST 37
<i>lorazepam</i> 48, 49	 53	MEKTOVI 37
<i>lorazepam intensol</i> . 49		<i>meleya</i> 72

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على (800) 665-3086، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare



<i>meloxicam</i>	18	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide</i>		MOUNJARO	66
<i>memantine hcl</i>	49	<i>tab 100-25 mg....</i>	45	MOVANTIK	79
<i>memantine hcl tab 28</i>		<i>metoprolol & hydrochlorothiazide</i>		<i>moxifloxacin hcl</i>	27
<i>x 5 mg & 21 x 10</i>		<i>tab 100-50 mg....</i>	45	<i>moxifloxacin hcl</i>	
<i>mg titration pack.</i>	49	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide</i>		<i>(ophth)</i>	90
<i>memantine hcl-</i>		<i>tab 50-25 mg</i>	45	<i>moxifloxacin hcl 400</i>	
<i>donepezil hcl cap er</i>		<i>metoprolol succinate</i>		<i>mg/250ml in sodium</i>	
<i>24hr 14-10 mg</i> ...	49	.....	46	<i>chloride 0.8% inj.</i>	27
<i>memantine hcl-</i>		<i>metoprolol tartrate.</i>	46	MRESVIA	87
<i>donepezil hcl cap er</i>		<i>metronidazole</i>	21	MULTAQ	44
<i>24hr 21-10 mg</i> ...	49	<i>metronidazole</i>		<i>multiple electrolytes</i>	
<i>memantine hcl-</i>		<i>(topical)</i>	100	<i>ph 5.5</i>	89
<i>donepezil hcl cap er</i>		<i>metronidazole vaginal</i>		<i>multiple electrolytes</i>	
<i>24hr 28-10 mg</i> ...	49	.....	80	<i>ph 7.4</i>	89
MENACTRA INJ	87	<i>metyrosine</i>	47	<i>mupirocin</i>	97
MENQUADFI	87	<i>mibelas 24 fe</i>	72	<i>mycophenolate mofetil</i>	
MENVEO INJ	87	<i>micafungin sodium</i> .	22	.....	86
MENVEO SOL.....	87	<i>microgestin 1.5/30.</i>	72	<i>mycophenolate</i>	
<i>mercaptapurine</i>	30	<i>microgestin 1/20....</i>	72	<i>sodium</i>	86
<i>meropenem</i>	21	<i>microgestin fe 1.5/30</i>		MYRBETRIQ.....	80
<i>mesalamine</i>	78	.....	72	<i>nabumetone</i>	18
<i>mesalamine w/</i>		<i>microgestin fe 1/20</i>	72	<i>nadolol</i>	46
<i>cleanser</i>	78	<i>midodrine hcl</i>	47	<i>nafticillin sodium</i>	28
<i>mesna</i>	41	MIEBO	92	NAGLAZYME	76
MESNEX	41	<i>mifepristone</i>		<i>nalbuphine hcl</i>	19
<i>metformin hcl</i>	65	<i>(hyperglycemia)</i> ..	76	<i>naloxone hcl</i>	64
<i>methadone hcl.</i>	18, 19	<i>mili</i>	72	<i>naltrexone hcl</i>	64
<i>methadone</i>		<i>mimvey</i>	74	NAMZARIC CAP 14-	
<i>hydrochloride i</i>	19	<i>minocycline hcl</i>	29	<i>10MG</i>	49
<i>methazolamide</i>	47	<i>minoxidil</i>	47	NAMZARIC CAP 21-	
<i>methenamine</i>		<i>mirtazapine</i>	50	<i>10MG</i>	49
<i>hippurate</i>	21	<i>misoprostol</i>	79	NAMZARIC CAP 28-	
<i>methimazole</i>	77	MITIGARE	18	<i>10MG</i>	49
<i>methocarbamol</i>	63	M-M-R II INJ	87	NAMZARIC CAP 7-	
<i>methotrexate sodium</i>		M-NATAL PLUS TAB	89	<i>10MG</i>	49
.....	30, 85	<i>modafinil</i>	64	NAMZARIC CAP PACK	
<i>methsuximide</i>	57	<i>moexipril hcl</i>	42	.....	49
<i>methylphenidate hcl</i>	60	<i>molindone hcl</i>	53	<i>naproxen</i>	18
<i>methylprednisolone</i>	75	<i>mometasone furoate</i>		<i>naproxen dr</i>	18
<i>acetate</i>	75	.....	99	<i>naproxen sodium</i> ...	18
<i>methylprednisolone</i>		MONJUVI	37	<i>naratriptan hcl</i>	61
<i>sod succ</i>	75	<i>mono-lynyah</i>	72	NATACYN	91
<i>methyltestosterone</i>	64	<i>montelukast sodium</i>	94	<i>nateglinide</i>	66
<i>metoclopramide hcl</i>	77	<i>morphine sulfate</i>	19	NAYZILAM.....	57
<i>metolazone</i>	47			<i>nebivolol hcl</i>	46
				<i>necon 0.5/35-28</i>	72
				<i>nefazodone hcl</i>	50

