



Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) — план Medicare Medi-Cal Plan

Список покрываемых лекарственных препаратов (список лекарств и рекомендованных препаратов), 2025 год

**ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ: В ЭТОМ ДОКУМЕНТЕ ПРИВЕДЕНА ИНФОРМАЦИЯ О
ПРЕПАРАТАХ, КОТОРЫЕ МЫ ПОКРЫВАЕМ В РАМКАХ ДАННОГО ПЛАНА**

Утвержденный HPMS список лекарственных препаратов, № заявки: 00025316, редакция 20

Дата обновления списка лекарственных препаратов: 11/01/2025 г.

Для получения актуальной информации или при возникновении других вопросов обращайтесь к нам по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу, с 08:00 до 20:00 по местному времени, или посетите веб-сайт MolinaHealthcare.com/Medicare

Введение

Этот документ называется *Список покрываемых лекарственных препаратов* (другое название — «список лекарств»). В нем указано, какие рецептурные препараты покрываются программой Molina Medicare Complete Care Plus. Кроме того, в списке лекарств указано, существуют ли какие-либо особые правила или ограничения для того или иного лекарственного препарата, покрываемого Molina Medicare Complete Care Plus. Основные термины и их определения перечислены в последней главе *Справочника участника*.

Содержание

A. Отказ от ответственности	3
B. Часто задаваемые вопросы	9
B1. Какие рецептурные препараты представлены в <i>Списке покрываемых лекарственных препаратов</i> ? (Краткое название <i>Списка покрываемых лекарственных препаратов</i> — «список лекарств».)	9
B2. Вносятся ли в список лекарств какие-либо изменения?	10
B3. Что происходит, когда в <i>список лекарств</i> вносят изменения?	11
B4. Существуют ли какие-либо ограничения или условия в отношении страхового покрытия лекарственных препаратов либо действия, которые необходимо выполнить для получения определенных лекарств?	13
B5. Каким образом можно узнать, существуют ли для требуемого лекарственного препарата ограничения или действия, которые необходимо выполнить, чтобы получить препарат?	14
B6. Что происходит, если в программе Molina Medicare Complete Care Plus меняются правила в отношении определенных лекарственных препаратов (например, о необходимости предварительного разрешения, ограничения по количеству и [или] ограничения касательно ступенчатой терапии)?	14
B7. Каким образом в <i>списке лекарств</i> можно найти тот или иной лекарственный препарат?	14
B8. Что делать, если требуемый лекарственный препарат не представлен в <i>списке лекарств</i> ?	14



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

В9. Что делать, если я новый участник программы страхования Molina Medicare Complete Care Plus и не могу найти свой лекарственный препарат в <i>списке лекарств</i> или сталкиваюсь с проблемами при получении своего препарата?	15
В10. Можно ли подать запрос на исключение, чтобы покрыть определенный лекарственный препарат?	16
В11. Как можно подать запрос на исключение из правил покрытия?	17
В12. Сколько времени занимает процедура предоставления исключения?	17
В13. Что такое непатентованные лекарственные препараты?	17
В14. Что такое оригинальные биологические препараты и как они связаны с биоаналогами?	18
В15. Покрывает ли программа Molina Medicare Complete Care Plus безрецептурные товары, не относящиеся к лекарственным средствам?	18
В16. Покрывает ли программа Molina Medicare Complete Care Plus долгосрочное обеспечение рецептурными лекарственными препаратами?	18
В17. Могут ли мне доставлять рецептурные препараты на дом из местной аптеки?	18
В18. Каков размер моей доплаты?	19
С. Обзор <i>Списка покрываемых лекарственных препаратов</i>	19
С1. Список лекарственных препаратов по заболеванию	20
Д. Алфавитный указатель покрываемых лекарственных препаратов	108

А.Отказ от ответственности

Данный документ — это список лекарственных препаратов, которые доступны участникам программы страхования *Molina Medicare Complete Care Plus*.

- ❖ С актуальной версией *списка покрываемых лекарственных препаратов* Molina Medicare Complete Care Plus всегда можно ознакомиться онлайн на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare, или ее можно получить, позвонив по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонки бесплатны.
- ❖ Вы можете бесплатно получить этот документ в других форматах, включая шрифт Брайля, крупный шрифт и аудиоформат. Звоните по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный.
- ❖ Для лиц с особыми потребностями у компании Molina Healthcare по контракту с Medicare есть планы C-SNP, D-SNP и HMO. По планам D-SNP также заключен договор с программой Medicaid штата. Зачисление зависит от продления договора.
- ❖ Компания Molina Healthcare (или Molina) соблюдает требования федерального законодательства о гражданских правах и не допускает дискриминации на основании таких признаков, как пол, расовая принадлежность, цвет кожи, религия, социальное и национальное происхождение, этническая принадлежность, возраст, психическая или физическая недееспособность, состояние здоровья, генетическая информация, семейное положение, гендер, гендерная идентичность или сексуальная ориентация.

Чтобы помочь вам эффективно общаться с нами, компания Molina Healthcare предоставляет услуги бесплатно и своевременно:

- Компания Molina Healthcare предоставляет обоснованные модификации и соответствующие вспомогательные средства и услуги людям с инвалидностью. А именно: (1) Услуги квалифицированных переводчиков. (2) Информация в других форматах (крупный шрифт, аудио, электронные форматы с поддержкой специальных возможностей, шрифт Брайля)
- Компания Molina Healthcare предоставляет услуги переводчика для людей, которые говорят на другом языке или плохо владеют английским А именно: (1) Услуги квалифицированных устных переводчиков. (2) Информацию, переведенную на другие языки.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.



Если вам необходимы эти услуги, свяжитесь с отделом обслуживания участников программы страхования Molina по номеру (800) 665-3086 или телетайп/текстофон: 711.

Если вы считаете, что мы подвергли вас дискриминации по признаку возраста, цвета кожи, инвалидности, национального происхождения, расы или пола, вы можете подать жалобу. Вы можете подать жалобу лично, по телефону, почте, электронной почте или через интернет. Если вам требуется помощь в составлении жалобы, мы поможем вам. Вы можете ознакомиться с нашей процедурой подачи жалоб, посетив наш веб-сайт <https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx> Позвоните нашему координатору по защите прав граждан Civil Rights Coordinator по номеру 1-866-606-3889, телетайп/текстофон: 711 или подайте жалобу на:

Civil Rights Unit
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802
Email: civil.rights@molinahealthcare.com
Веб-сайт: <https://molinahealthcare.Alertline.com>

Вы также можете подать жалобу (претензию) в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социальных служб США в режиме онлайн через портал жалоб Управления по гражданским правам (Office for Civil Rights Complaint Portal) по адресу: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, а также по телефону или отправить по почте:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Телефон: 1-800-368-1019
Телетайп/текстофон: 800-537-7697

Формы для подачи жалобы размещены по адресу:
<https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>

Вы можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в Управление по гражданским правам Департамента здравоохранения штата Калифорния (California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights) по телефону, в письменной форме или в электронном виде:

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
Телефон: 916-440-7370 (или линия 711 службы коммутируемых сообщений)
Адрес эл. почты: CivilRights@dhcs.ca.gov

Формы для подачи жалобы размещены по адресу
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

КАЛИФОРНИЙСКОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ О НАЛИЧИИ (CALIFORNIA EAE NOTICE OF AVAILABILITY)

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. يُرجى الاتصال على الرقم 1-855-665-4627 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي "TTY"، فيمكنهم الاتصال على: 711). هذه الخدمات مجانية.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Ձեր լեզվով օգնության դեպքում, գանգահարե՛ք 1-855-665-4627 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Հաճախողների 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。



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте 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 ਮੁਫਤ ਹਨ।

ਧਿਆਨ ਦੇਂ: 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: ບ្រសິນເປີអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-665-4627 (TTY: 711)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនដែលមានពិការភាព ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប 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 711 TTY) 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 711 TTY) 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,



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

документы шрифтом 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.

- ❖ This document is available for free in Spanish, Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Hmong, Korean, Lao, Russian, Tagalog, and Vietnamese.
- ❖ Вы можете попросить о том, чтобы мы всегда отправляли вам информацию на выбранном языке или в нужном формате. Это называется «постоянный запрос». Звоните по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Сотрудник отдела обслуживания участников программы страхования поможет вам создать или изменить постоянный запрос. Мы внесем ваш постоянный запрос в систему, поэтому вам не придется подавать отдельные запросы каждый раз, когда мы отправляем вам информацию.

В. Часто задаваемые вопросы

Здесь вы найдете ответы на имеющиеся у вас вопросы о данном *Списке покрываемых лекарственных препаратов*. Чтобы получить больше информации, прочтите все ответы либо найдите ответ на определенный вопрос.

В1. Какие рецептурные препараты представлены в *Списке покрываемых лекарственных препаратов*? (Краткое название *Списка покрываемых лекарственных препаратов* — «список лекарств».)

Препараты, перечисленные в *Списке покрываемых лекарственных препаратов* (см. начало в разделе C1), относятся к препаратам, покрываемым программой Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP). Эти лекарственные препараты доступны в аптеках нашей сети. Аптека входит в нашу сеть, если мы заключили с ней соглашение о сотрудничестве и предоставлении вам услуг. Мы называем такие аптеки «сетевыми».

Другие лекарственные препараты, например некоторые безрецептурные препараты и некоторые витамины, могут покрываться программой Medi-Cal Rx. Дополнительную информацию можно получить на веб-сайте Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov). Вы также можете позвонить в службу поддержки клиентов Medi-Cal Rx по номеру 800-977-2273. Для получения рецептурных препаратов через Medi-Cal Rx необходимо иметь при себе карту получателя льгот (Benefits Identification Card, BIC).

- Программа Molina Medicare Complete Care Plus покрывает все необходимые по медицинским показаниям лекарственные препараты из списка лекарств, если:



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

- ваш врач или другое лицо, выписавшее вам рецепт, считает, что эти препараты нужны вам для улучшения самочувствия или поддержания здоровья,
 - представители программы Molina Medicare Complete Care Plus согласны с тем, что препарат необходим вам по медицинским показаниям, и
 - вы обращаетесь с рецептом в сетевую аптеку Molina Medicare Complete Care Plus.
- В некоторых случаях перед получением лекарственного препарата необходимо выполнить определенные действия. Дополнительная информация приведена в ответе на вопрос В4.

Вы также можете ознакомиться с актуальной версией списка покрываемых лекарственных препаратов на нашем веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare либо позвонив в Отдел обслуживания участников программы страхования по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени.

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

Да. При этом при внесении изменений представители плана Molina Medicare Complete Care Plus должны соблюдать правила программ Medicare и Medi-Cal. Мы можем добавлять лекарства в список или убирать их оттуда в течение года.

Кроме того, мы можем менять правила, применяемые к лекарственным препаратам. Например, мы можем:

- Изменить свое решение о необходимости/отсутствии необходимости в предварительном разрешении страхового покрытия лекарственного препарата. Под предварительным разрешением мы имеем в виду одобрение, полученное от представителя программы Molina Medicare Complete Care Plus, прежде чем вы сможете получить лекарственный препарат.
- Добавить или изменить ограничение на доступное количество препарата (так называемые ограничения по количеству).
- Добавить или изменить ограничение в отношении ступенчатой терапии для лекарственного препарата. Под ступенчатой терапией мы имеем в виду необходимость использовать одно лекарство, прежде чем мы одобрим покрытие другого лекарства.

Дополнительные сведения об этих правилах в отношении лекарственных препаратов см. в ответе на вопрос В4.

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

- в продажу поступает новый более дешевый лекарственный препарат, действие которого идентично текущему препарату из *списка лекарств*, или
- нам становится известно о небезопасности лекарственного препарата, или
- лекарственный препарат снимается с продажи.

В ответах на вопросы В3 и В6 ниже приведены дополнительные сведения о том, что происходит в случае внесения изменений в *список лекарств*.

- С актуальной версией *списка лекарств*, покрываемых Molina Medicare Complete Care Plus, всегда можно ознакомиться онлайн на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare. Обновления *списка лекарств* публикуют на веб-сайте ежемесячно.
- Также можно позвонить в отдел обслуживания клиентов по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу, с 8.00 до 20.00 по местному времени, чтобы ознакомиться с актуальным *списком лекарств*.

В3. Что происходит, когда в *список лекарств* вносят изменения?

Некоторые изменения *списка лекарств* вступают в силу **немедленно**. Например:

- **Замена некоторых новых версий лекарств.** Мы можем немедленно исключить лекарство из *списка лекарств*, если заменим его некоторыми новыми версиями этого лекарства, но ваши расходы на новое лекарство останутся \$0. При добавлении в список нового лекарственного препарата мы также можем решить оставить в списке патентованный препарат или оригинальный биологический препарат, но при этом изменить правила его страхового покрытия или ограничения по покрытию.
 - Мы не обязаны сообщать вам об изменении заранее, но будем отправлять вам информацию о каждом конкретном уже внесенном изменении.
 - Мы можем вносить такие изменения, только если добавляемый нами препарат:
 - представляет собой новую непатентованную версию фирменного препарата, или
 - это определенная новая биоаналогичная версия оригинальных биологических препаратов, включенных в *Список лекарств* (например,



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

добавление взаимозаменяемого биоаналога, который можно заменить оригинальным биологическим препаратом без необходимости выписывать новый рецепт).

- Некоторые из этих типов препаратов могут быть вам незнакомы. Для получения дополнительной информации ознакомьтесь с разделом B14.
- Вы или ваш поставщик медицинских услуг можете отправить запрос на исключение из правил покрытия в связи с этими изменениями. Мы отправим вам уведомление, где будут описаны действия, с помощью которых можно отправить запрос на исключение. Дополнительные сведения об исключениях из правил покрытия см. в ответах на вопросы B10-B12.
- **Лекарственный препарат снимается с продажи.** Если Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration, FDA) сообщает о небезопасности или неэффективности принимаемого вами лекарства либо производитель лекарственного препарата снимает его с продажи, мы немедленно уберем этот препарат из *списка лекарств*. Если вы принимаете препарат, мы пришлем вам соответствующее уведомление после внесения изменений. Проконсультируйтесь со своим врачом или другим лицом, выписавшим вам рецепт, чтобы подобрать безопасный для вас аналог.

Мы можем вносить другие изменения, которые влияют на принимаемые вами лекарственные препараты. Мы заранее сообщим вам о других таких изменениях списка лекарств. Такие изменения могут произойти, если:

- Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA) публикует новые указания либо появляются новые клинические рекомендации в отношении лекарственного препарата;
- Мы исключаем патентованный препарат из *списка лекарств* при добавлении непатентованного препарата, не нового на рынке,
- или мы удаляем оригинальный биологический препарат при добавлении биоаналога, или
- мы меняем правила страхового покрытия либо ограничения на покрытие патентованного лекарственного препарата.

В случае таких изменений мы:

- сообщим вам не менее чем за 30 дней до внесения изменения в *список лекарств или*
- сообщим вам об изменении и предоставим 31-дневный запас лекарственного препарата после того, как вы повторно обратитесь за ним.

Таким образом, у вас будет достаточно времени, чтобы обратиться к врачу или другому лицу, выписавшему вам рецепт. Они помогут вам решить:

- можете ли вы принимать вместо этого препарат-аналог из *списка лекарств*, или
- требуется ли вам отправить запрос на исключение из правил покрытия в связи с этими изменениями. Чтобы узнать больше об исключениях из правил покрытия, см. ответы на вопросы B10-B12.

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

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

- **Предварительное разрешение.** Прежде чем вы сможете получить некоторые лекарства по своему рецепту, вы, ваш врач или другое лицо, выписавшее вам рецепт, должны получить разрешение от представителя программы Molina Medicare Complete Care Plus. Предварительное разрешение отличается от направления. Без предварительного разрешения Molina Medicare Complete Care Plus может не покрыть лекарственный препарат.
- **Ограничения по количеству.** Иногда в рамках программы Molina Medicare Complete Care Plus количество доступного вам лекарственного препарата может быть ограничено.
- **Ступенчатая терапия.** Иногда в рамках программы Molina Medicare Complete Care Plus требуется проведение ступенчатой терапии. Это означает, что вам необходимо проверять эффективность лекарственных препаратов при вашем заболевании в определенном порядке. Возможно, вам придется использовать одно лекарство, прежде чем мы одобрим покрытие другого. Если назначившее вам препарат лицо решит, что первое лекарство вам не помогает, тогда мы покроем стоимость второго препарата.

Чтобы узнать, имеются ли для вашего лекарственного препарата дополнительные требования или ограничения, см. таблицы в разделе C1. Вы также можете получить дополнительную информацию на нашем веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare. Мы опубликовали онлайн-версии документов, в которых приведено объяснение действующих для нашего списка лекарств ограничений касательно предварительного разрешения и ступенчатой терапии. Вы также можете попросить нас прислать вам копию этой документации.