<i>neomycin sulfate</i> 21	<i>nikki</i> 72	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i> 74
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i> 91	<i>nilotinib hcl</i> 37	<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i> 72
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i> 91	<i>nimodipine</i> 46	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i> 72
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%..</i> 90	<i>NINLARO</i> 37	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i> 72
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%.</i> 90	<i>nitazoxanide</i> 21	<i>norlyroc</i> 72
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i> 90	<i>nitisinone</i> 76	<i>nortrel 0.5/35 (28).</i> 72
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1% ...</i> 92	<i>NITRO-BID</i> 48	<i>nortrel 1/35 (21) ...</i> 72
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i> 92	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> 21	<i>nortrel 1/35 (28) ...</i> 72
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i> 91	<i>nitrofurantoin monohyd macro ..</i> 21	<i>nortrel 7/7/7</i> 72
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i> 90	<i>nitroglycerin</i> 48	<i>nortriptyline hcl</i> 50
<i>NERLYNX</i> 37	<i>nitroglycerin (intra-anal)</i> 100	<i>NORVIR</i> 23
<i>nevirapine</i> 23	<i>nizatidine</i> 78	<i>NOVOLIN INJ 70/30</i> 67
<i>NEXLETOL</i> 45	<i>nora-be</i> 72	<i>NOVOLIN INJ 70/30 FP</i> 67
<i>NEXLIZET TAB 180/10MG</i> 45	<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i> 72	<i>NOVOLIN N</i> 67
<i>NEXPLANON</i> 72	<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg</i> 72	<i>NOVOLIN N FLEXPEN</i> 67
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> 45	<i>norethindrone (contraceptive)</i> ... 72	<i>NOVOLIN R</i> 67
<i>nicardipine hcl</i> 46	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i> 72	<i>NOVOLIN R FLEXPEN</i> 67
<i>NICOTROL INHALER</i> 64	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i> ... 72	<i>NOVOLOG</i> 67
<i>NICOTROL NS</i> 64	<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg (24)</i> 72	<i>NOVOLOG FLEXPEN</i> 67
<i>nifedipine</i> 46	<i>norethindrone acetate</i> 76	<i>NOVOLOG MIX INJ 70/30</i> 67
	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg ..</i> 74	<i>NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN</i> 67
		<i>NOVOLOG PENFILL.</i> 67
		<i>NUBEQA</i> 31
		<i>NUDEXTA CAP 20-10MG</i> 62
		<i>NULOJIX</i> 86
		<i>NUPLAZID</i> 54

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على (800) 665-3086، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare

NURTEC.....	61	<i>olmesartan-</i>	<i>ondansetron</i>	77
NUTRILIPID.....	90	<i>amlodipine-</i>	<i>ondansetron hcl</i>	77
NUZYRA.....	29	<i>hydrochlorothiazide</i>	ONTRUZANT.....	37
<i>nyamyc</i>	98	<i>tab 40-10-25 mg.</i>	ONUREG	30
<i>nylia 1/35</i>	72	<i>olmesartan-</i>	OPIPZA.....	54
<i>nylia 7/7/7</i>	72	<i>amlodipine-</i>	OPSUMIT	48
<i>nystatin</i>	22	<i>hydrochlorothiazide</i>	ORGOVYX	31
<i>nystatin (mouth-</i>		<i>tab 40-5-12.5 mg</i>	ORKAMBI GRA 100-	
<i>throat)</i>	100	<i>olmesartan-</i>	125.....	95
<i>nystatin (topical)</i>	98	<i>amlodipine-</i>	ORKAMBI GRA 150-	
<i>nystop</i>	98	<i>hydrochlorothiazide</i>	188	95
<i>ocella</i>	73	<i>tab 40-5-25 mg ..</i>	ORKAMBI GRA 75-	
OCTAGAM	86	<i>omega-3-acid ethyl</i>	94MG	95
<i>octreotide acetate</i> ..	76	<i>esters cap 1 gm ..</i>	ORKAMBI TAB 100-	
ODEFSEY TAB.....	24	<i>omeprazole</i>	125	95
ODOMZO	37	OMNIPOD 5 DX KIT	ORKAMBI TAB 200-	
OFEV.....	94	INT G7G6.....	125	95
<i>ofloxacin (ophth)</i> ...	91	OMNIPOD 5 DX MIS	<i>orquidea</i>	73
<i>ofloxacin (otic)</i>	92	POD G7G6.....	ORSERDU	31
OGIVRI.....	37	OMNIPOD 5 G7 KIT	<i>oseltamivir phosphate</i>	
OGSIVEO	37	INTRO	25, 26	
OJEMDA.....	37	OMNIPOD 5 G7 MIS	<i>oxacillin sodium</i>	28
OJJAARA.....	37	PODS	<i>oxaliplatin</i>	29
<i>olanzapine</i>	54	OMNIPOD 5 L2 KIT	<i>oxcarbazepine</i>	57
<i>olmesartan medoxomil</i>		INTRO G6.....	<i>oxybutynin chloride</i>	80
.....	44	OMNIPOD 5 L2 MIS	<i>oxycodone hcl</i>	19
<i>olmesartan</i>		PODS G6.....	<i>oxycodone w/</i>	
<i>medoxomil-</i>		OMNIPOD DASH KIT	<i>acetaminophen tab</i>	
<i>hydrochlorothiazide</i>		INTRO	<i>10-325 mg</i>	19
<i>tab 20-12.5 mg...</i>	43	OMNIPOD DASH MIS	<i>oxycodone w/</i>	
<i>olmesartan</i>		PODS	<i>acetaminophen tab</i>	
<i>medoxomil-</i>		OMNIPOD GO KIT	<i>2.5-325 mg</i>	19
<i>hydrochlorothiazide</i>		10UNT/DY	<i>oxycodone w/</i>	
<i>tab 40-12.5 mg...</i>	43	OMNIPOD GO KIT	<i>acetaminophen tab</i>	
<i>olmesartan</i>		15UNT/DY	<i>5-325 mg</i>	19
<i>medoxomil-</i>		OMNIPOD GO KIT	<i>oxycodone w/</i>	
<i>hydrochlorothiazide</i>		20UNT/DY	<i>acetaminophen tab</i>	
<i>tab 40-25 mg</i>	43	OMNIPOD GO KIT	<i>7.5-325 mg</i>	19
<i>olmesartan-</i>		25UNT/DY	OXYCONTIN	19
<i>amlodipine-</i>		OMNIPOD GO KIT	OZEMPIC (0.25 OR	
<i>hydrochlorothiazide</i>		30UNT/DY	0.5MG/DOSE)	66
<i>tab 20-5-12.5 mg</i>	43	OMNIPOD GO KIT	OZEMPIC (1MG/DOSE)	
<i>olmesartan-</i>		35UNT/DY .....	.....	66
<i>amlodipine-</i>		OMNIPOD GO KIT	OZEMPIC (2MG/DOSE)	
<i>hydrochlorothiazide</i>		40UNT/DY .....	.....	66
<i>tab 40-10-12.5 mg</i>		OMNIPOD MIS	<i>pacerone</i>	44
.....	43	CLASSIC	<i>paclitaxel</i>	32