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Вы можете отправить запрос на исключение из правил покрытия в связи с этими ограничениями. Таким образом, у вас будет достаточно времени, чтобы обратиться к врачу или другому лицу, выписавшему вам рецепт. Вам помогут решить, можете ли вы принимать вместо этого препарат-аналог из *списка лекарств*, или вам требуется отправить запрос на исключение из правил покрытия. Дополнительная информация об исключениях из правил покрытия приведена в ответах на вопросы B10–B12.

B5. Каким образом можно узнать, существуют ли для требуемого лекарственного препарата ограничения или действия, которые необходимо выполнить, чтобы получить препарат?

В таблице «Список лекарственных препаратов по заболеванию» есть столбец под названием «Необходимые действия, ограничения или условия использования».

B6. Что происходит, если в программе Molina Medicare Complete Care Plus меняются правила в отношении определенных лекарственных препаратов (например, о необходимости предварительного разрешения, ограничения по количеству и [или] ограничения касательно ступенчатой терапии)?

В некоторых случаях мы заранее сообщим вам о добавлении или изменении правил страхового покрытия лекарственного препарата в части предварительного разрешения, ограничений по количеству и (или) ступенчатой терапии. Дополнительная информация об этом предварительном уведомлении и о ситуациях, когда мы не можем заранее сообщить вам об изменении наших правил страхового покрытия препаратов, представленных в *списке лекарств*, приведена в ответе на вопрос B3.

B7. Каким образом в *списке лекарств* можно найти тот или иной лекарственный препарат?

Существует два способа поиска лекарственного препарата:

- по названию в алфавитном порядке, **либо**
- по заболеванию.

Для поиска названия лекарства **по алфавиту** перейдите в раздел «Алфавитный указатель покрываемых лекарственных препаратов». С ним можно ознакомиться в разделе D.

Для поиска **по заболеванию** откройте раздел под заголовком «Список лекарственных препаратов по заболеванию». В этом разделе лекарственные препараты разбиты на категории в зависимости от типа заболеваний, для лечения которых они применяются. Например, при заболевании сердца см. «Сердечно-сосудистые препараты». Здесь вы найдете лекарственные препараты, используемые для лечения сердечных заболеваний.

B8. Что делать, если требуемый лекарственный препарат не представлен в *списке лекарств*?

Если вы не находите свой лекарственный препарат в *списке лекарств*, позвоните в Отдел обслуживания участников программы страхования по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с

1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени, чтобы задать соответствующий вопрос. Если вам сообщат, что Molina Medicare Complete Care Plus не будет покрывать стоимость этого лекарственного препарата, вы можете предпринять одно из следующих действий:

- попросите у представителя Отдела обслуживания участников программы страхования список лекарственных препаратов, аналогичных тому, который вам необходим; затем покажите этот список своему врачу или другому лицу, выписавшему вам рецепт, вам могут дать рецепт на препарат-аналог, представленный в списке лекарств, **или**
- вы можете подать в страховую программу Molina Medicare Complete Care Plus запрос на исключение из правил покрытия вашего лекарственного препарата. Дополнительная информация об исключениях из правил покрытия приведена в ответах на вопросы B10–B12.

B9. Что делать, если я новый участник программы страхования Molina Medicare Complete Care Plus и не могу найти свой лекарственный препарат в *списке лекарств* или сталкиваюсь с проблемами при получении своего препарата?

Мы готовы вам помочь. Мы можем покрыть временный 31-дневный запас вашего лекарственного препарата в течение первых 90 дней после вашего вступления в программу страхования Molina Medicare Complete Care Plus. Таким образом, у вас будет достаточно времени, чтобы обратиться к врачу или другому лицу, выписавшему вам рецепт. Вам помогут решить, можете ли вы принимать вместо этого препарат-аналог из *списка лекарств*, или вам требуется отправить запрос на исключение из правил покрытия.

Если вам выписали рецепт на меньшее количество дней, мы позволим приобрести препарат несколько раз для того, чтобы максимальный запас лекарства составлял 31 день.

Мы покроем 31-дневный запас вашего лекарственного препарата, если:

- вы принимаете лекарственный препарат, не представленный в нашем *списке лекарств*, **или**
- правила плана страхования не позволяют вам получить лекарственный препарат в объеме, указанном врачом, выписавшим вам рецепт, **или**
- для покрытия препарата требуется предварительное разрешение представителя программы Molina Medicare Complete Care Plus, **или**



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

- вы принимаете лекарственный препарат, для которого действуют ограничения в отношении ступенчатой терапии.

Если вы принимаете лекарственный препарат, который по плану Molina Medicare Complete Care Plus не считается лекарством части D, и оно не входит в *список лекарств*, и у вас возникли проблемы с его получением, оно может быть покрыто через план Medi-Cal Rx. Если препарат, исключенный из Части D, требует предварительного разрешения, а вы находитесь в экстренной ситуации, планом Medi-Cal Rx может быть одобрена его поставка, он не менее чем за 72 часа. Дополнительную информацию можно узнать на веб-сайте Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov). Вы также можете позвонить в службу поддержки клиентов Medi-Cal Rx по номеру 800-977-2273. Для получения рецептурных препаратов через Medi-Cal Rx необходимо иметь при себе карту получателя покрываемых услуг BIC (Benefits Identification Card, BIC).

Если вы находитесь в центре сестринского ухода или другом учреждении долгосрочного ухода и нуждаетесь в лекарственном препарате, не представленном в списке лекарств, либо испытываете трудности с получением необходимого лекарства, мы готовы вам помочь. Если вы стали участником плана страхования более 90 дней назад, находитесь в учреждении долгосрочного ухода и нуждаетесь в запасе лекарства прямо сейчас:

- мы однократно покроем 31-дневный запас необходимого лекарственного препарата (если только вам не выписали рецепт на меньшее количество дней) независимо от того, являетесь ли вы новым участником программы страхования Molina Medicare Complete Care Plus;
- мы сделаем это в дополнение к временному запасу, положенному вам в первые 90 дней после вступления в программу страхования Molina Medicare Complete Care Plus.

В рамках программы Molina Medicare Complete Care Plus, в течение первых 90 дней после зачисления участника в программу страхования и начиная с даты вступления в силу страхового покрытия, в учреждениях долгосрочного ухода будет предоставляться не менее 31-дневного запаса лекарственных препаратов (за исключением случаев, когда рецепт выписан на срок меньше 31 дня, или когда рецептурный препарат отпускается на меньшую сумму, чем указано в рецепте, или когда действуют ограничения по количеству в целях безопасности, или изменены принципы применения лекарств на основании утвержденной этикетки продуктов — в таких случаях поаном Molina Medicare Complete Care Plus допускается получение препарата несколько раз с тем, чтобы максимальный запас лекарства составлял 31 день).

В10. Можно ли подать запрос на исключение, чтобы покрыть определенный лекарственный препарат?

Да. Вы можете попросить представителя программы Molina Medicare Complete Care Plus сделать для вас исключение и обеспечить страховое покрытие препарата, не представленного в списке лекарств.

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

- Например, в программе Molina Medicare Complete Care Plus может быть предусмотрено ограничение количества лекарственного препарата, стоимость которого будет покрыта. Если для вашего лекарства предусмотрено ограничение, вы можете попросить нас изменить это ограничение и увеличить покрываемое количество препарата.
- Другие примеры. Вы можете попросить нас отменить ограничения в отношении ступенчатой терапии или обязательного предварительного разрешения.

B11. Как можно подать запрос на исключение из правил покрытия?

Подайте запрос на исключение из правил покрытия, позвонив в Отдел обслуживания участников программы страхования. Представитель отдела обслуживания участников программы страхования поможет вам и выписывающему вам рецепты лицу запросить исключение. Дополнительные сведения об исключениях из правил покрытия см. также в главе 9 **Справочника участника**, раздел G2.

B12. Сколько времени занимает процедура предоставления исключения?

После получения заключения, подтверждающего ваш запрос на исключение, от лица, выписавшего вам рецепт, мы сообщим вам свое решение в течение 72 часов. Ваш врач или другое лицо, выписавшее вам рецепт, может отправить нам это подтверждение запроса по факсу ((866) 290-1309) или по почте. Они также могут сообщить нам об этом по телефону, а затем отправить подтверждение запроса по факсу или по почте.

Отправьте подтверждение рецепта на:

Molina Healthcare
Attn: Pharmacy Department
7050 S Union Park Center, Suite 600
Midvale, Utah 84107

Если вы или другое лицо, выписавшее вам рецепт, считаете, что ожидание решения в течение 72 часов может навредить вашему здоровью, вы можете подать запрос на ускоренное принятие решения об исключении. В таком случае решение будет принято быстрее. Если лицо, выписавшее вам рецепт, подтверждает ваш запрос, мы сообщим вам свое решение в течение 24 часов после получения подтверждающего заключения от выписавшего рецепт лица.

B13. Что такое непатентованные лекарственные препараты?

Непатентованные лекарственные препараты имеют такие же активные ингредиенты, что и патентованные лекарства. Они обычно стоят дешевле, чем патентованные препараты, и, как правило, работают так же хорошо. Как правило, у них нет известных названий. Непатентованные лекарственные препараты одобрены Управлением по санитарному надзору



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA). Для многих патентованных лекарственных препаратов существуют непатентованные аналоги. Обычно непатентованные препараты можно получить в аптеке без нового рецепта (в зависимости от законодательства штата).

Программа Molina Medicare Complete Care Plus покрывает как патентованные, так и непатентованные лекарственные препараты.

В14. Что такое оригинальные биологические препараты и как они связаны с биоаналогами?

Когда мы говорим о препаратах, это может означать как лекарство, так и биологический продукт. Биологические продукты — это препараты, которые имеют более сложный состав, чем обычные лекарства. Поскольку биологические продукты сложнее обычных лекарств, вместо непатентованной формы у них есть формы, которые называются биоаналогами. Как правило, биоаналоги работают так же хорошо, как и оригинальный биологический препарат, но могут стоить дешевле. Для некоторых оригинальных биологических препаратов существуют биоаналогичные альтернативы. Некоторые биоаналоги считаются взаимозаменяемыми биоаналогами и, в зависимости от законодательства штата, могут быть заменены оригинальным биологическим препаратом в аптеке без необходимости получения нового рецепта, так же как непатентованные лекарства могут быть заменены патентованными препаратами.

Более подробную информацию о видах лекарств см. в **главе 5 Справочника участника**.

В15. Покрывает ли программа Molina Medicare Complete Care Plus безрецептурные товары, не относящиеся к лекарственным средствам?

Molina Medicare Complete Care Plus покрывает ряд безрецептурных товаров, не относящихся к лекарственным средствам, при наличии рецепта от вашего поставщика медицинских услуг.

Перечень покрываемых безрецептурных товаров, не относящихся к лекарственным средствам, приведен в списке лекарств Molina Medicare Complete Care Plus.

В16. Покрывает ли программа Molina Medicare Complete Care Plus долгосрочное обеспечение рецептурными лекарственными препаратами?

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

В17. Могут ли мне доставлять рецептурные препараты на дом из местной аптеки?

Местная аптека может доставить вам рецептурный препарат на дом. Чтобы узнать о возможности доставки лекарств на дом, следует позвонить в аптеку.

B18. Каков размер моей доплаты?

Участники плана Molina Medicare Complete Care Plus имеют право на получение рецептурных и безрецептурных лекарственных и нелекарственных препаратов, если участник плана следует его правилам. Дополнительная информация о покрытии безрецептурных препаратов и нелекарственных средств приведена в ответах на вопросы B15 и B16.

Лекарственные препараты в нашем *списке лекарств* разбиты на несколько уровней.

- Доплата за непатентованные препараты 1 уровня составляет \$0.
- Доплата за патентованные препараты 1 уровня составляет \$0.

За препараты любого уровня ничего доплачивать не нужно.

Доплата за рецептурные лекарственные препараты составляет \$0.

По всем вопросам звоните в отдел обслуживания клиентов по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени.

C. Обзор Списка покрываемых лекарственных препаратов

В списке покрываемых лекарственных препаратов приведена информация о лекарствах, покрываемых Molina Medicare Complete Care Plus. Если вам не удастся найти свой лекарственный препарат в списке, воспользуйтесь алфавитным указателем покрываемых лекарственных препаратов, который начинается с раздела D. В этом указателе в алфавитном порядке перечислены все лекарственные препараты, покрываемые в рамках программы Molina Medicare Complete Care Plus.

Другие лекарственные препараты, например некоторые безрецептурные препараты и некоторые витамины, могут покрываться программой Medi-Cal Rx. Дополнительную информацию можно получить на веб-сайте Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov). Вы также можете позвонить в службу поддержки клиентов Medi-Cal Rx по номеру 800-977-2273. Для получения рецептурных препаратов через Medi-Cal Rx необходимо иметь при себе карту получателя льгот (Benefits Identification Card, BIC).

Апелляции по части D



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

- Апелляция — это официальный способ обращения к нам с запросом о пересмотре принятого нами решения о страховом покрытии и изменении его, если вы считаете, что оно было ошибочным.
- Например, мы можем решить, что запрашиваемый вами лекарственный препарат не покрывается или больше не покрывается в рамках Medicare или Medi-Cal.
- Если вы или выписывающее вам рецепт лицо несогласны с нашим решением, вы можете подать апелляцию. Если у вас возник какой-либо вопрос, позвоните в отдел обслуживания участников программы страхования по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени.
- Дополнительные сведения о процедуре апелляции решения см. также в **главе 9 Справочника участника**.
- Для лекарственных препаратов, не указанных в Части D, действуют другие правила подачи апелляций.

C1. Список лекарственных препаратов по заболеванию

В этом разделе лекарственные препараты разбиты на категории в зависимости от типа заболеваний, для лечения которых они применяются. Например, при заболевании сердца см. категорию «Сердечно-сосудистые препараты». Здесь вы найдете лекарственные препараты, используемые для лечения сердечных заболеваний.

Ниже приведены расшифровки обозначений, используемых в столбце «Необходимые действия, ограничения или условия использования»:

PA (Prior Authorization) — предварительное подтверждение (разрешение): вы сможете получить этот лекарственный препарат только при наличии разрешения.

QL (Quantity Limits) — ограничения по количеству: количество лекарственного препарата, которое будет покрыто планом страхования.

ST (Step Therapy) — критерии ступенчатой терапии: вам необходимо использовать другое лекарство, прежде чем мы покроем этот лекарственный препарат.

NM (Non-Mail) — не подходит для заказа по почте: этот лекарственный препарат невозможно заказать по почте.

B/D — этот лекарственный препарат может покрываться в рамках Medicare Часть В или D в зависимости от обстоятельств.

LA (Limited Access) — ограниченный доступ: этот лекарственный препарат можно будет приобрести только в определенных аптеках.

(_) — лекарственные препараты, не относящиеся к Части D, либо безрецептурные товары, покрываемые в рамках Medicaid.

NDS (Non-Extended Days Supply) — ограниченный период выдачи: этот лекарственный препарат может быть получен только на определенное количество дней вперед.

Название лекарственного препарата указано в первом столбце таблицы. Названия непатентованных препаратов указаны строчными буквами и выделены курсивом (например, *metformin hcl*), названия торговых марок написаны заглавными буквами (например, JANUVIA TABS). Информация в столбце «Необходимые действия, ограничения или условия использования» дает представление о наличии каких-либо правил покрытия того или иного лекарственного препарата, действующих в Molina Medicare Complete Care Plus.