<i>paclitaxel inj 100mg</i> 32	<i>pentamidine</i>	<i>inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i> 28
<i>paliperidone</i> 54	<i>isethionate inj</i> 21	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i> 28
<i>pamidronate disodium</i> 68	<i>pentoxifylline</i> 82	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i> 28
PAMIDRONATE	<i>perampanel</i> 57	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i> 28
DISODIUM 68	<i>perindopril erbumine</i> 42	PIQRAY 200MG DAILY DOSE 38
PANRETIN 100	<i>periogard</i> 100	PIQRAY 250MG TAB DOSE 38
<i>pantoprazole sodium</i> 80	<i>permethrin</i> 100	PIQRAY 300MG DAILY DOSE 38
PANZYGA 86	<i>perphenazine</i> 54	<i>pirfenidone</i> 95
<i>paricalcitol</i> 77	<i>pfizerpen</i> 28	<i>piroxicam</i> 18
<i>paroxetine hcl</i> 50	<i>phenelzine sulfate</i> .. 50	<i>plenamine</i> 90
PAXLOVID PAK 26	<i>phenobarbital</i> 57	PLENVU SOL..... 79
PAXLOVID TAB 150-100 26	<i>phenobarbital sodium</i> 58	<i>podofilox</i> .....100
PAXLOVID TAB 300-100 26	<i>phenytek</i> 58	<i>polycin ophth oint</i> .. 91
<i>pazopanib hcl</i> 37	<i>phenytoin</i> 58	<i>polymyxin b sulfate</i> 21
PEDIARIX INJ 0.5ML87	<i>phenytoin sodium</i> .. 58	<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i> 91
PEDVAX HIB 87	<i>extended</i> 58	POMALYST 31
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i> 79	PHESGO SOL 38	<i>portia-28</i> 73
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i> 79	<i>philith</i> 73	<i>posaconazole</i> 22
PEGASYS 26	PIFELTRO..... 23	POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ . 89
PEMAZYRE 37	<i>pilocarpine hcl</i> 92	POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ ... 89
<i>pemetrexed disodium</i> 30	<i>pilocarpine hcl (oral)</i> 100	POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ ... 89
PENBRAYA INJ 87	<i>pimecrolimus</i> 100	<i>potassium chloride</i> . 89
<i>penicillamine</i> 69	<i>pimozide</i> 54	
<i>penicillin g potassium</i> 28	<i>pimtrea</i> 73	
<i>penicillin g sodium</i> . 28	<i>pindolol</i> 46	
<i>penicillin v potassium</i> 28	<i>pioglitazone hcl</i> 66	
PENMENVY INJ..... 87	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg</i> 66	
PENTACEL INJ 87	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg</i> 66	
<i>pentamidine isethionate inh</i> 21	<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i> 28	
	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for</i>	

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على (800) 665-3086، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare



potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj .. 89	prochlorperazine 77	RELENZA DISKHALER
potassium chloride microencapsulated crystals er 89	prochlorperazine edisylate 77	RELISTOR 79
potassium citrate (alkalinizer) 80	prochlorperazine maleate 77	REMICADE 84
pramipexole dihydrochloride ... 51	PROCRT 81	RENFLEXIS..... 84
prasugrel hcl 82	proctocort 100	repaglinide 66
pravastatin sodium. 44	procto-med hc 100	REPATHA 45
praziquantel 21	proctosol hc 100	REPATHA SURECLICK
prazosin hcl..... 42	proctozone-hc 100	RESTASIS 92
prednisolone 75	progesterone 76	RESTASIS MULTIDOSE
prednisolone acetate (ophth) 91	PROGRAF 86	RETEVMO..... 38
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP .. 91	PROLASTIN-C 95	REVUFORJ..... 38
prednisolone sodium phosphate 75	PROLIA..... 68	REXULTI 54
prednisone 75	promethazine hcl ... 78	REYATAZ 23
PREDNISONE INTENSOL 75	propafenone hcl 44	REZLIDHIA..... 38
pregabalin..... 58	proparacaine hcl ... 92	REZUROCK..... 86
PREMASOL SOL 10% 90	propranolol hcl..... 46	RHOPRESSA 92
PRENATAL TAB 27-1MG 89	propylthiouracil..... 77	ribavirin (hepatitis c)
PRENATAL TAB PLUS 89	PROQUAD INJ 87	 26
prevalite 45	PROSOL INJ 20% ... 90	rifabutin 25
PREVYMIS 26	protriptyline hcl 50	rifampin..... 25
PREZCOBIX TAB 675/150..... 24	PULMOZYME..... 95	riluzole 62
PREZCOBIX TAB 800-150 25	PURIXAN..... 30	rimantadine hydrochloride..... 26
PREZISTA 23	pyrazinamide..... 25	RINVOQ..... 84
PRIFTIN 25	pyridostigmine bromide 62	RINVOQ LQ 84
primaquine phosphate 22	pyrimethamine 21	risedronate sodium 68
PRIMAQUINE PHOSPHATE..... 22	PYZCHIVA 83, 84	risperidone..... 54
primidone 58	QINLOCK 38	risperidone microspheres..... 54
PRIORIX INJ 87	QUADRACEL INJ 0.5ML	ritonavir 23
PRIVIGEN 86	 87	rivaroxaban..... 81
probenecid 18	quetiapine fumarate 54	rivastigmine 49
	quinapril hcl 42	rivastigmine tartrate
	quinidine sulfate 44	 49
	quinine sulfate 22	rivelsa 73
	QULIPTA 61	rizatriptan benzoate 61
	RABAVERT INJ 87	ROCKLATAN DRO ... 92
	rabeprazole sodium 80	roflumilast 95
	RALDESY 50	ROMVIMZA..... 38
	raloxifene hcl..... 76	ropinirole hydrochloride..... 52
	ramipril 42	rosuvastatin calcium44
	ranolazine 47	rosyrah..... 73
	rasagiline mesylate 51	ROTARIX SUS..... 87
	reclipsen..... 73	
	RECOMBIVAX HB ... 87	

ROTATEQ SOL	87	SKYRIZI	84	STRIBILD TAB	25
roweepra	58	SKYRIZI PEN	84	subvenite.....	58
ROZLYTREK.....	38	sod sulfate-pot sulf-		sucrafate	79
RUBRACA.....	38	mg sulf oral sol		sulfacetamide sodium	
rufinamide	58	17.5-3.13-1.6		(acne)	97
RUKOBIA	23	gm/177ml	79	sulfacetamide sodium	
RYBELSUS.....	66	sodium chloride	89	(ophth).....	91
RYDAPT	38	sodium chloride (gu		sulfacetamide sodium-	
sacubitril-valsartan tab		irrigant)	100	prednisolone ophth	
24-26 mg.....	43	sodium fluoride chew;		soln 10-	
sacubitril-valsartan tab		tab; 1.1 (0.5 f)		0.23(0.25)%	90
49-51 mg.....	43	mg/ml soln.....	89	sulfadiazine.....	21
sacubitril-valsartan tab		SODIUM OXYBATE..	64	sulfamethoxazole-	
97-103 mg	43	sodium phenylbutyrate		trimethoprim iv soln	
sajazir	82	.....	76	400-80 mg/5ml... 21	
SANTYL	100	sodium polystyrene		sulfamethoxazole-	
sapropterin		sulfonate powder.	69	trimethoprim susp	
dihydrochloride ...	76	solifenacin succinate	80	200-40 mg/5ml... 21	
SCSEMBLIX.....	38	SOLQUA INJ 100/33		sulfamethoxazole-	
scopolamine	78	.....	68	trimethoprim tab	
SECUADO	54	SOLTAMOX.....	31	400-80 mg	21
selegiline hcl	52	SOLU-CORTEF	75	sulfamethoxazole-	
selenium sulfide	98	SOMATULINE DEPOT		trimethoprim tab	
SELZENTRY	23	.....	76	800-160 mg	21
SEREVENT DISKUS.	94	SOMAVERT.....	76	SULFAMYLON	97
sertraline hcl	50	sorafenib tosylate ..	38	sulfasalazine	78
setlakin	73	sotalol hcl	44	sulindac.....	18
sharobel	73	sotalol hcl (afib/afl)	44	sumatriptan	62
SHINGRIX	87	SOTYKTU	84	sumatriptan succinate	
SIGNIFOR	76	spironolactone	42	.....	62
SIKLOS.....	82	spironolactone &		sunitinib malate	39
sildenafil citrate		hydrochlorothiazide		SUNLENCA	23
(pulmonary		tab 25-25 mg	47	syeda	73
hypertension)	48	sprintec 28.....	73	SYMDEKO TAB 100-	
silver sulfadiazine... 97		SPRITAM.....	58	150	95
SIMBRINZA SUS 1-		sps	69	SYMDEKO TAB 50-	
0.2%	92	sps rectal.....	69	75MG	95
simliya	73	sronyx.....	73	SYMPAZAN	58
simpesse	73	ssd	97	SYMITUZA TAB	25
simvastatin	44	STELARA.....	84	SYNAREL	76
sirolimus.....	86	STIVARGA.....	38	SYNJARDY TAB 12.5-	
SIRTURO	25	streptomycin sulfate	21	1000MG.....	66