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте 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

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

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



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg</i>	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>tramadol hcl TABS 50mg</i>	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	1	QL (240 tabs / 30 days)
ANTI-INFECTIVES		
ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS		
<i>albendazole TABS 200mg</i>	1	NDS, QL (672 tabs / year), PA
<i>amikacin sulfate SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	1	
ARIKAYCE SUSP 590mg/8.4ml	1	NDS, NM, PA
<i>atovaquone SUSP 750mg/5ml</i>	1	QL (300 mL / 30 days), PA
<i>aztreonam SOLR 1gm, 2gm</i>	1	
CAYSTON SOLR 75mg	1	NDS, NM, PA
<i>clindamycin hcl CAPS 75mg, 150mg, 300mg</i>	1	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride SOLR 75mg/5ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate SOLN 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	1	
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	1	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	1	
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	1	
<i>colistimethate sodium SOLR 150mg</i>	1	
<i>dapsone TABS 25mg, 100mg</i>	1	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	1	NDS
<i>daptomycin SOLR 350mg, 500mg</i>	1	NDS
EMVERM CHEW 100mg	1	NDS, QL (12 tabs / year)
<i>ertapenem sodium SOLR 1gm</i>	1	
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin sulfate SOLN 10mg/ml, 40mg/ml</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i>	1	
IMPAVIDO CAPS 50mg	1	NDS, PA

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>ivermectin</i> TABS 3mg	1	QL (12 tabs / 90 days), PA
<i>ivermectin</i> TABS 6mg	1	QL (10 tabs / 90 days), PA
<i>linezolid</i> SOLN 600mg/300ml	1	
<i>linezolid</i> SUSR 100mg/5ml	1	NDS, QL (1800 mL / 30 days)
<i>linezolid</i> TABS 600mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
LINEZOLID INJ 2MG/ML	1	
<i>meropenem</i> SOLR 1gm, 2gm, 500mg	1	
<i>methenamine hippurate</i> TABS 1gm	1	
<i>metronidazole</i> SOLN 500mg/100ml; TABS 250mg, 500mg	1	
<i>neomycin sulfate</i> TABS 500mg	1	
<i>nitazoxanide</i> TABS 500mg	1	NDS, QL (6 tabs / 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> CAPS 50mg, 100mg	1	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> CAPS 100mg	1	
<i>pentamidine isethionate inh</i> SOLR 300mg	1	B/D
<i>pentamidine isethionate inj</i> SOLR 300mg	1	
<i>polymyxin b sulfate</i> SOLR 500000unit	1	
<i>praziquantel</i> TABS 600mg	1	
<i>pyrimethamine</i> TABS 25mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	1	NDS
<i>sulfadiazine</i> TABS 500mg	1	NDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg</i>	1	
<i>tinidazole</i> TABS 250mg, 500mg	1	
TOBI PODHALER CAPS 28mg	1	NDS, NM, PA
<i>tobramycin</i> NEBU 300mg/5ml	1	NDS, NM, PA
<i>tobramycin sulfate</i> SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	1	
<i>trimethoprim</i> TABS 100mg	1	



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 125mg	1	QL (80 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 250mg	1	QL (160 caps / 180 days)
<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>caspofungin 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>micafungin 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	

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
APTIVUS CAPS 250mg	1	NDS, NM
<i>atazanavir sulfate</i> CAPS 150mg, 200mg, 300mg	1	NM
<i>darunavir</i> TABS 600mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>darunavir</i> TABS 800mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
EDURANT TABS 25mg	1	NDS, NM
EDURANT PED TBSO 2.5mg	1	NDS, NM
<i>efavirenz</i> TABS 600mg	1	NM
<i>emtricitabine</i> CAPS 200mg	1	NM
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	1	NM
<i>etravirine</i> TABS 100mg, 200mg	1	NDS, NM
<i>fosamprenavir calcium</i> 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
<i>lamivudine</i> SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	1	NM
<i>maraviroc</i> TABS 150mg, 300mg	1	NDS, NM
<i>nevirapine</i> 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
<i>ritonavir</i> TABS 100mg	1	NM



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
RUKOBIA TB12 600mg	1	NDS, NM
SELZENTRY SOLN 20mg/ml	1	NDS, NM
SUNLENCA TABS 300mg; TBPk 300mg	1	NDS, NM
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> TABS 300mg	1	NM
TIVICAY TABS 10mg	1	NM
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
<i>zidovudine</i> CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml; TABS 300mg	1	NM
ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS		
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	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
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	1	NDS, NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	1	NDS, NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	1	NDS, NM
<i>emtricitabine-rilpivirine-tenofovir df tab 200-25-300 mg</i>	1	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	1	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	1	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	1	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	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
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	1	NM

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	1	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	1	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	1	NM
ODEFSEY TAB	1	NDS, NM
PREZCOBIX TAB 675/150	1	NDS, NM
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		
<i>cycloserine CAPS 250mg</i>	1	NDS
<i>ethambutol hcl TABS 100mg, 400mg</i>	1	
<i>isoniazid SYRP 50mg/5ml; TABS 100mg, 300mg</i>	1	
PRIFTIN TABS 150mg	1	
<i>pyrazinamide TABS 500mg</i>	1	
<i>rifabutin CAPS 150mg</i>	1	
<i>rifampin CAPS 150mg, 300mg; SOLR 600mg</i>	1	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	1	NDS, NM, PA
ANTIVIRALS		
<i>acyclovir CAPS 200mg; SUSP 200mg/5ml; TABS 400mg, 800mg</i>	1	
<i>acyclovir sodium SOLN 50mg/ml</i>	1	B/D
<i>adefovir dipivoxil TABS 10mg</i>	1	NM
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	1	NDS, NM, ST
<i>entecavir TABS .5mg, 1mg</i>	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
<i>famciclovir TABS 125mg, 250mg, 500mg</i>	1	
<i>ganciclovir sodium SOLR 500mg</i>	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



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>lamivudine (hbv)</i> 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
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 30mg	1	QL (168 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 45mg, 75mg	1	QL (84 caps / year)
<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	

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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	
<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	



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	1	
PENICILLINS		
<i>amoxicillin CAPS 250mg, 500mg; CHEW 125mg, 250mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	1	
<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	

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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	
<i>doxycycline (monohydrate) CAPS 50mg, 100mg; SUSR 25mg/5ml; TABS 50mg, 75mg, 100mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate CAPS 50mg, 100mg; SOLR 100mg; TABS 20mg, 100mg</i>	1	
<i>minocycline hcl CAPS 50mg, 75mg, 100mg</i>	1	
NUZYRA SOLR 100mg	1	NDS, NM
NUZYRA TABS 150mg	1	NDS, QL (30 tabs / 14 days), NM
<i>tetracycline hcl CAPS 250mg, 500mg</i>	1	
<i>tigecycline SOLR 50mg</i>	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 SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml</i>	1	B/D
<i>cisplatin SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml</i>	1	B/D
<i>cyclophosphamide CAPS 25mg, 50mg; SOLR 1gm, 500mg</i>	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 SOLR 2gm</i>	1	NDS, B/D



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
oxaliplatin SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml; SOLR 50mg	1	B/D
oxaliplatin SOLR 100mg	1	NDS, B/D
VIVIMUSTA SOLN 100mg/4ml	1	NDS, B/D, NM
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

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
AKEEGA TAB 100/500	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>anastrozole</i> TABS 1mg	1	
<i>bicalutamide</i> 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
<i>exemestane</i> TABS 25mg	1	
FIRMAGON SOLR 80mg	1	NM, PA
FIRMAGON SOLR 120mg/vial	1	NDS, NM, PA
<i>fulvestrant</i> SOSY 250mg/5ml	1	NDS, B/D
<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



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
<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 100mg</i>	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

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
<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

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
SCSEMBLIX TABS 20mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
SCSEMBLIX TABS 40mg	1	NDS, QL (300 tabs / 30 days), NM, PA
SCSEMBLIX 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
<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
TAGRISO 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



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ZYKADIA TABS 150mg	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
PROTECTIVE AGENTS		
<i>leucovorin calcium</i> SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	1	B/D
<i>leucovorin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 25mg	1	
<i>mesna</i> TABS 400mg	1	NDS
MESNEX TABS 400mg	1	NDS
CARDIOVASCULAR		
ACE INHIBITOR COMBINATIONS		
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	1	
<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</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>captopril</i> TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>enalapril maleate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	
<i>fosinopril sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>lisinopril</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	
<i>moexipril hcl</i> TABS 7.5mg, 15mg	1	
<i>perindopril erbumine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg	1	
<i>quinapril hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>ramipril</i> CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>trandolapril</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg	1	
ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>eplerenone</i> TABS 25mg, 50mg	1	
KERENDIA TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>spironolactone</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
ALPHA BLOCKERS		
<i>doxazosin mesylate</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	1	
<i>prazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg	1	
<i>terazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab</i> 5-20 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab</i> 5-40 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab</i> 10-20 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab</i> 10-40 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> 5-160 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> 5-320 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> 10-160 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> 10-320 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab</i> 16-12.5 mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab</i> 32-12.5 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab</i> 32-25 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
ENTRESTO CAP 6-6MG	1	QL (240 caps / 30 days)



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

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

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>olmesartan medoxomil</i> TABS 20mg, 40mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan</i> TABS 40mg, 80mg, 160mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>valsartan</i> TABS 320mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
ANTIARRHYTHMICS		
<i>amiodarone hcl</i> SOLN 50mg/ml, 150mg/3ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 200mg, 400mg	1	
<i>disopyramide phosphate</i> CAPS 100mg, 150mg	1	
<i>dofetilide</i> CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg	1	NM
<i>flecainide acetate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	
MULTAQ TABS 400mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pacerone</i> TABS 100mg, 200mg, 400mg	1	
<i>propafenone hcl</i> CP12 225mg, 325mg, 425mg; TABS 150mg, 225mg, 300mg	1	
<i>quinidine sulfate</i> TABS 200mg, 300mg	1	
<i>sotalol hcl</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	1	
<i>sotalol hcl (afib/afl)</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg	1	
ANTILIPEMICS, FIBRATES		
<i>fenofibrate</i> TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg	1	
<i>fenofibrate micronized</i> CAPS 67mg, 134mg, 200mg	1	
<i>gemfibrozil</i> TABS 600mg	1	
ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS		
<i>atorvastatin calcium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lovastatin</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pravastatin sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>rosuvastatin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>simvastatin</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS		
<i>cholestyramine</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	1	
<i>cholestyramine light</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	1	
<i>colesevelam hcl</i> PACK 3.75gm; TABS 625mg	1	



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>colestipol hcl</i> GRAN 5gm; PACK 5gm; TABS 1gm	1	
<i>ezetimibe</i> TABS 10mg	1	
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	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)
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> TBCR 500mg, 750mg, 1000mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	1	PA
<i>prevalite</i> 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		
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	1	
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	1	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	1	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	1	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	1	
BETA-BLOCKERS		
<i>acebutolol hcl</i> CAPS 200mg, 400mg	1	
<i>atenolol</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>betaxolol hcl</i> TABS 10mg, 20mg	1	
<i>bisoprolol fumarate</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<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	

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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	
<i>furosemide</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/5ml; TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	
<i>furosemide inj</i> SOLN 10mg/ml	1	



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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> PTWK .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>metyrosine</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
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	

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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)



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>lorazepam</i> SOLN 4mg/ml, 20mg/10ml	1	
<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)
<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	

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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)



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TRINTELLIX TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<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)
<i>ropinirole hydrochloride</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	1	
<i>selegiline hcl</i> CAPS 5mg; TABS 5mg	1	

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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)
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
<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	1	
<i>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>haloperidol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	
<i>haloperidol decanoate</i> SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	1	
<i>haloperidol lactate</i> 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)
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	1	
<i>lurasidone hcl</i> TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lurasidone hcl</i> 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)
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	1	
NUPLAZID CAPS 34mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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)



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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)
<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)
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg	1	QL (180 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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	



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

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>phenytek</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)



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
<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

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<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)



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>eszopiclone</i> TABS 1mg, 2mg, 3mg	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</i> CAPS 20mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>temazepam</i> CAPS 7.5mg, 30mg	1	QL (30 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>temazepam</i> CAPS 15mg	1	QL (60 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>zaleplon</i> 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
<i>zaleplon</i> 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
<i>zolpidem tartrate</i> 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
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	1	NDS
<i>dihydroergotamine mesylate</i> 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
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	1	QL (40 tabs / 28 days), PA
<i>naratriptan hcl</i> 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

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg	1	QL (18 tabs / 30 days)
<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



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
<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

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>tizanidine hcl</i> TABS 2mg, 4mg	1	
<i>NARCOLEPSY/CATAPLEXY</i>		
<i>armodafinil</i> TABS 50mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<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
<i>PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC</i>		
<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



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

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

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>metformin hcl</i> TB24 500mg	1	QL (120 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
<i>metformin hcl</i> TB24 750mg	1	QL (60 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
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)



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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)

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

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

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>blisovi 24 fe</i>	1	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	1	
<i>briellyn</i>	1	
<i>camila TABS .35mg</i>	1	
<i>camrese</i>	1	
<i>camrese lo</i>	1	
<i>chateal eq</i>	1	
<i>cryselle-28</i>	1	
<i>cyred eq</i>	1	
<i>dasetta 1/35</i>	1	
<i>dasetta 7/7/7</i>	1	
<i>daysee</i>	1	
<i>deblitane TABS .35mg</i>	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 TABS .35mg</i>	1	
<i>enilloring</i>	1	
<i>enpresse-28</i>	1	
<i>enskyce</i>	1	
<i>errin TABS .35mg</i>	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	



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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 TABS .35mg</i>	1	
<i>iclevia</i>	1	
<i>incassia TABS .35mg</i>	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	
<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	

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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	
<i>loryna</i>	1	
<i>low-ogestrel</i>	1	
<i>luizza 1.5/30</i>	1	
<i>luizza 1/20</i>	1	
<i>luteru</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-linyah</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	



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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	
<i>ocella</i>	1	
<i>orquidea TABS .35mg</i>	1	
<i>philith</i>	1	
<i>pimtrea</i>	1	
<i>portia-28</i>	1	
<i>reclipsen</i>	1	
<i>rivelsa</i>	1	
<i>rosyrah</i>	1	
<i>setlakin</i>	1	
<i>sharobel TABS .35mg</i>	1	
<i>simliya</i>	1	
<i>simpesse</i>	1	
<i>sprintec 28</i>	1	
<i>sronyx</i>	1	
<i>syeda</i>	1	
<i>tarina 24 fe</i>	1	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	1	
<i>tilia fe</i>	1	
<i>tri-estarylla</i>	1	
<i>tri-legest fe</i>	1	
<i>tri-lynyah</i>	1	
<i>tri-lo-estarylla</i>	1	
<i>tri-lo-marzia</i>	1	
<i>tri-lo-mili</i>	1	
<i>tri-lo-sprintec</i>	1	
<i>tri-mili</i>	1	

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>tri-nymyo</i>	1	
<i>tri-sprintec</i>	1	
<i>tri-vylibra</i>	1	
<i>tri-vylibra lo</i>	1	
<i>turqoz</i>	1	
<i>tydemy</i>	1	
<i>valtya 1/50</i>	1	
<i>velivet</i>	1	
<i>vestura</i>	1	
<i>vienva</i>	1	
<i>viorele</i>	1	
<i>vyfemla</i>	1	
<i>vylibra</i>	1	
<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	



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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	
<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

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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 MINISQUICK PRSY .2mg	1	NM, PA
GENOTROPIN MINISQUICK 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
<i>javygtor</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	1	NDS, NM, PA
<i>lanreotide acetate</i> SOLN 120mg/0.5ml	1	NDS, NM, PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> 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
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i> TABS 300mg	1	NDS, NM, PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	1	NDS, NM, PA
<i>nitisinone</i> CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	NDS, NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	1	NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	1	NDS, NM, PA
<i>raloxifene hcl</i> TABS 60mg	1	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	1	NDS, NM, PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	1	NDS, NM, PA



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>sodium phenylbutyrate</i> 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
<i>zelvysia</i> PACK 100mg, 500mg	1	NDS, NM, PA
PROGESTINS		
<i>gallifrey</i> TABS 5mg	1	
<i>medroxyprogesterone acetate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>megestrol acetate</i> SUSP 40mg/ml	1	
<i>megestrol acetate (appetite)</i> SUSP 625mg/5ml	1	PA
<i>norethindrone acetate</i> TABS 5mg	1	
<i>progesterone</i> CAPS 100mg, 200mg	1	
THYROID AGENTS		
<i>levo-t</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
<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

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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	
<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	



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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	
<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</i> TABS 1mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>alosetron hcl</i> TABS .5mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
CREON CAP 3000UNIT	1	
CREON CAP 6000UNIT	1	
CREON CAP 12000UNT	1	
CREON CAP 24000UNT	1	
CREON CAP 36000UNT	1	
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> CONC 100mg/5ml	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)

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>loperamide hcl</i> CAPS 2mg	1	
<i>misoprostol</i> TABS 100mcg, 200mcg	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</i> TABS 1gm	1	
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg; TABS 250mg, 500mg	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	
ZENPEP CAP 40000UNIT	1	
ZENPEP CAP 60000UNIT	1	
PROTON PUMP INHIBITORS		
<i>esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg, 40mg	1	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>pantoprazole sodium</i> SOLR 40mg; TBEC 20mg, 40mg	1	
<i>rabeprazole sodium</i> TBEC 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
GENITOURINARY		
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA		
<i>alfuzosin hcl</i> TB24 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>dutasteride</i> CAPS .5mg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>finasteride</i> TABS 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tadalafil</i> TABS 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>tamsulosin hcl</i> CAPS .4mg	1	QL (60 caps / 30 days)



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
MISCELLANEOUS		
<i>acetic acid</i> SOLN .25%	1	
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	1	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	1	
URINARY ANTISPASMODICS		
<i>fesoterodine fumarate</i> 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)
<i>oxybutynin chloride</i> SOLN 5mg/5ml	1	QL (600 mL / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TABS 5mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 10mg, 15mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>solifenacin succinate</i> TABS 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tolterodine tartrate</i> CP24 2mg, 4mg	1	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>tolterodine tartrate</i> TABS 1mg, 2mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>trospium chloride</i> TABS 20mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
VAGINAL ANTI-INFECTIVES		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> CREA 2%	1	
<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	1	
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	1	
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	

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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
<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



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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
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

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS)</i>		
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> TABS 200mg	1	
JYLAMVO SOLN 2mg/ml	1	B/D
<i>leflunomide</i> TABS 10mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5mg	1	
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	1	B/D
<i>IMMUNOGLOBULINS</i>		
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
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
<i>IMMUNOMODULATORS</i>		
ACTIMMUNE SOLN 100mcg/0.5ml	1	NDS, NM, PA
ARCALYST SOLR 220mg	1	NDS, NM, PA



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
IMMUNOSUPPRESSANTS		
ASTAGRAF XL CP24 5mg	1	NDS, B/D, NM
ASTAGRAF XL CP24 .5mg, 1mg	1	B/D, NM
<i>azathioprine</i> 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
<i>cyclosporine</i> CAPS 25mg, 100mg	1	B/D, NM
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	1	B/D, NM
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	1	NDS, B/D, NM
<i>engraf</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	1	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> CAPS 250mg; TABS 500mg	1	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> SUSR 200mg/ml	1	NDS, B/D, NM
<i>mycophenolate sodium</i> 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
<i>sirolimus</i> SOLN 1mg/ml	1	NDS, B/D, NM
<i>sirolimus</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	B/D, NM
<i>tacrolimus</i> 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	
BOOSTRIX INJ	1	
DAPTACEL INJ	1	
DENG VAXIA SUS	1	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	1	B/D
ENGERIX-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	

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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	
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	



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS		
<i>ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE</i>		
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	
<i>magnesium sulfate SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%</i>	1	
<i>MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%</i>	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	

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
<i>ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL</i>		
<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	
<i>IV NUTRITION</i>		
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</i> SOLN 5%, 10%	1	
<i>dextrose</i> SOLN 50%, 70%	1	B/D



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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)
NATACYN SUSP 5%	1	
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	1	
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	1	
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	1	
<i>ofloxacin (ophth) SOLN .3%</i>	1	
<i>polycin ophth oint</i>	1	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%</i>	1	

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>tobramycin (ophth)</i> SOLN .3%	1	
<i>trifluridine</i> SOLN 1%	1	
XDEMY SOLN .25%	1	NDS, NM, PA
ZIRGAN GEL .15%	1	
ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>bromfenac sodium (ophth)</i> SOLN .07%, .075%	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i> SOLN .1%	1	
<i>diclofenac sodium (ophth)</i> SOLN .1%	1	
<i>difluprednate</i> EMUL .05%	1	
FLAREX SUSP .1%	1	
<i>fluorometholone (ophth)</i> SUSP .1%	1	
<i>flurbiprofen sodium</i> SOLN .03%	1	
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> SOLN .4%, .5%	1	
LOTEMAX OINT .5%	1	
<i>loteprednol etabonate</i> SUSP .2%	1	
<i>prednisolone acetate (ophth)</i> SUSP 1%	1	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	1	
ANTIALLERGICS		
<i>azelastine hcl (ophth)</i> SOLN .05%	1	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> SOLN 4%	1	
ZERVIAE SOLN .24%	1	
ANTI GLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> SOLN .5%	1	
BETOPTIC-S SUSP .25%	1	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .15%, .2%	1	
<i>brinzolamide</i> SUSP 1%	1	
<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	



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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 0.3-0.1%</i>	1	
<i>flac</i> OIL .01%	1	
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i> OIL .01%	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	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)
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)

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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</i> SOLN .02%	1	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal)</i> SOLN .03%, .06%	1	
ANTI-HISTAMINES		
<i>azelastine hcl</i> SOLN .1%	1	
<i>cetirizine hcl</i> SOLN 5mg/5ml	1	QL (300 mL / 30 days)
<i>cycloheptadine hcl</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg	1	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>diphenhydramine hcl</i> SOLN 50mg/ml	1	
<i>hydroxyzine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>hydroxyzine hcl</i> SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg	1	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS 25mg, 50mg	1	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> SOLN 2.5mg/5ml	1	QL (300 mL / 30 days)
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
BETA AGONISTS		
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proair HFA)
<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



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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
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

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ZEMAIRA SOLR 1000mg, 4000mg, 5000mg	1	NDS, NM, PA
NASAL STEROIDS		
<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025%	1	QL (3 bottles / 30 days)
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act	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)</i> SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	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)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act</i>	1	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i>	1	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

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

TOPICAL

DERMATOLOGY, ACNE

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

DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS

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

DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS

<i>ciclopirox SHAM 1%</i>	1	QL (120 mL / 30 days)
<i>ciclopirox olamine CREA .77%</i>	1	QL (90 gm / 30 days)
<i>ciclopirox olamine SUSP .77%</i>	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole (topical) CREA 1%</i>	1	QL (45 gm / 30 days)
<i>clotrimazole (topical) SOLN 1%</i>	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i>	1	QL (45 gm / 30 days)



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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)
<i>clobetasol propionate e</i> 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)

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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

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)



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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 acetonide (mouth)</i> PSTE .1%	1	
_PART B		
DIABETIC METERS AND TEST STRIPS		
DEXCOM G6 MIS RECEIVER	0	PA

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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	



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

Информацию о значении символов и сокращений в этой таблице можно найти в разделе C1.

D. Алфавитный указатель покрываемых лекарственных препаратов

В этом разделе можно найти препарат по его названию в алфавитном порядке. Это позволит узнать номер страницы, на которой приведена дополнительная информация о покрытии данного препарата.

<i>abacavir sulfate</i> 27	ADALIMUMAB-AACF (2	ALUNBRIG 37
<i>abacavir sulfate-</i>	SYRING 88	ALUNBRIG PAK 37
<i>lamivudine tab 600-</i>	ADALIMUMAB-AACF	ALVAIZ 87
<i>300 mg</i> 28	STARTER P 88	ALVESCO 102
<i>abigale</i> 79	<i>adefovir dipivoxil</i> 29	<i>alyacen 1/35</i> 74
<i>abigale lo</i> 79	ADEMPAS 53	<i>alyacen 7/7/7</i> 74
ABILIFY ASIMTUFII 57	ADMELOG 72	ALYFTREK TAB 10-50-
ABILIFY MAINTENA. 57	ADMELOG SOLOSTAR	125 100
<i>abiraterone acetate</i> 34	 72	ALYFTREK TAB 4-20-
<i>abirtega</i> 34	ADVAIR HFA AER	50 100
ABRYSVO 92	115/21 102	ALYGLO 91
<i>acamprosate calcium</i>	ADVAIR HFA AER	<i>alyq</i> 53
..... 69	230/21 102	<i>amantadine hcl</i> 56
<i>acarbose</i> 70	ADVAIR HFA AER	<i>ambrisentan</i> 53
<i>accutane</i> 103	45/21 102	<i>amethia</i> 74
<i>acebutolol hcl</i> 50	<i>afirmelle</i> 74	<i>amethyst</i> 74
<i>acetaminophen w/</i>	AIMOVIG 66	<i>amikacin sulfate</i> 24
<i>codeine soln 120-12</i>	AIRSUPRA AER 90-	<i>amiloride &</i>
<i>mg/5ml</i> 23	80MCG 102	<i>hydrochlorothiazide</i>
<i>acetaminophen w/</i>	AKEEGA TAB 100/500	<i>tab 5-50 mg</i> 51
<i>codeine tab 300-15</i>	 35	<i>amiloride hcl</i> 51
<i>mg</i> 23	AKEEGA TAB	<i>amiodarone hcl</i> 49
<i>acetaminophen w/</i>	50/500MG 34	<i>amitriptyline hcl</i> 54
<i>codeine tab 300-30</i>	<i>ala-cort</i> 104	<i>amlodipine besylate</i> 51
<i>mg</i> 23	<i>albendazole</i> 24	<i>amlodipine besylate-</i>
<i>acetaminophen w/</i>	<i>albuterol sulfate</i> 99,	<i>benazepril hcl cap</i>
<i>codeine tab 300-60</i>	100	<i>10-20 mg</i> 46
<i>mg</i> 23	<i>alclometasone</i>	<i>amlodipine besylate-</i>
<i>acetazolamide</i> 51	<i>dipropionate</i> 104	<i>benazepril hcl cap</i>
<i>acetic acid</i> 86	ALCOHOL SWABS: BD-	<i>10-40 mg</i> 46
<i>acetic acid (otic)</i> 98	EMBECTA/MHC/RUG	<i>amlodipine besylate-</i>
<i>acetylcysteine</i> 100	BY 72	<i>benazepril hcl cap</i>
<i>acitretin</i> 104	ALDURAZYME 80	<i>2.5-10 mg</i> 46
ACTHIB INJ 92	ALECENSA 37	<i>amlodipine besylate-</i>
ACTIMMUNE 91	<i>alendronate sodium</i> 73	<i>benazepril hcl cap 5-</i>
<i>acyclovir</i> 29	<i>alfuzosin hcl</i> 85	<i>10 mg</i> 46
<i>acyclovir sodium</i> 29	<i>aliskiren fumarate</i> .. 52	<i>amlodipine besylate-</i>
ADACEL INJ 92	<i>allopurinol</i> 22	<i>benazepril hcl cap 5-</i>
ADALIMUMAB-AACF (2	<i>alose tron hcl</i> 84	<i>20 mg</i> 46
PEN) 88	<i>alprazolam</i> 53	
	<i>altavera</i> 74	

<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5- 40 mg..... 46</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml... 32</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg 64</i>
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10- 20 mg..... 47</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml 32</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 10 mg 65</i>
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10- 40 mg..... 47</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250- 125 mg 32</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 12.5 mg 65</i>
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-20 mg 47</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500- 125 mg 32</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 15 mg 65</i>
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-40 mg 47</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875- 125 mg 32</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 20 mg 65</i>
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 10-160 mg 47</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg 32</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 30 mg 65</i>
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 10-320 mg 47</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg 64</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 5 mg 65</i>
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 5-160 mg 47</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg 64</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 7.5 mg 65</i>
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 5-320 mg 47</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg 64</i>	<i>amphotericin b 26</i>
<i>amnestem 103</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg 64</i>	<i>amphotericin b liposome 26</i>
<i>amoxapine 54</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg 65</i>	<i>ampicillin 32</i>
<i>amoxicillin..... 32</i>		<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm 32</i>
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml 32</i>		<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2- 1) gm 32</i>
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml 32</i>		<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm.... 32</i>
		<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm 32</i>



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i> 32	<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i> 26	BASAGLAR KWIKPEN 72
<i>ampicillin sodium</i> ... 32	ATROPINE SULFATE 98	BCG VACCINE..... 92
<i>anagrelide hcl</i> 87	<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> 98	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> ... 46
<i>anastrozole</i> 35	ATROVENT HFA..... 99	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> ... 46
ANORO ELLIPT AER 62.5-25 98	<i>aubra eq</i> 74	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> 46
<i>aprepitant</i> 82	AUGTYRO..... 37	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i> 46
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i> 82	<i>aurovela 1/20</i> 74	<i>benazepril hcl</i> 46
<i>apri</i> 74	<i>aurovela 24 fe</i> 74	BENDAMUSTINE HYDROCHLORID . 33
APTIOM 60	<i>aurovela fe 1.5/30</i> . 74	BENDEKA..... 33
APTIVUS 27	<i>aurovela fe 1/20</i> 74	BENLYSTA..... 92
ARALAST NP..... 100	AUSTEDO..... 67	<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i>.....103
<i>aranelle</i> 74	AUSTEDO XR..... 67	<i>benztropine mesylate</i> 56
ARCALYST..... 91	AUSTEDO XR TAB TITR KIT 67	BERINERT 87
AREXVY 92	AUVELITY TAB 45-105MG..... 54	BESIVANCE..... 96
ARIKAYCE 24	<i>aviane</i> 74	BESREMI 36
<i>aripiprazole</i> 57	AVMAPKI PAK FAKZYNJA 37	<i>betaine powder for oral solution</i> 80
ARISTADA..... 57	<i>ayuna</i> 74	<i>betamethasone dipropionate (topical)</i>.....104
ARISTADA INITIO .. 57	AYVAKIT 37	<i>betamethasone dipropionate augmented</i>.....104
<i>armodafinil</i> 69	<i>azacitidine</i> 34	<i>betamethasone valerate</i> .....104
ARNUITY ELLIPTA. 102	<i>azathioprine</i> 92	BETASERON 68
<i>asenapine maleate</i> . 57	<i>azelastine hcl</i> 99	<i>betaxolol hcl</i> 50
<i>ashlyna</i> 74	<i>azelastine hcl (ophth)</i> 97	<i>betaxolol hcl (ophth)</i> 97
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i> 88	<i>azithromycin</i> 31	<i>bethanechol chloride</i> 86
ASTAGRAF XL..... 92	<i>aztreonam</i> 24	BETOPTIC-S 97
<i>atazanavir sulfate</i> .. 27	<i>azurette</i> 74	BEVESPI AER 9-4.8MCG 98
<i>atenolol</i> 50	<i>bacitracin (ophthalmic)</i> 96	
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i> 50	<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i> 96	
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i> 50	<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i> 96	
<i>atomoxetine hcl</i> 65	<i>baclofen</i> 68	
<i>atorvastatin calcium</i> 49	BAFIERTAM 68	
<i>atovaquone</i> 24	<i>balsalazide disodium</i> 83	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i> 26	BALVERSA 37	
	<i>balziva</i> 74	
	BARACLUDE 29	

<i>bexarotene</i> 36	(INSTITUTIONAL	8-2 mg (base equiv)
<i>bexarotene (topical)</i>	PACK)..... 98	 69
..... 105	<i>briellyn</i> 75	<i>buprenorphine hcl-</i>
BEXSERO 92	BRILINTA..... 88	<i>naloxone hcl sl tab</i>
<i>bicalutamide</i> 35	<i>brimonidine tartrate</i> 97	<i>2-0.5 mg (base</i>
BICILLIN L-A 32	<i>brinzolamide</i> 97	<i>equiv)</i> 69
BIKTARVY TAB 30-	BRIVIACT..... 60	<i>buprenorphine hcl-</i>
120-15 MG 28	<i>bromfenac sodium</i>	<i>naloxone hcl sl tab</i>
BIKTARVY TAB 50-	(<i>ophth</i>) 97	<i>8-2 mg (base equiv)</i>
200-25 MG 28	<i>bromocriptine</i>	 69
<i>bisoprolol &</i>	<i>mesylate</i> 56	<i>bupropion hcl</i> 54
<i>hydrochlorothiazide</i>	BRUKINSA 37	<i>bupropion hcl</i>
<i>tab 10-6.25 mg... 50</i>	<i>budesonide</i> 84	(<i>smoking deterrent</i>)
<i>bisoprolol &</i>	<i>budesonide</i>	 69
<i>hydrochlorothiazide</i>	(<i>inhalation</i>) 102	<i>buspirone hcl</i> 53
<i>tab 2.5-6.25 mg.. 50</i>	<i>budesonide-formoterol</i>	<i>butorphanol tartrate</i> 23
<i>bisoprolol &</i>	<i>fumarate dihyd</i>	<i>cabergoline</i> 80
<i>hydrochlorothiazide</i>	<i>aerosol 160-4.5</i>	CABOMETYX 38
<i>tab 5-6.25 mg 50</i>	<i>mcg/act</i> 102	<i>calcipotriene</i> 104
<i>bisoprolol fumarate</i> 50	<i>budesonide-formoterol</i>	<i>calcitonin (salmon)</i>
BIVIGAM..... 91	<i>fumarate dihyd</i>	<i>spray</i> 73
<i>blisovi 24 fe</i> 75	<i>aerosol 80-4.5</i>	<i>calcitrene</i> 104
<i>blisovi fe 1.5/30</i> 75	<i>mcg/act</i> 102	<i>calcitriol</i> 82
BONSITY..... 73	<i>bumetanide</i> 51	<i>calcitriol (oral)</i> 82
BOOSTRIX INJ 92	<i>buprenorphine</i> 22	CALQUENCE 38
<i>bortezomib</i> 37	<i>buprenorphine hcl</i> .. 69	<i>camila</i> 75
BORTEZOMIB 37	<i>buprenorphine hcl-</i>	<i>camrese</i> 75
<i>bosentan</i> 53	<i>naloxone hcl sl film</i>	<i>camrese lo</i> 75
BOSULIF 37	<i>12-3 mg (base</i>	<i>candesartan cilexetil</i> 48
BRAFTOVI 37	<i>equiv)</i> 69	<i>candesartan cilexetil-</i>
BREO ELLIPTA INH	<i>buprenorphine hcl-</i>	<i>hydrochlorothiazide</i>
100-25 102	<i>naloxone hcl sl film</i>	<i>tab 16-12.5 mg... 47</i>
BREO ELLIPTA INH	<i>2-0.5 mg (base</i>	<i>candesartan cilexetil-</i>
200-25 102	<i>equiv)</i> 69	<i>hydrochlorothiazide</i>
BREO ELLIPTA INH 50-	<i>buprenorphine hcl-</i>	<i>tab 32-12.5 mg... 47</i>
25MCG 102	<i>naloxone hcl sl film</i>	<i>candesartan cilexetil-</i>
<i>breyana</i> 102	<i>4-1 mg (base equiv)</i>	<i>hydrochlorothiazide</i>
BREZTRI AERO AER	 69	<i>tab 32-25 mg 47</i>
SPHERE 98	<i>buprenorphine hcl-</i>	CAPLYTA..... 57
BREZTRI AERO AER	<i>naloxone hcl sl film</i>	CAPRELSA..... 38
SPHERE		<i>captopril</i> 46