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على (800) 665-3086، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare



SYNJARDY TAB 12.5-500	66	<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i>	43	<i>tilia fe</i>	73
SYNJARDY TAB 5-1000MG	66	<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	43	<i>timolol maleate</i>	46
SYNJARDY TAB 5-500MG	66	<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i>	43	<i>timolol maleate (ophth)</i>	92
SYNJARDY XR TAB 10-1000	66	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	43	<i>tinidazole</i>	21
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000	66	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	43	TIVICAY	23, 24
SYNJARDY XR TAB 25-1000	66	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i>	44	TIVICAY PD	24
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	66	<i>temazepam</i>	61	<i>tizanidine hcl</i>	63
SYNTHROID	77	TENIVAC INJ 5-2LF	87	TOBI PODHALER	21
TABLOID	30	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	23	TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	90
TABRECTA	39	TEPMETKO	39	<i>tobramycin</i>	21
<i>tacrolimus</i>	86	<i>terazosin hcl</i>	42	<i>tobramycin (ophth)</i>	91
<i>tacrolimus (topical)</i>	100	<i>terbinafine hcl</i>	22	<i>tobramycin sulfate</i>	21
<i>tadalafil</i>	80	<i>terbutaline sulfate</i>	94	<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	90
<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i>	48	<i>terconazole vaginal</i>	80	<i>tolterodine tartrate</i>	80
TAFINLAR	39	TERIPARATIDE	68	<i>topiramate</i>	58
TAGRISSO	39	<i>testosterone</i>	64	<i>toremifene citrate</i>	31
TALZENNA	39	<i>testosterone cypionate</i>	64	<i>torpenz</i>	39
<i>tamoxifen citrate</i>	31	<i>testosterone enanthate</i>	64	<i>torsemide</i>	47
<i>tamsulosin hcl</i>	80	<i>testosterone pump</i>	65	TOUJEO MAX	
<i>tarina 24 fe</i>	73	<i>tetrabenazine</i>	62	SOLOSTAR	68
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	73	<i>tetracycline hcl</i>	29	TOUJEO SOLOSTAR	68
TASIGNA	39	THALOMID	31	TPN ELECTROL INJ	89
<i>tasimelteon</i>	60	THEO-24	95	TRADJENTA	66
TAVNEOS	82	<i>theophylline</i>	95	<i>tramadol hcl</i>	20
<i>tazarotene</i>	98	<i>thioridazine hcl</i>	55	<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	20
<i>tazicef</i>	27	<i>thiothixene</i>	55	<i>trandolapril</i>	42
TAZORAC	98	<i>tiadylt er</i>	46	<i>tranexamic acid</i>	82
TAZVERIK	39	<i>tiagabine hcl</i>	58	<i>tranylcypromine sulfate</i>	50
TECENTRIQ	39	TIBSOVO	39	TRAVASOL INJ 10%	90
TECENTRIQ INJ		<i>ticagrelor</i>	82	TRAZIMERA	39
HYBREZA	39	TICOVAC	87	<i>trazodone hcl</i>	50
TEFLARO	27	<i>tigecycline</i>	29	TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	93
<i>telmisartan</i>	44			TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	93
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>	43			TREMFYA	84
				TREMFYA INDUCTION PACK FO	84
				TREMFYA PEN	84

<i>treprostinil</i> 48	TRIKAFTA PAK 59.5MG 95	<i>turqoz</i> 73
TRESIBA 68	TRIKAFTA PAK 75MG 95	<i>twice-daily</i>
TRESIBA FLEXTOUCH 68	TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG 95	<i>clindamycin phosphate (topical)</i> 97
<i>tretinoin</i> 97	TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG.. 95	TWINRIX INJ 88
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> .. 32	<i>tri-legest fe</i> 73	TYBOST 24
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i> 100	<i>tri-linyah</i> 73	<i>tydemy</i> 73
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> 99	<i>tri-lo-estarylla</i> 73	TYENNE 84, 85
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i> .. 47	<i>tri-lo-marzia</i> 73	TYPHIM VI 88
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i> ... 47	<i>tri-lo-mili</i> 73	UBRELVY 62
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i> 47	<i>tri-lo-sprintec</i> 73	<i>unithroid</i> 77
<i>tridacaine ii</i> 99	<i>trimethoprim</i> 21	UPTRAVI 48
<i>triderm</i> 99	<i>tri-mili</i> 73	UPTRAVI PACK TAB 200/800..... 48
<i>trientine hcl</i> 69	<i>trimipramine maleate</i> 50	<i>ursodiol</i> 79
<i>tri-estarylla</i> 73	TRINTELLIX..... 50	<i>valacyclovir hcl</i> 26
<i>trifluoperazine hcl</i> .. 55	<i>tri-nymyo</i> 73	VALCHLOR 100
<i>trifluridine</i> 91	<i>tri-sprintec</i> 73	<i>valganciclovir hcl</i> ... 26
<i>trihexyphenidyl hcl</i> . 52	TRIUMEQ PD TAB... 25	<i>valproate sodium</i> ... 58
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG 66	TRIUMEQ TAB..... 25	<i>valproic acid</i> 58
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG 66	<i>tri-vylibra</i> 73	<i>valsartan</i> 44
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG 66	TRIUMINE INJ 10% 90	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i> . 44
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG 66	<i>trospium chloride</i> ... 80	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i> 44
	TRUE METRIX KIT AIR 101	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i> . 44
	TRUE METRIX KIT METER..... 101	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i> 44
	TRUE METRIX STRIPS 101	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i> ... 44
	TRULICITY 66	VALTOCO 10 MG DOSE 58
	TRUMENBA..... 87	VALTOCO 15 MG DOSE 58
	TRUQAP..... 39	
	TRUXIMA 39	
	TUKYSA 39	
	TURALIO..... 39	

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على (800) 665-3086، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare