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg 46</i>	<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs 37.5-150-200 mg 56</i>	<i>CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (4-DAY) 72</i>
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg 46</i>	<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs 50- 200-200 mg 56</i>	<i>CEQUR SIMPL MIS INSERTER 72</i>
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg 46</i>	<i>carboplatin..... 33</i>	<i>CERDELGA 80</i>
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg 46</i>	<i>carglumic acid 80</i>	<i>CEREZYME 81</i>
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg 56</i>	<i>carisoprodol 68</i>	<i>cetirizine hcl..... 99</i>
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg 56</i>	<i>carteolol hcl (ophth)97</i>	<i>cevimeline hcl.....106</i>
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg 56</i>	<i>cartia xt..... 51</i>	<i>chateal eq..... 75</i>
<i>carbamazepine 60</i>	<i>carvedilol 50</i>	<i>CHEMET..... 74</i>
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg.... 56</i>	<i>caspofungin acetate 26</i>	<i>chlorhexidine gluconate (mouth- throat).....106</i>
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg.... 56</i>	<i>CAYSTON..... 24</i>	<i>chloroquine phosphate 26</i>
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg.... 56</i>	<i>cefaclor 30</i>	<i>chlorpromazine hcl . 57</i>
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg 56</i>	<i>cefadroxil..... 30</i>	<i>chlorthalidone..... 51</i>
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg 56</i>	<i>CEFAZOLIN 30</i>	<i>cholestyramine 49</i>
<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs 12.5-50-200 mg.. 56</i>	<i>CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML..... 30</i>	<i>cholestyramine light49</i>
<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs 18.75-75-200 mg 56</i>	<i>cefazolin sodium 30</i>	<i>ciclopirox .....103</i>
<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs 25- 100-200 mg 56</i>	<i>CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4% .. 30</i>	<i>ciclopirox olamine .103</i>
<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs 31.25-125-200 mg 56</i>	<i>CEFAZOLIN/DEX SOL 1GM/50ML-4%.... 30</i>	<i>cilostazol 87</i>
	<i>CEFAZOLIN/DEX SOL 2GM/50ML-3%.... 30</i>	<i>CILOXAN 96</i>
	<i>CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/150ML-4% .. 30</i>	<i>CIMDUO TAB 300-300 28</i>
	<i>CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/50ML-2%.... 30</i>	<i>cinacalcet hcl..... 81</i>
	<i>cefdinir 30</i>	<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w 31</i>
	<i>cefepime hcl..... 30</i>	<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w 31</i>
	<i>cefixime..... 30</i>	<i>ciprofloxacin hcl..... 31</i>
	<i>cefotetan disodium . 30</i>	<i>ciprofloxacin hcl (ophth)..... 96</i>
	<i>cefoxitin sodium 30</i>	<i>ciprofloxacin- dexamethasone otic susp 0.3-0.1% 98</i>
	<i>cefpodoxime proxetil 31</i>	<i>cisplatin..... 33</i>
	<i>cefprozil..... 31</i>	<i>citalopram hydrobromide 54</i>
	<i>ceftazidime 31</i>	<i>claravis.....103</i>
	<i>ceftriaxone sodium . 31</i>	<i>clarithromycin 31</i>
	<i>cefuroxime axetil ... 31</i>	<i>clindamycin hcl..... 24</i>
	<i>cefuroxime sodium . 31</i>	<i>clindamycin palmitate hydrochloride..... 24</i>
	<i>celecoxib 22</i>	<i>clindamycin phosphate 24</i>
	<i>cephalexin 31</i>	
	<i>CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (3-DAY) 72</i>	

<i>clindamycin phosphate (topical)</i> 103	<i>clonidine hcl</i> 52	<i>constulose</i> 84
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i> 24	<i>clopidogrel bisulfate</i> 88	COPAXONE..... 68
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i> 24	<i>clorazepate dipotassium</i> 60	COPIKTRA..... 38
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i> 24	<i>clotrimazole</i> 106	CORLANOR 52
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> 86	<i>clotrimazole (topical)</i> 103	COSENTYX 88
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML..... 24	<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i> . 103	COSENTYX SENSOREADY PEN88
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML..... 24	<i>clozapine</i> 57	COSENTYX UNOREADY 88
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML..... 24	COARTEM TAB 20-120MG..... 26	COTELLIC 38
CLINIMIX INJ 4.25/D10 95	COBENFY CAP 100-20MG 57	CREON CAP 12000UNT 84
CLINIMIX INJ 4.25/D5W 95	COBENFY CAP 125-30MG 58	CREON CAP 24000UNT 84
CLINIMIX INJ 5%/D15W 95	COBENFY CAP 50-20MG 57	CREON CAP 3000UNIT 84
CLINIMIX INJ 5%/D20W 95	COBENFY STRT CAP PACK..... 58	CREON CAP 36000UNT 84
CLINIMIX INJ 6/5... 95	<i>colchicine</i> 22	CREON CAP 6000UNIT 84
CLINIMIX INJ 8/10 . 95	<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i> 22	<i>cromolyn sodium</i> ..100
CLINIMIX INJ 8/14 . 95	<i>colesevelam hcl</i> 49	<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> 84
<i>clinisol sf 15%</i> 95	<i>colestipol hcl</i> 50	<i>cromolyn sodium (ophth)</i> 97
CLINOLIPID EMU 20% 95	<i>colistimethate sodium</i> 24	<i>cryselle-28</i> 75
<i>clobazam</i> 60	COMBIGAN SOL 0.2/0.5% 97	<i>cyclobenzaprine hcl</i> 68
<i>clobetasol propionate</i> 104	COMBIVENT AER 20-100 98	<i>cyclophosphamide</i> .. 33
<i>clobetasol propionate e</i> 104	COMETRIQ (60MG DOSE) 38	CYCLOPHOSPHAMIDE 33, 34
<i>clomipramine hcl</i> 54	COMETRIQ KIT 100MG 38	CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR..... 34
<i>clonazepam</i> 60	COMETRIQ KIT 140MG 38	<i>cycloserine</i> 29
<i>clonidine</i> 52	COMPLERA TAB..... 28	<i>cyclosporine</i> 92
	<i>compro</i> 83	<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> 92
		<i>cypheptadine hcl</i> . 99
		<i>cyred eq</i> 75
		CYSTADROPS 98
		CYSTAGON..... 81



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

CYSTARAN 98
cytarabine 34
 D10W/NACL INJ 0.2%
 94
 D2.5W/NACL INJ
 0.45% 94
dabigatran etexilate
 mesylate 86
dalfampridine 68
danazol 70
dantrolene sodium . 68
 DANZITEN..... 38
dapsone..... 24
 DAPTACEL INJ 92
daptomycin 24
 DAPTOMYCIN 24
darunavir 27
dasatinib..... 38
dasetta 1/35 75
dasetta 7/7/7 75
 DAURISMO..... 38
daysee 75
 DAYVIGO 65
deblitane 75
deferasirox..... 74
 DELSTRIGO TAB 28
 DENG VAXIA SUS.... 92
 DEPO-SUBQ PROVERA
 104 75
depo-testosterone .. 70
 DESCOVY TAB 120-
 15MG 28
 DESCOVY TAB
 200/25MG 28
desipramine hcl 54
desmopressin acetate
 81
desmopressin acetate
 spray 81
desmopressin acetate
 spray refrigerated 81
desogest-eth estrad &
 eth estrad tab 0.15-
 0.02/0.01 mg(21/5)
 75
desvenlafaxine
 succinate 55

dexamethasone 80
 DEXAMETHASONE
 INTENSOL 80
dexamethasone
 sodium phosphate 80
dexamethasone
 sodium phosphate
 (ophth) 97
 DEXCOM G6 MIS
 RECEIVER 106
 DEXCOM G6 MIS
 SENSOR..... 107
 DEXCOM G6 MIS
 TRANSMIT..... 107
 DEXCOM G7 MIS
 RECEIVER 107
 DEXCOM G7 MIS
 SENSOR..... 107
dexmethylphenidate
 hcl 65
dextrose 95
dextrose 10% w/
 sodium chloride
 0.45% 94
dextrose 2.5% w/
 sodium chloride
 0.45% 94
dextrose 5% in
 lactated ringers... 94
dextrose 5% w/
 sodium chloride
 0.2% 94
dextrose 5% w/
 sodium chloride
 0.225% 94
dextrose 5% w/
 sodium chloride
 0.3% 94
dextrose 5% w/
 sodium chloride
 0.45% 94
dextrose 5% w/
 sodium chloride
 0.9% 94
 DIACOMIT..... 61
diazepam..... 61

diazepam
 (anticonvulsant).. 61
diazepam inj 61
diazepam intensol .. 61
diazoxide 80
diclofenac potassium
 22
diclofenac sodium .. 22
diclofenac sodium
 (ophth) 97
diclofenac sodium
 (topical) 105
dicloxacillin sodium 32
dicyclomine hcl 83
 DIFICID 31
diflunisal..... 22
difluprednate 97
digoxin 52
dihydroergotamine
 mesylate 66
 DILANTIN 61
diltiazem hcl..... 51
diltiazem hcl coated
 beads 51
diltiazem hcl extended
 release beads 51
dilt-xr..... 51
 DIP/TET PED INJ 25-
 5LFU 92
diphenhydramine hcl
 99
diphenoxylate w/
 atropine liq 2.5-
 0.025 mg/5ml..... 84
diphenoxylate w/
 atropine tab 2.5-
 0.025 mg 84
dipyridamole 88
disopyramide
 phosphate 49
disulfiram 69
divalproex sodium .. 61
docetaxel..... 36
 DOCETAXEL 36
 DOCIVYX 36
dofetilide 49
dolishale..... 75

<i>donepezil</i>	DULERA AER 200-	<i>emtricitabine-tenofovir</i>
<i>hydrochloride</i> 54	5MCG 102	<i>disoproxil fumarate</i>
DOPTLET 87	DULERA AER 50-5MCG	<i>tab 133-200 mg .. 28</i>
<i>dorzolamide hcl</i> 97	 102	<i>emtricitabine-tenofovir</i>
<i>dorzolamide hcl-</i>	<i>duloxetine hcl</i> 55	<i>disoproxil fumarate</i>
<i>timolol maleate</i>	DUPIXENT 88	<i>tab 167-250 mg .. 28</i>
<i>ophth soln 2-0.5%</i>	<i>dutasteride</i> 85	<i>emtricitabine-tenofovir</i>
..... 97	<i>dutasteride-tamsulosin</i>	<i>disoproxil fumarate</i>
<i>dotti</i> 79	<i>hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	<i>tab 200-300 mg .. 28</i>
DOVATO TAB 50-	 85	EMTRIVA 27
300MG..... 28	<i>e.e.s. 400</i> 31	EMVERM 24
<i>doxazosin mesylate</i> 47	<i>econazole nitrate</i> . 104	<i>emzahh</i> 75
<i>doxepin hcl</i> 55	EDURANT 27	<i>enalapril maleate</i> ... 47
<i>doxepin hcl (sleep)</i> . 65	EDURANT PED 27	<i>enalapril maleate &</i>
<i>doxorubicin hcl</i> 36	<i>efavirenz</i> 27	<i>hydrochlorothiazide</i>
<i>doxorubicin hcl</i>	<i>efavirenz-</i>	<i>tab 10-25 mg 46</i>
<i>liposomal</i> 36	<i>emtricitabine-</i>	<i>enalapril maleate &</i>
<i>doxy 100</i> 33	<i>tenofovir df tab 600-</i>	<i>hydrochlorothiazide</i>
<i>doxycycline</i>	<i>200-300 mg 28</i>	<i>tab 5-12.5 mg 46</i>
<i>(monohydrate)</i> 33	<i>efavirenz-lamivudine-</i>	ENBREL 88
<i>doxycycline hyclate</i> 33	<i>tenofovir df tab 400-</i>	ENBREL MINI..... 88
DRIZALMA SPRINKLE	<i>300-300 mg 28</i>	ENBREL SURECLICK 88
..... 55	<i>efavirenz-lamivudine-</i>	<i>endocet tab 10-325mg</i>
<i>dronabinol</i> 83	<i>tenofovir df tab 600-</i>	 23
<i>drospirenone-ethinyl</i>	<i>300-300 mg 28</i>	<i>endocet tab 2.5-</i>
<i>estradiol tab 3-0.02</i>	ELIGARD..... 35	<i>325mg..... 23</i>
<i>mg</i> 75	<i>elinest</i> 75	<i>endocet tab 5-325mg</i>
<i>drospirenone-ethinyl</i>	ELIQUIS 86	 23
<i>estradiol tab 3-0.03</i>	ELIQUIS STARTER	<i>endocet tab 7.5-</i>
<i>mg</i> 75	PACK 86	<i>325mg..... 23</i>
<i>drospirenone-ethinyl</i>	<i>eluryng</i> 75	ENGERIX-B 92
<i>estrad-levomefolate</i>	EMGALITY 66	<i>enilloring</i> 75
<i>tab 3-0.02-0.451</i>	EMSAM 55	<i>enoxaparin sodium</i> . 86
<i>mg</i> 75	<i>emtricitabine</i> 27	<i>enpresse-28</i> 75
<i>drospirenone-ethinyl</i>	<i>emtricitabine-</i>	<i>enskyce</i> 75
<i>estrad-levomefolate</i>	<i>rilpivirine-tenofovir</i>	ENSTILAR AER.....104
<i>tab 3-0.03-0.451</i>	<i>df tab 200-25-300</i>	<i>entacapone</i> 56
<i>mg</i> 75	<i>mg</i> 28	<i>entecavir</i> 29
<i>droxidopa</i> 52	<i>emtricitabine-tenofovir</i>	ENTRESTO CAP 15-
DULERA AER 100-	<i>disoproxil fumarate</i>	16MG 48
5MCG 102	<i>tab 100-150 mg .. 28</i>	



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

ENTRESTO CAP 6-6MG 47	estradiol 79	famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml..... 83
enulose 84	estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg 79	FANAPT 58
EPCLUSA PAK 150- 37.5 29	estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg 79	FANAPT PAK PACK A58
EPCLUSA PAK 200- 50MG 29	estradiol vaginal 79	FANAPT PAK PACK B58
EPCLUSA TAB 200- 50MG 29	estradiol valerate ... 79	FANAPT PAK PACK C58
EPCLUSA TAB 400-100 29	eszopiclone 66	FARXIGA..... 70
EPIDIOLEX 61	ethambutol hcl 29	FASENRA .....100
epinephrine (anaphylaxis)..... 52, 100	ethosuximide..... 61	FASENRA PEN.....100
epitol 61	ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg 75	feirza 1.5/30 75
eplerenone 47	etodolac 22	feirza 1/20 75
EPRONTIA 61	etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-0.015 mg/24hr 75	felbamate 61
ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg 66	etoposide..... 36	felodipine..... 51
ERIVEDGE..... 38	etravirine 27	fenofibrate 49
ERLEADA 35	EULEXIN 35	fenofibrate micronized 49
erlotinib hcl 38	everolimus 38	fentanyl 22
errin 75	everolimus (immunosuppressan t) 92	fesoterodine fumarate 86
ertapenem sodium . 24	EVOTAZ TAB 300-150 28	FETZIMA..... 55
ery 103	exemestane 35	FETZIMA CAP TITRATIO 55
ery-tab 31	EYSUVIS 98	FIASP 72
ERYTHROCIN LACTOBIONATE... 31	ezetimibe..... 50	FIASP FLEXTOUCH . 72
erythromycin (acne aid) 103	ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg 50	FIASP PENFILL..... 72
erythromycin (ophth) 96	ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg 50	FIASP PUMPCART... 72
erythromycin base . 31	ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg 50	fidaxomicin 31
erythromycin ethylsuccinate..... 31	ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg 50	finasteride 85
erythromycin lactobionate..... 31	FABRAZYME 81	finbolimod hcl..... 68
ERZOFRI 58	falmina 75	FINTEPLA..... 62
escitalopram oxalate 55	famciclovir 29	finzala 76
eslicarbazepine acetate 61	famotidine 83	FIRMAGON 35
esomeprazole magnesium 85		flac 98
estarylla 75		FLAREX 97
		FLEBOGAMMA DIF.. 91
		flecainide acetate... 49
		fluconazole..... 26
		fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml 26
		fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml 26
		flucytosine 26
		fludrocortisone acetate 80