VALTOCO 20 MG	VIRACEPT	24	XELJANZ.....	85
DOSE	VIREAD	24	XELJANZ XR	85
VALTOCO 5 MG DOSE	VITRAKVI.....	40	<i>xelria fe</i>	74
.....	VIVIMUSTA	29	XERMELO.....	79
<i>valtya 1/50</i>	VIVITROL.....	64	XGEVA	68
<i>vancomycin hcl</i> .21, 22	VIVOTIF CAP EC....	88	XHANCE	96
VANCOMYCIN INJ 1	VIZIMPRO	40	XIFAXAN.....	79
GM.....	VONJO.....	40	XIGDUO XR TAB 10-	
VANCOMYCIN INJ	VORANIGO.....	40	1000	66
500MG.....	<i>voriconazole</i>	22	XIGDUO XR TAB 10-	
VANCOMYCIN INJ	VOSEVI TAB	26	500MG.....	66
750MG.....	VOWST CAP	79	XIGDUO XR TAB 2.5-	
VANFLYTA	VRAYLAR	55	1000	66
VAQTA.....	<i>vyfemla</i>	73	XIGDUO XR TAB 5-	
<i>varenicline tartrate</i> .64	<i>vylibra</i>	73	1000MG.....	66
<i>varenicline tartrate tab</i>	VYZULTA.....	92	XIGDUO XR TAB 5-	
<i>11 x 0.5 mg & 42 x</i>	<i>warfarin sodium</i>	81	500MG.....	66
<i>1 mg start pack</i> ... 64	<i>water for irrigation,</i>		XIIDRA.....	92
VARIVAX.....	<i>sterile irrigation soln</i>		XOFLUZA	26
VASCEPA .....	.....	100	XOLAIR	95, 96
VAXCHORA SUS....	WELIREG	32	XOSPATA	40
<i>velivet</i>	<i>wera</i>	74	XPOVIO PAK (100 MG	
VELSIPITY.....	WESTAB PLUS TAB		ONCE WEEKLY)... 40	
VENCLEXTA.....	27-1MG	89	XPOVIO PAK (40 MG	
VENCLEXTA TAB	<i>wixela inhub</i>	97	ONCE WEEKLY)... 40	
START PK.....	<i>wymzya fe</i>	74	XPOVIO PAK (40 MG	
<i>venlafaxine hcl</i>	WYOST	68	TWICE WEEKLY).. 40	
VENTOLIN HFA	XALKORI.....	40	XPOVIO PAK (60 MG	
VENTOLIN HFA	<i>xarah fe</i>	74	ONCE WEEKLY)... 40	
(INSTITUTIONAL	XARELTO	81	XPOVIO PAK (60 MG	
PACK).....	XARELTO STAR TAB		TWICE WEEKLY).. 40	
VEOZAH	15/20MG.....	81	XPOVIO PAK (80 MG	
<i>verapamil hcl</i>	XATMEP	85	ONCE WEEKLY)... 40	
VERQUVO	XCOPRI	59	XPOVIO PAK (80 MG	
VERSACLOZ	XCOPRI PAK 100-150		TWICE WEEKLY).. 40	
VERZENIO.....	.....	59	XTANDI	31
<i>vestura</i>	XCOPRI PAK 12.5-25		<i>xulane</i>	74
<i>vienva</i> .....	.....	59	XULTOPHY INJ	
<i>vigabatrin</i>	XCOPRI PAK 150-		100/3.6	68
58, 59	200MG		YESINTEK	85
<i>vigadrone</i>	(MAINTENANCE) .	59	YF-VAX INJ	88
VIGAFYDE.....	XCOPRI PAK 150-		YONSA	31
<i>vigpoder</i>	200MG (TITRATION)		YUTREPIA	48
59	.....	59	<i>yuvaferm</i>	74
<i>vilazodone hcl</i>	XCOPRI PAK 50-		<i>zafemy</i>	74
51	100MG.....	59	<i>zafirlukast</i>	94
VIMKUNYA	XDEMVI	91	<i>zaleplon</i>	61
88				
<i>vincristine sulfate</i> ... 32				
<i>vinorelbine tartrate</i> 32				
<i>violele</i>				
73				

ZARXIO	81	ZENPEP CAP		<i>zoledronic acid</i>	68
ZEGALOGUE	75	3000UNIT	79	ZOLINZA	41
ZEJULA	41	ZENPEP CAP		<i>zolpidem tartrate</i> ...	61
ZELBORAF.....	41	40000UNT	80	ZONISADE	59
<i>zelvysia</i>	76	ZENPEP CAP		<i>zonisamide</i>	59
ZEMAIRA	96	5000UNIT	79	<i>zovia 1/35</i>	74
<i>zenatane</i>	97	ZENPEP CAP		ZTALMY	59
ZENPEP CAP		60000UNT	80	<i>zumandimine</i>	74
10000UNT	79	ZERVIATE	91	ZURZUVAE	51
ZENPEP CAP		<i>zidovudine</i>	24	ZYDELIG.....	41
15000UNT	79	<i>ziprasidone hcl</i>	55	ZYKADIA.....	41
ZENPEP CAP		<i>ziprasidone mesylate</i>		ZYLET SUS 0.5-0.3%	
20000UNT	79	.....	55	.....	90
ZENPEP CAP		ZIRABEV.....	41	ZYPREXA RELPREVV	55
25000UNT	79	ZIRGAN	91		

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus على 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية "TTY" يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.





Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) خطة تابعة لبرنامج Medicare Medi-Cal:

تم تحديث كتيب الوصفات الدوائية بتاريخ 11/01/2025

للحصول على معلومات أحدث أو إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اتصل بنا على الرقم 665-3086 (800)، وبالنسبة لمستخدمي الهواتف النصية "TTY"، يمكنهم الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، أو تفضل زيارة MolinaHealthcare.com/Medicare.