<i>flunisolide (nasal)</i> . 102	<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg...</i> 46	GAMMAKED..... 91
<i>fluocinolone acetonide</i> 104, 105	<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg...</i> 46	GAMMAPLEX..... 91
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i> 98	FOTIVDA..... 38	GAMUNEX-C..... 91
<i>fluocinonide</i> 105	FREESTY LIBR KIT 2 SENSOR..... 107	<i>ganciclovir sodium</i> . 29
<i>fluocinonide emulsified base</i> 105	FREESTY LIBR KIT 3 SENSOR..... 107	GARDASIL 9..... 92
<i>fluorometholone (ophth)</i> 97	FREESTY LIBR KIT SENSOR..... 107	<i>gatifloxacin (ophth)</i> 96
<i>fluorouracil</i> 34	FREESTY LIBR MIS 2 READER 107	GATTEX 84
<i>fluorouracil (topical)</i> 106	FREESTY LIBR MIS 3 READER 107	GAUZE PADS 2 72
<i>fluoxetine hcl</i> 55	FREESTYLE MIS READER 107	<i>gavilyte-c</i> 84
<i>fluphenazine decanoate</i> 58	FRINDOVYX..... 34	<i>gavilyte-g</i> 84
<i>fluphenazine hcl</i> 58	FRUZAQLA 38, 39	<i>gavilyte-n/flavor pack</i> 84
<i>flurbiprofen</i> 22	FULPHILA..... 87	GAVRETO..... 39
<i>flurbiprofen sodium</i> 97	<i>fulvestrant</i> 35	<i>gefitinib</i> 39
<i>fluticasone propionate</i> 105	<i>furosemide</i> 51	<i>gemcitabine hcl</i> 34
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> 102	<i>furosemide inj</i> 51	<i>gemfibrozil</i> 49
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act</i> 102	FUZEON..... 27	GEMTESA..... 86
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i> 102	<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i> 79	<i>generlac</i> 84
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i> 103	<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i> 79	<i>gengraf</i> 92
<i>fluvoxamine maleate</i> 53	FYCOMPA..... 62	GENOTROPIN 81
<i>fondaparinux sodium</i> 86	<i>gabapentin</i> 62	GENOTROPIN MINIQUICK 81
<i>fosamprenavir calcium</i> 27	<i>galantamine hydrobromide</i> 54	<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i> 24
<i>fosinopril sodium</i> 47	<i>galbriela</i> 76	<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i> 24
	<i>gallifrey</i> 82	<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i> 24
	GAMASTAN INJ..... 91	<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i> 24
	GAMMAGARD LIQUID 91	<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i> 24
	GAMMAGARD S/D IGA LESS TH..... 91	<i>gentamicin sulfate..</i> 24
		<i>gentamicin sulfate (ophth)</i> 96
		<i>gentamicin sulfate (topical)</i>.....103
		GENVOYA TAB 28
		GILOTRIF..... 39
		<i>glatiramer acetate..</i> 68
		<i>glatopa</i> 68



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

GLEOSTINE	34	<i>heparin sodium</i>		<i>hydrocortisone sod</i>	
<i>glimepiride</i>	70	(<i>porcine</i>).....	86	<i>succinate</i>	80
<i>glipizide</i>	70	HEPLISAV-B	92	<i>hydrocortisone</i>	
<i>glipizide xl</i>	70	HERCEP HYLEC SOL		<i>valerate</i>	105
<i>glipizide-metformin hcl</i>		60-10000	39	<i>hydromorphone hcl</i>	23
<i>tab 2.5-250 mg...</i>	70	HERCEPTIN	39	<i>hydroxychloroquine</i>	
<i>glipizide-metformin hcl</i>		HERZUMA	39	<i>sulfate</i>	91
<i>tab 2.5-500 mg...</i>	70	HIBERIX	92	<i>hydroxyurea</i>	36
<i>glipizide-metformin hcl</i>		HUMIRA.....	88, 89	<i>hydroxyzine hcl</i>	99
<i>tab 5-500 mg</i>	70	HUMIRA PEN	89	<i>hydroxyzine pamoate</i>	
<i>glycopyrrolate</i>	83	HUMIRA PEN KIT		.....	99
<i>glydo</i>	105	PS/UV.....	89	<i>ibandronate sodium</i>	74
GLYXAMBI TAB 10-5		HUMIRA PEN-		IBRANCE	39
MG	70	CD/UC/HS START	89	IBTROZI	39
GLYXAMBI TAB 25-5		HUMIRA PEN-		<i>ibu</i>	22
MG	70	PEDIATRIC UC S .	89	<i>ibuprofen</i>	22
GOMEKLI	39	HUMULIN R U-500		<i>icatibant acetate</i>	87
<i>granisetron hcl</i>	83	(CONCENTR.....	72	<i>iclevia</i>	76
<i>griseofulvin microsize</i>		HUMULIN R U-500		ICLUSIG	39
.....	26	KWIKPEN	72	IDACIO (2 PEN)	89
<i>griseofulvin</i>		<i>hydralazine hcl</i>	52	IDACIO CROHN INJ	
<i>ultramicrosize</i>	26	<i>hydrochlorothiazide</i>	52	DISEASE	89
<i>guanfacine hcl</i>	52	<i>hydrocodone bitartrate</i>		IDACIO PLAQU INJ	
<i>guanfacine hcl (adhd)</i>		.....	22	PSORIASIS.....	89
.....	65	<i>hydrocodone-</i>		IDHIFA	39
HAEGARDA.....	87	<i>acetaminophen soln</i>		<i>imatinib mesylate</i> ..	39
<i>hailey 1.5/30</i>	76	<i>7.5-325 mg/15ml</i>	23	IMBRUVICA	39
<i>hailey 24 fe</i>	76	<i>hydrocodone-</i>		<i>imipenem-cilastatin</i>	
<i>halobetasol propionate</i>		<i>acetaminophen tab</i>		<i>intravenous for soln</i>	
.....	105	<i>10-325 mg</i>	23	<i>250 mg</i>	24
<i>haloette</i>	76	<i>hydrocodone-</i>		<i>imipenem-cilastatin</i>	
<i>haloperidol</i>	58	<i>acetaminophen tab</i>		<i>intravenous for soln</i>	
<i>haloperidol decanoate</i>		<i>5-325 mg</i>	23	<i>500 mg</i>	24
.....	58	<i>hydrocodone-</i>		<i>imipramine hcl</i>	55
<i>haloperidol lactate</i> ..	58	<i>acetaminophen tab</i>		<i>imiquimod</i>	106
HARVONI PAK 33.75-		<i>7.5-325 mg</i>	23	IMKELDI	40
150MG.....	29	<i>hydrocodone-</i>		IMOVAX RABIES	
HARVONI PAK 45-		<i>ibuprofen tab 7.5-</i>		(H.D.C.V.).....	92
200MG.....	29	<i>200 mg</i>	23	IMPAVIDO.....	24
HARVONI TAB 45-		<i>hydrocortisone</i>	80	INBRIJA.....	56
200MG.....	29	<i>hydrocortisone</i>		<i>incassia</i>	76
HARVONI TAB 90-		(<i>intrarectal</i>).....	84	INCRELEX	81
400MG.....	29	<i>hydrocortisone (rectal)</i>		INCRUSE ELLIPTA ..	99
HAVRIX	92	.....	106	<i>indapamide</i>	52
<i>heather</i>	76	<i>hydrocortisone</i>		INFANRIX INJ	92
HEP SOD/NACL INJ		(<i>topical</i>).....	105	INFLIXIMAB	89
25000UNT	86			INLYTA	40

INQOVI TAB 35-100MG.....	34	<i>isosorbide mononitrate</i>	52	JULUCA TAB 50-25MG	28
INREBIC	40	<i>isotretinoin</i>	103	<i>junel 1.5/30</i>	76
INSULIN PEN		<i>isradipine</i>	51	<i>junel 1/20</i>	76
NEEDLES: BD-		ITOVEBI	40	<i>junel fe 1.5/30</i>	76
EMBECTA	72	<i>itraconazole</i>	26	<i>junel fe 1/20</i>	76
INSULIN SAFETY		<i>ivabradine hcl</i>	52	<i>junel fe 24</i>	76
NEEDLES: BD-		<i>ivermectin</i>	25	JYLAMVO	91
EMBECTA	72	IWILFIN.....	36	JYNNEOS	93
INSULIN SYRINGES:		IXIARO INJ	92	KADCYLA	40
BD-EMBECTA	72	<i>jaimiess</i>	76	<i>kaitlib fe</i>	76
INTELENCE	27	JAKAFI	40	KALETRA SOL.....	28
INTRALIPID	96	<i>jantoven</i>	86	KALYDECO	100
<i>introvale</i>	76	JANUMET TAB 50-		KANJINTI.....	40
INVEGA HAFYERA... 58		1000	70	<i>kariva</i>	76
INVEGA SUSTENNA 58		JANUMET TAB 50-		<i>kcl 10 meq/l (0.075%)</i>	
INVEGA TRINZA..... 58		500MG.....	70	<i>in dextrose 5% &</i>	
IPOL INJ INACTIVE. 92		JANUMET XR TAB 100-		<i>nacl 0.45% inj</i>	94
<i>ipratropium bromide</i> 99		1000	70	<i>kcl 20 meq/l (0.149%)</i>	
<i>ipratropium bromide</i>		JANUMET XR TAB 50-		<i>in nacl 0.45% inj. 94</i>	
<i>(nasal)</i>	99	1000	70	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i>	
<i>ipratropium-albuterol</i>		JANUMET XR TAB 50-		<i>in dextrose 5% &</i>	
<i>nebu soln 0.5-2.5(3)</i>		500MG.....	70	<i>nacl 0.2% inj.....</i>	94
<i>mg/3ml</i>	98	JANUVIA	70	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i>	
<i>irbesartan</i>	48	JARDIANCE	70	<i>in dextrose 5% &</i>	
<i>irbesartan-</i>		<i>jasmiel</i>	76	<i>nacl 0.45% inj</i>	94
<i>hydrochlorothiazide</i>		<i>javygtor</i>	81	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i>	
<i>tab 150-12.5 mg . 48</i>		JAYPIRCA.....	40	<i>in dextrose 5% &</i>	
<i>irbesartan-</i>		JENTADUETO TAB 2.5-		<i>nacl 0.9% inj.....</i>	94
<i>hydrochlorothiazide</i>		1000	70	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i>	
<i>tab 300-12.5 mg . 48</i>		JENTADUETO TAB 2.5-		<i>in nacl 0.45% inj. 94</i>	
<i>irinotecan hcl</i>	36	500	70	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i>	
ISENTRESS	27	JENTADUETO TAB 2.5-		<i>in nacl 0.9% inj .. 94</i>	
ISENTRESS HD	27	850	70	<i>kcl 30 meq/l (0.224%)</i>	
<i>isibloom</i>	76	JENTADUETO TAB XR		<i>in dextrose 5% &</i>	
ISOLYTE-P INJ /D5W		2.5-1000MG	70	<i>nacl 0.45% inj</i>	94
.....	94	JENTADUETO TAB XR		<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i>	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4		5-1000MG	70	<i>dextrose 5% & nacl</i>	
.....	94	<i>jinteli</i>	80	<i>0.45% inj.....</i>	94
<i>isoniazid</i>	29	<i>jolessa</i>	76		
<i>isosorbide dinitrate</i> . 52		<i>juleber</i>	76		



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj.....</i>	94	<i>lactulose</i>	84	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	62
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	94	<i>lactulose (encephalopathy)</i>	84	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	62
<i>KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%</i>	94	<i>lamivudine</i>	27	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	62
<i>kelnor 1/35</i>	76	<i>lamivudine (hbv)....</i>	30	<i>levobunolol hcl</i>	97
<i>kelnor 1/50</i>	76	<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg ..</i>	28	<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>	81
<i>KERENDIA.....</i>	47	<i>lamotrigine</i>	62	<i>levocetirizine dihydrochloride ...</i>	99
<i>KESIMPTA.....</i>	68	<i>lanreotide acetate ..</i>	81	<i>levofloxacin.....</i>	31
<i>ketoconazole</i>	26	<i>lansoprazole.....</i>	85	<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml/31</i>	31
<i>ketoconazole (topical)</i>	104	<i>lapatinib ditosylate .</i>	40	<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	31
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	97	<i>larin 1.5/30.....</i>	76	<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	31
<i>KEYTRUDA</i>	40	<i>larin 1/20.....</i>	76	<i>levonest</i>	76
<i>KINRIX INJ.....</i>	93	<i>larin 24 fe.....</i>	76	<i>levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg &eth est 0.01 mg</i>	76
<i>kionex</i>	74	<i>larin fe 1.5/30</i>	76	<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	76
<i>KISQALI 200 DOSE</i>	40	<i>larin fe 1/20</i>	76	<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg ...</i>	76
<i>KISQALI 200 PAK FEMARA</i>	40	<i>latanoprost</i>	97	<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg .</i>	76
<i>KISQALI 400 DOSE</i>	40	<i>layolis fe</i>	76	<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	77
<i>KISQALI 400 PAK FEMARA</i>	40	<i>LAZCLUZE.....</i>	40		
<i>KISQALI 600 DOSE</i>	40	<i>leflunomide</i>	91		
<i>KISQALI 600 PAK FEMARA</i>	40	<i>lenalidomide.....</i>	36		
<i>klayesta.....</i>	104	<i>LENVIMA 10 MG DAILY DOSE</i>	41		
<i>klor-con</i>	95	<i>LENVIMA 12MG DAILY DOSE</i>	41		
<i>klor-con 10</i>	95	<i>LENVIMA 20 MG DAILY DOSE</i>	41		
<i>klor-con 8</i>	95	<i>LENVIMA 4 MG DAILY DOSE</i>	40		
<i>klor-con m10.....</i>	95	<i>LENVIMA 8 MG DAILY DOSE</i>	41		
<i>klor-con m15.....</i>	95	<i>LENVIMA CAP 14 MG</i>	41		
<i>klor-con m20.....</i>	95	<i>LENVIMA CAP 18 MG</i>	41		
<i>KOSELUGO.....</i>	40	<i>LENVIMA CAP 24 MG</i>	41		
<i>kourzeq</i>	106	<i>lessina.....</i>	76		
<i>KRAZATI.....</i>	40	<i>letrozole</i>	35		
<i>kurvelo</i>	76	<i>leucovorin calcium..</i>	46		
<i>labetalol hcl.....</i>	50	<i>LEUKERAN</i>	34		
<i>lacosamide.....</i>	62	<i>leuprolide acetate ..</i>	35		
<i>lacosamide oral.....</i>	62	<i>levalbuterol hcl</i>	100		
<i>lactated ringer's solution.....</i>	94	<i>levalbuterol tartrate</i>	100		
<i>lactic acid (ammonium lactate).....</i>	106	<i>levetiracetam</i>	62		
		<i>LEVETIRACETAM</i>	62		

<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (continuous) tab 90-20 mcg</i>	77	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	46	<i>lovastatin</i>	49
<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i>	76	<i>lithium</i>	67	<i>low-ogestrel</i>	77
<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i>	76	<i>lithium carbonate</i> ...	67	<i>loxapine succinate</i> ..	58
<i>levora 0.15/30-28</i> ..	77	LIVTENCITY	30	<i>luizza 1.5/30</i>	77
<i>levo-t</i>	82	<i>loestrin 1.5/30-21</i> ..	77	<i>luizza 1/20</i>	77
<i>levothyroxine sodium</i>	82	<i>loestrin 1/20-21</i>	77	LUMAKRAS	41
<i>levoxyl</i>	82	<i>loestrin fe 1.5/30</i> ...	77	LUMIGAN	97
<i>l-glutamine (sickle cell)</i>	87	<i>loestrin fe 1/20</i>	77	LUMIZYME	81
<i>lidocaine</i>	105	<i>lojaimiess</i>	77	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	35
<i>lidocaine hcl</i>	105	LOKELMA	74	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	35
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	22	LONSURF TAB 15-6.14	34	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	81
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	106	LONSURF TAB 20-8.19	34	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	81
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i> ..	105	<i>loperamide hcl</i>	85	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	81
<i>lidocan</i>	105	<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	29	<i>lurasidone hcl</i>	58
LILETTA	77	<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	29	<i>luteria</i>	77
<i>linezolid</i>	25	<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	29	LYBALVI TAB 10-10MG	58
LINEZOLID INJ 2MG/ML	25	<i>lorazepam</i>	53, 54	LYBALVI TAB 15-10MG	58
LINZESS	84	<i>lorazepam intensol</i> ..	54	LYBALVI TAB 20-10MG	58
<i>liothyronine sodium</i> ..	82	LORBRENA	41	LYBALVI TAB 5-10MG	58
<i>lisinopril</i>	47	<i>loryna</i>	77	<i>lyleq</i>	77
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> ...	46	<i>losartan potassium</i> ..	48	<i>lyllana</i>	80
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> ...	46	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i> ..	48	LYNPARZA	41
		<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	48	LYSODREN	35
		<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i> ...	48	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	41
		LOTEMAX	97	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	41
		<i>loteprednol etabonate</i>	97	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	41
				<i>lyza</i>	77
				<i>magnesium sulfate</i> ..	94



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

MAGNESIUM SULFATE	94	<i>meropenem</i>	25	<i>microgestin 1.5/30</i> ..	77
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	94	<i>mesalamine</i>	84	<i>microgestin 1/20</i>	77
<i>malathion</i>	106	<i>mesalamine w/ cleanser</i>	84	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	77
<i>maraviroc</i>	27	<i>mesna</i>	46	<i>microgestin fe 1/20</i>	77
<i>marlissa</i>	77	MESNEX	46	<i>midodrine hcl</i>	52
MARPLAN	55	<i>metformin hcl</i> ... 70, 71		MIEBO	98
MATULANE	36	<i>methadone hcl</i> .. 22, 23		<i>mifepristone (hyperglycemia)</i> ..	81
MAVYRET PAK 50-20MG	30	<i>methadone hydrochloride i</i>	23	<i>mili</i>	77
MAVYRET TAB 100-40MG	30	<i>methazolamide</i>	52	<i>mimvey</i>	80
<i>meclizine hcl</i>	83	<i>methenamine hippurate</i>	25	<i>minocycline hcl</i>	33
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	82	<i>methimazole</i>	82	<i>minoxidil</i>	52
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i> ...	77	<i>methocarbamol</i>	68	<i>mirtazapine</i>	55
<i>mefloquine hcl</i>	26	<i>methotrexate sodium</i>	34, 91	<i>misoprostol</i>	85
<i>megestrol acetate</i> . 35, 82		<i>methsuximide</i>	62	MITIGARE	22
<i>megestrol acetate (appetite)</i>	82	<i>methylphenidate hcl</i> 65		M-M-R II INJ	93
MEKINIST	41	<i>methylprednisolone</i> 80		M-NATAL PLUS TAB	95
MEKTOVI	41	<i>methylprednisolone acetate</i>	80	<i>modafinil</i>	69
<i>meleya</i>	77	<i>methylprednisolone sod succ</i>	80	<i>moexipril hcl</i>	47
<i>meloxicam</i>	22	<i>methyltestosterone</i> 70		<i>molindone hcl</i>	58
<i>memantine hcl</i>	54	<i>metoclopramide hcl</i> 83		<i>mometasone furoate</i>	105
<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack</i> .	54	<i>metolazone</i>	52	MONJUVI	42
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 14-10 mg</i> ...	54	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	50	<i>mono-lynyah</i>	77
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 21-10 mg</i> ...	54	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	50	<i>montelukast sodium</i>	100
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 28-10 mg</i> ...	54	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	50	<i>morphine sulfate</i>	23
MENACTRA INJ	93	<i>metoprolol succinate</i>	50	MOUNJARO	71
MENQUADFI	93	<i>metoprolol tartrate</i> .	50	MOVANTIK	85
MENVEO INJ	93	<i>metronidazole</i>	25	<i>moxifloxacin hcl</i>	31
MENVEO SOL.....	93	<i>metronidazole (topical)</i>	106	<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	96
<i>mercaptapurine</i>	34	<i>metronidazole vaginal</i>	86	<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i> .	32
		<i>metirosine</i>	52	MRESVIA	93
		<i>mibelas 24 fe</i>	77	MULTAQ	49
		<i>micafungin sodium</i> .	26	<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	94
				<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	94
				<i>mupirocin</i>	103
				<i>mycophenolate mofetil</i>	92
				<i>mycophenolate sodium</i>	92

MYRBETRIQ.....	86	neomycin-polymyxin-	nitroglycerin.....	53
nabumetone.....	22	dexamethasone	nitroglycerin (intra-	
nadolol.....	50	ophth susp 0.1%.	anal).....	106
nafcillin sodium.....	32	neomycin-polymyxin-	nizatidine.....	83
NAGLAZYME.....	81	hc ophth susp.....	nora-be.....	77
nalbuphine hcl.....	23	neomycin-polymyxin-	norelgestromin-ethinyl	
naloxone hcl.....	69	hc otic soln 1%...	estradiol td ptwk	
naltrexone hcl.....	69	neomycin-polymyxin-	150-35 mcg/24hr	77
NAMZARIC CAP 14-		hc otic susp 3.5	norethindrone &	
10MG.....	54	mg/ml-10000	ethinyl estradiol-fe	
NAMZARIC CAP 21-		unit/ml-1%.....	chew tab 0.4 mg-35	
10MG.....	54	neo-polycin 5(3.5)mg-	mcg.....	77
NAMZARIC CAP 28-		400unt-10000unt op	norethindrone	
10MG.....	54	oin.....	(contraceptive)...	77
NAMZARIC CAP 7-		neo-polycin hc ophth	norethindrone ace &	
10MG.....	54	oint 1%.....	ethinyl estradiol tab	
NAMZARIC CAP PACK		NERLYNX.....	1 mg-20 mcg.....	78
.....	54	nevirapine.....	norethindrone ace &	
naproxen.....	22	NEXLETOL.....	ethinyl estradiol tab	
naproxen dr.....	22	NEXLIZET TAB	1.5 mg-30 mcg...	78
naproxen sodium...	22	180/10MG.....	norethindrone ace-eth	
naratriptan hcl.....	66	NEXPLANON.....	estradiol-fe chew tab	
NATACYN.....	96	niacin	1 mg-20 mcg (24)	78
nateglinide.....	71	(antihyperlipidemic)	norethindrone acetate	
NAYZILAM.....	62	.....	.....	82
nebivolol hcl.....	50	nicardipine hcl.....	norethindrone acetate-	
necon 0.5/35-28....	77	NICOTROL INHALER	ethinyl estradiol tab	
nefazodone hcl.....	55	69	0.5 mg-2.5 mcg..	80
neomycin sulfate....	25	NICOTROL NS.....	norethindrone acetate-	
neomycin-bacitrac zn-		nifedipine.....	ethinyl estradiol tab	
polymyx 5(3.5)mg-		nikki.....	1 mg-5 mcg.....	80
400unt-10000unt op		nilotinib hcl.....	norgestimate & ethinyl	
oin.....	96	nilutamide.....	estradiol tab 0.25	
neomycin-polymy-		nimodipine.....	mg-35 mcg.....	78
gramicid op sol		NINLARO.....	norgestimate-eth	
1.75-10000-		nitazoxanide.....	estradiol tab 0.18-	
0.025mg-unt-mg/ml		nitisinone.....	25/0.215-25/0.25-	
.....	96	NITRO-BID.....	25 mg-mcg.....	78
neomycin-polymyxin-		nitrofurantoin	norgestimate-eth	
dexamethasone		macrocrystal.....	estradiol tab 0.18-	
ophth oint 0.1%..	96	nitrofurantoin		
		monohyd macro..		25



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

35/0.215-35/0.25-	<i>ofloxacin (ophth)</i> ... 96	OMNIPOD 5 DX MIS
35 mg-mcg 78	<i>ofloxacin (otic)</i> 98	POD G7G6..... 73
<i>norlyroc</i> 78	OGIVRI..... 42	OMNIPOD 5 G7 KIT
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> . 78	OGSIVEO 42	INTRO 73
<i>nortrel 1/35 (21)</i> ... 78	OJEMDA..... 42	OMNIPOD 5 G7 MIS
<i>nortrel 1/35 (28)</i> ... 78	OJJAARA..... 42	PODS 73
<i>nortrel 7/7/7</i> 78	<i>olanzapine</i> 59	OMNIPOD 5 L2 KIT
<i>nortriptyline hcl</i> 55	<i>olmesartan medoxomil</i>	INTRO G6 73
NORVIR 27	 48, 49	OMNIPOD 5 L2 MIS
NOVOLIN INJ 70/30 72	<i>olmesartan</i>	PODS G6..... 73
NOVOLIN INJ 70/30 FP	<i>medoxomil-</i>	OMNIPOD DASH KIT
..... 72	<i>hydrochlorothiazide</i>	INTRO 73
NOVOLIN N 72	<i>tab 20-12.5 mg...</i> 48	OMNIPOD DASH MIS
NOVOLIN N FLEXPEN	<i>olmesartan</i>	PODS 73
..... 72	<i>medoxomil-</i>	OMNIPOD GO KIT
NOVOLIN R 72	<i>hydrochlorothiazide</i>	10UNT/DY 73
NOVOLIN R FLEXPEN	<i>tab 40-12.5 mg...</i> 48	OMNIPOD GO KIT
..... 72	<i>olmesartan</i>	15UNT/DY 73
NOVOLOG 72	<i>medoxomil-</i>	OMNIPOD GO KIT
NOVOLOG FLEXPEN 72	<i>hydrochlorothiazide</i>	20UNT/DY 73
NOVOLOG MIX INJ	<i>tab 40-25 mg</i> 48	OMNIPOD GO KIT
70/30 72	<i>olmesartan-</i>	25UNT/DY 73
NOVOLOG MIX INJ	<i>amlodipine-</i>	OMNIPOD GO KIT
FLEXPEN 72	<i>hydrochlorothiazide</i>	30UNT/DY 73
NOVOLOG PENFILL. 72	<i>tab 20-5-12.5 mg</i> 48	OMNIPOD GO KIT
NUBEQA 35	<i>olmesartan-</i>	35UNT/DY 73
NUEDEXTA CAP 20-	<i>amlodipine-</i>	OMNIPOD GO KIT
10MG 67	<i>hydrochlorothiazide</i>	40UNT/DY 73
NULOJIX 92	<i>tab 40-10-12.5 mg</i>	OMNIPOD MIS
NUPLAZID 58, 59	 48	CLASSIC 73
NURTEC..... 66	<i>olmesartan-</i>	<i>ondansetron</i> 83
NUTRILIPID..... 96	<i>amlodipine-</i>	<i>ondansetron hcl</i> 83
NUZYRA..... 33	<i>hydrochlorothiazide</i>	ONTRUZANT 42
<i>nyamyc</i> 104	<i>tab 40-10-25 mg.</i> 48	ONUREG 34
<i>nylia 1/35</i> 78	<i>olmesartan-</i>	OPIPZA..... 59
<i>nylia 7/7/7</i> 78	<i>amlodipine-</i>	OPSUMIT 53
<i>nystatin</i> 26	<i>hydrochlorothiazide</i>	ORGOVYX 35
<i>nystatin (mouth-</i>	<i>tab 40-5-12.5 mg</i> 48	ORKAMBI GRA 100-
<i>throat)</i> 106	<i>olmesartan-</i>	125 100
<i>nystatin (topical)</i> .. 104	<i>amlodipine-</i>	ORKAMBI GRA 150-
<i>nystop</i> 104	<i>hydrochlorothiazide</i>	188 100
<i>ocella</i> 78	<i>tab 40-5-25 mg</i> .. 48	ORKAMBI GRA 75-
OCTAGAM 91	<i>omega-3-acid ethyl</i>	94MG 100
<i>octreotide acetate</i> .. 81	<i>esters cap 1 gm</i> .. 50	ORKAMBI TAB 100-
ODEFSEY TAB 29	<i>omeprazole</i> 85	125 101
ODOMZO 42	OMNIPOD 5 DX KIT	ORKAMBI TAB 200-
OFEV..... 100	INT G7G6..... 73	125 101

<i>orquidea</i>	78	<i>paroxetine hcl</i>	55	<i>phenelzine sulfate</i> ..	55
ORSERDU	35	PAXLOVID PAK	30	<i>phenobarbital</i>	62
<i>oseltamivir phosphate</i>		PAXLOVID TAB 150-		<i>phenobarbital sodium</i>	
.....	30	100	30	.....	63
<i>oxacillin sodium</i>	32	PAXLOVID TAB 300-		<i>phenytek</i>	63
<i>oxaliplatin</i>	34	100	30	<i>phenytoin</i>	63
<i>oxcarbazepine</i>	62	<i>pazopanib hcl</i>	42	<i>phenytoin sodium</i> ..	63
<i>oxybutynin chloride</i>	86	PEDIARIX INJ 0.5ML93		<i>phenytoin sodium</i>	
<i>oxycodone hcl</i>	23	PEDVAX HIB.....	93	<i>extended</i>	63
<i>oxycodone w/</i>		<i>peg 3350-kcl-na</i>		PHESGO SOL.....	42
<i>acetaminophen tab</i>		<i>bicarb-nacl-na</i>		<i>philith</i>	78
<i>10-325 mg</i>	24	<i>sulfate for soln</i>	236	PIFELTRO.....	27
<i>oxycodone w/</i>		<i>gm</i>	84	<i>pilocarpine hcl</i>	97
<i>acetaminophen tab</i>		<i>peg 3350-kcl-sod</i>		<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	
<i>2.5-325 mg</i>	23	<i>bicarb-nacl for soln</i>		.....	106
<i>oxycodone w/</i>		<i>420 gm</i>	84	<i>pimecrolimus</i>	106
<i>acetaminophen tab</i>		PEGASYS	30	<i>pimozide</i>	59
<i>5-325 mg</i>	23	PEMAZYRE	42	<i>pimtrea</i>	78
<i>oxycodone w/</i>		<i>pemetrexed disodium</i>		<i>pindolol</i>	50
<i>acetaminophen tab</i>		.....	34	<i>pioglitazone hcl</i>	71
<i>7.5-325 mg</i>	23	PENBRAYA INJ	93	<i>pioglitazone hcl-</i>	
OXYCONTIN	23	<i>penicillamine</i>	74	<i>metformin hcl tab</i>	
OZEMPIC (0.25 OR		<i>penicillin g potassium</i>		<i>15-500 mg</i>	71
0.5MG/DOSE)	71	.....	32	<i>pioglitazone hcl-</i>	
OZEMPIC (1MG/DOSE)		<i>penicillin g sodium</i> .	32	<i>metformin hcl tab</i>	
.....	71	<i>penicillin v potassium</i>		<i>15-850 mg</i>	71
OZEMPIC (2MG/DOSE)		.....	32	<i>piperacillin sod-</i>	
.....	71	PENMENVY INJ.....	93	<i>tazobactam na for</i>	
<i>pacerone</i>	49	PENTACEL INJ	93	<i>inj 3.375 gm (3-</i>	
<i>paclitaxel</i>	36	<i>pentamidine</i>		<i>0.375 gm)</i>	33
<i>paclitaxel inj 100mg</i>	36	<i>isethionate inh</i>	25	<i>piperacillin sod-</i>	
<i>paliperidone</i>	59	<i>pentamidine</i>		<i>tazobactam sod for</i>	
<i>pamidronate disodium</i>		<i>isethionate inj</i>	25	<i>inj 13.5 gm (12-1.5</i>	
.....	74	<i>pentoxifylline</i>	87	<i>gm)</i>	33
PAMIDRONATE		<i>perampanel</i>	62	<i>piperacillin sod-</i>	
DISODIUM	74	<i>perindopril erbumine</i>		<i>tazobactam sod for</i>	
PANRETIN	106	.....	47	<i>inj 2.25 gm (2-0.25</i>	
<i>pantoprazole sodium</i>		<i>periogard</i>	106	<i>gm)</i>	33
.....	85	<i>permethrin</i>	106	<i>piperacillin sod-</i>	
PANZYGA	91	<i>perphenazine</i>	59	<i>tazobactam sod for</i>	
<i>paricalcitol</i>	82	<i>pfizerpen</i>	32		



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

<i>inj 4.5 gm (4-0.5 gm).....</i>	33	<i>prednisolone</i>	80	<i>promethazine hcl ...</i>	83
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm).....</i>	33	<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	97	<i>propafenone hcl</i>	49
<i>PIQRAY 200MG DAILY DOSE</i>	42	<i>PREDNISOLONE SODIUM PHOSP ..</i>	97	<i>proparacaine hcl</i>	98
<i>PIQRAY 250MG TAB DOSE</i>	42	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	80	<i>propranolol hcl</i>	51
<i>PIQRAY 300MG DAILY DOSE</i>	42	<i>prednisone</i>	80	<i>propylthiouracil</i>	82
<i>pirfenidone.....</i>	101	<i>PREDNISON INTENSOL</i>	80	<i>PROQUAD INJ.....</i>	93
<i>piroxicam.....</i>	22	<i>pregabalin.....</i>	63	<i>PROSOL INJ 20% ...</i>	96
<i>plenamine.....</i>	96	<i>PREMASOL SOL 10%</i>	96	<i>protriptyline hcl</i>	55
<i>PLENVU SOL.....</i>	84	<i>PRENATAL TAB 27-1MG</i>	95	<i>PULMOZYME.....</i>	101
<i>podofilox.....</i>	106	<i>PRENATAL TAB PLUS</i>	95	<i>PURIXAN</i>	34
<i>polycin ophth oint ..</i>	96	<i>prevalite</i>	50	<i>pyrazinamide.....</i>	29
<i>polymyxin b sulfate</i>	25	<i>PREVYMIS</i>	30	<i>pyridostigmine bromide</i>	67
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	96	<i>PREZCOBIX TAB 675/150.....</i>	29	<i>pyrimethamine</i>	25
<i>POMALYST</i>	36	<i>PREZCOBIX TAB 800-150</i>	29	<i>PYZCHIVA</i>	89
<i>portia-28</i>	78	<i>PREZISTA</i>	27	<i>QINLOCK</i>	42
<i>posaconazole.....</i>	26	<i>PRIFTIN</i>	29	<i>QUADRACEL INJ 0.5ML</i>	93
<i>POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ .</i>	94	<i>primaquine phosphate</i>	26	<i>quetiapine fumarate</i>	59
<i>POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ ...</i>	94	<i>PRIMAQUINE PHOSPHATE.....</i>	27	<i>quinapril hcl</i>	47
<i>POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ ...</i>	95	<i>primidone</i>	63	<i>quinidine sulfate</i>	49
<i>potassium chloride .</i>	95	<i>PRIORIX INJ.....</i>	93	<i>quinine sulfate.....</i>	27
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj ..</i>	95	<i>PRIVIGEN</i>	91	<i>QULIPTA</i>	66
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i>	95	<i>probenecid</i>	22	<i>RABAVERT INJ.....</i>	93
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>	86	<i>prochlorperazine</i>	83	<i>rabeprazole sodium</i>	85
<i>pramipexole dihydrochloride ...</i>	56	<i>prochlorperazine edisylate</i>	83	<i>RALDESY</i>	55
<i>prasugrel hcl</i>	88	<i>prochlorperazine maleate</i>	83	<i>raloxifene hcl.....</i>	81
<i>pravastatin sodium.</i>	49	<i>PROCRT.....</i>	87	<i>ramipril</i>	47
<i>praziquantel</i>	25	<i>proctocort</i>	106	<i>ranolazine</i>	52
<i>prazosin hcl.....</i>	47	<i>procto-med hc</i>	106	<i>rasagiline mesylate</i>	56
		<i>proctosol hc</i>	106	<i>reclipsen.....</i>	78
		<i>proctozone-hc</i>	106	<i>RECOMBIVAX HB ...</i>	93
		<i>progesterone</i>	82	<i>RELENZA DISKHALER</i>	30
		<i>PROGRAF</i>	92	<i>RELISTOR</i>	85
		<i>PROLASTIN-C</i>	101	<i>REMICADE</i>	89
		<i>PROLIA.....</i>	74	<i>RENFLEXIS.....</i>	89
				<i>repaglinide</i>	71
				<i>REPATHA</i>	50
				<i>REPATHA SURECLICK</i>	50
				<i>RESTASIS</i>	98
				<i>RESTASIS MULTIDOSE</i>	98
				<i>RETEVMO.....</i>	42
				<i>REVUFORJ.....</i>	42, 43
				<i>REXULTI</i>	59

REYATAZ	27	<i>sacubitril-valsartan tab</i>		<i>sodium chloride (gu</i>	
REZLIDHIA.....	43	24-26 mg	48	irrigant)	106
REZUROCK.....	92	<i>sacubitril-valsartan tab</i>		sodium fluoride chew;	
RHOPRESSA	97	49-51 mg	48	tab; 1.1 (0.5 f)	
<i>ribavirin (hepatitis c)</i>		<i>sacubitril-valsartan tab</i>		mg/ml soln.....	95
.....	30	97-103 mg	48	SODIUM OXYBATE..	69
<i>rifabutin</i>	29	<i>sajazir</i>	87	<i>sodium phenylbutyrate</i>	
<i>rifampin</i>	29	SANTYL	106	.....	82
<i>riluzole</i>	67	<i>sapropterin</i>		<i>sodium polystyrene</i>	
<i>rimantadine</i>		<i>dihydrochloride</i> ...	81	<i>sulfonate powder.</i>	74
hydrochloride	30	SCEMBLIX.....	43	<i>solifenacin succinate</i>	86
RINVOQ.....	89	<i>scopolamine</i>	83	SOLQUA INJ 100/33	
RINVOQ LQ	89	SECUADO	60	.....	73
<i>risedronate sodium.</i>	74	<i>selegiline hcl</i>	56	SOLTAMOX.....	35
<i>risperidone</i>	59	<i>selenium sulfide</i> ...	104	SOLU-CORTEF	80
<i>risperidone</i>		SELZENTRY	28	SOMATULINE DEPOT	
microspheres .	59, 60	SEREVENT DISKUS	100	.....	82
<i>ritonavir</i>	27	<i>sertraline hcl</i>	55	SOMAVERT.....	82
<i>rivaroxaban</i>	87	<i>setlakin</i>	78	<i>sorafenib tosylate</i> ..	43
<i>rivastigmine</i>	54	<i>sharobel</i>	78	<i>sotalol hcl</i>	49
<i>rivastigmine tartrate</i>		SHINGRIX.....	93	<i>sotalol hcl (afib/afl)</i>	49
.....	54	SIGNIFOR	81	SOTYKTU	90
<i>rivelsa</i>	78	SIKLOS.....	87	<i>spironolactone</i>	47
<i>rizatriptan benzoate</i>	67	<i>sildenafil citrate</i>		<i>spironolactone &</i>	
ROCKLATAN DRO ...	98	(pulmonary		<i>hydrochlorothiazide</i>	
<i>roflumilast</i>	101	hypertension)	53	tab 25-25 mg	52
ROMVIMZA.....	43	<i>silver sulfadiazine.</i>	103	<i>sprintec</i> 28.....	78
<i>ropinirole</i>		SIMBRINZA SUS 1-		SPRITAM.....	63
hydrochloride	56	0.2%	98	<i>sps</i>	74
<i>rosuvastatin calcium</i>	49	<i>simliya</i>	78	<i>sps rectal</i>	74
<i>rosyrah</i>	78	<i>simpeesse</i>	78	<i>sronyx</i>	78
ROTARIX SUS	93	<i>simvastatin</i>	49	<i>ssd</i>	103
ROTATEQ SOL	93	<i>sirolimus</i>	92	STELARA.....	90
<i>roweepra</i>	63	SIRTURO	29	STIVARGA.....	43
ROZLYTREK.....	43	SKYRIZI	89, 90	<i>streptomycin sulfate</i>	25
RUBRACA.....	43	SKYRIZI PEN	90	STRIBILD TAB	29
<i>rufinamide</i>	63	<i>sod sulfate-pot sulf-</i>		<i>subvenite</i>	63
RUKOBIA	28	mg sulf oral sol		<i>sucalfate</i>	85
RYBELSUS.....	71	17.5-3.13-1.6		<i>sulfacetamide sodium</i>	
RYDAPT	43	gm/177ml	84	(acne)	103
		<i>sodium chloride</i>	95		



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i>	96	SYNJARDY XR TAB 25-1000	71	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg...</i>	48
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	96	SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	71	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i>	48
<i>sulfadiazine</i>	25	SYNTHROID	82	<i>temazepam</i>	66
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml...</i>	25	TABLOID	34	TENIVAC INJ 5-2LF	93
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml...</i>	25	TABRECTA	43	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	28
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg</i>	25	<i>tacrolimus</i>	92	TEPMETKO	44
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg</i>	25	<i>tacrolimus (topical)</i>	106	<i>terazosin hcl</i>	47
SULFAMYLON	103	<i>tadalafil</i>	85	<i>terbinafine hcl</i>	26
<i>sulfasalazine</i>	84	<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i>	53	<i>terbutaline sulfate</i> .	100
<i>sulindac</i>	22	TAFINLAR	43	<i>terconazole vaginal</i>	86
<i>sumatriptan</i>	67	TAGRISSE	43	TERIPARATIDE	74
<i>sumatriptan succinate</i>	67	TALZENNA	43, 44	<i>testosterone</i>	70
<i>sunitinib malate</i>	43	<i>tamoxifen citrate</i>	35	<i>testosterone cypionate</i>	70
SUNLENCA	28	<i>tamsulosin hcl</i>	85	<i>testosterone enanthate</i>	70
<i>syeda</i>	78	<i>tarina 24 fe</i>	78	<i>testosterone pump</i> .	70
SYMDEKO TAB 100-150	101	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	78	<i>tetrabenazine</i>	67
SYMDEKO TAB 50-75MG	101	TASIGNA	44	<i>tetracycline hcl</i>	33
SYMPAZAN	63	<i>tasimelteon</i>	66	THALOMID	36
SYMTUZA TAB	29	TAVNEOS	87	THEO-24	101
SYNAREL	82	<i>tazarotene</i>	104	<i>theophylline</i>	101
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	71	<i>tazicef</i>	31	<i>thioridazine hcl</i>	60
SYNJARDY TAB 12.5-500	71	TAZORAC	104	<i>thiothixene</i>	60
SYNJARDY TAB 5-1000MG	71	TAZVERIK	44	<i>tiadylt er</i>	51
SYNJARDY TAB 5-500MG	71	TECENTRIQ	44	<i>tiagabine hcl</i>	63
SYNJARDY XR TAB 10-1000	71	TECENTRIQ INJ HYBREZA	44	TIBSOVO	44
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000	71	TEFLARO	31	<i>ticagrelor</i>	88
		<i>telmisartan</i>	49	TICOVAC	93
		<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>	48	<i>tigecycline</i>	33
		<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i>	48	<i>tilia fe</i>	78
		<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	48	<i>timolol maleate</i>	51
		<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i>	48	<i>timolol maleate (ophth)</i>	98
		<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg...</i>	48	<i>tinidazole</i>	25

<i>tobramycin (ophth)</i> 97	<i>tretinoin</i>	TRIKAFTA TAB 100-
<i>tobramycin sulfate</i> . 25	(chemotherapy) .. 36	50-75MG & 150MG
<i>tobramycin-</i>	<i>triamcinolone</i>	101
<i>dexamethasone</i>	<i>acetonide (mouth)</i>	TRIKAFTA TAB 50-25-
<i>ophth susp 0.3-</i>	 106	37.5MG & 75MG.101
<i>0.1%</i> 96	<i>triamcinolone</i>	<i>tri-legest fe</i> 78
<i>tolterodine tartrate</i> . 86	<i>acetonide (topical)</i>	<i>tri-linyah</i> 78
<i>topiramate</i> 63	 105	<i>tri-lo-estarylla</i> 78
<i>toremifene citrate</i> .. 35	<i>triamterene &</i>	<i>tri-lo-marzia</i> 78
<i>torpenz</i> 44	<i>hydrochlorothiazide</i>	<i>tri-lo-mili</i> 78
<i>torsemide</i> 52	<i>cap 37.5-25 mg</i> .. 52	<i>tri-lo-sprintec</i> 78
TOUJEO MAX	<i>triamterene &</i>	<i>trimethoprim</i> 25
SOLOSTAR 73	<i>hydrochlorothiazide</i>	<i>tri-mili</i> 78
TOUJEO SOLOSTAR 73	<i>tab 37.5-25 mg...</i> 52	<i>trimipramine maleate</i>
TPN ELECTROL INJ . 95	<i>triamterene &</i>	 55
TRADJENTA..... 71	<i>hydrochlorothiazide</i>	TRINTELLIX..... 56
<i>tramadol hcl</i> 24	<i>tab 75-50 mg</i> 52	<i>tri-nymyo</i> 79
<i>tramadol-</i>	<i>tridacaine ii</i> 105	<i>tri-sprintec</i> 79
<i>acetaminophen tab</i>	<i>triderm</i> 105	TRIUMEQ PD TAB... 29
<i>37.5-325 mg</i> 24	<i>trientine hcl</i> 74	TRIUMEQ TAB..... 29
<i>trandolapril</i> 47	<i>tri-estarylla</i> 78	<i>tri-vylibra</i> 79
<i>tranexamic acid</i> 88	<i>trifluoperazine hcl</i> .. 60	<i>tri-vylibra lo</i> 79
<i>tranylcypromine</i>	<i>trifluridine</i> 97	TROGARZO 28
<i>sulfate</i> 55	<i>trihexyphenidyl hcl</i> . 57	TROPHAMINE INJ 10%
TRAVASOL INJ 10% 96	TRIJARDY XR TAB ER	 96
TRAZIMERA..... 44	24HR 10-5-1000MG	<i>trospium chloride</i> ... 86
<i>trazodone hcl</i> 55	 71	TRUE METRIX KIT AIR
TRELEGY AER ELLIPTA	TRIJARDY XR TAB ER	107
100-62.5-25 MCG 98	24HR 12.5-2.5-	TRUE METRIX KIT
TRELEGY AER ELLIPTA	1000MG 71	METER.....107
200-62.5-25 MCG 98	TRIJARDY XR TAB ER	TRUE METRIX STRIPS
TREMFYA 90	24HR 25-5-1000MG	107
TREMFYA INDUCTION	 71	TRULICITY 71
PACK FO 90	TRIJARDY XR TAB ER	TRUMENBA..... 93
TREMFYA PEN 90	24HR 5-2.5-1000MG	TRUQAP..... 44
<i>treprostinil</i> 53	 71	TRUXIMA 44
TRESIBA 73	TRIKAFTA PAK 59.5MG	TUKYSA 44
TRESIBA FLEXTOUCH	 101	TURALIO..... 44
..... 73	TRIKAFTA PAK 75MG	<i>turqoz</i> 79
<i>tretinoin</i> 103	 101	<i>twice-daily</i>
		<i>clindamycin</i>



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.

<i>phosphate (topical)</i>	VANCOMYCIN INJ	VORANIGO.....	45
..... 103	500MG..... 26	<i>voriconazole</i>	26
TWINRIX INJ 93	VANCOMYCIN INJ	VOSEVI TAB.....	30
TYBOST 28	750MG..... 26	VOWST CAP 85	
<i>tydemy</i> 79	VANFLYTA 44	VRAYLAR 60	
TYENNE 90	VAQTA..... 93	<i>vyfemla</i> 79	
TYPHIM VI..... 93	<i>varenicline tartrate</i> . 69	<i>vylibra</i> 79	
UBRELVY 67	<i>varenicline tartrate tab</i>	VYZULTA 98	
<i>unithroid</i> 82	11 x 0.5 mg & 42 x	<i>warfarin sodium</i> 87	
UPTRAVI 53	1 mg start pack... 69	<i>water for irrigation,</i>	
UPTRAVI PACK TAB	VARIVAX..... 93	<i>sterile irrigation soln</i>	
200/800..... 53	VASCEPA 50	106	
<i>ursodiol</i> 85	VAXCHORA SUS 93	WELIREG 36	
<i>valacyclovir hcl</i> 30	<i>velivet</i> 79	<i>wera</i> 79	
VALCHLOR 106	VELSIPITY..... 90	WESTAB PLUS TAB	
<i>valganciclovir hcl</i> 30	VENCLEXTA..... 44	27-1MG 95	
<i>valproate sodium</i> ... 63	VENCLEXTA TAB	<i>wixela inhub</i>.....103	
<i>valproic acid</i> 63	START PK..... 44	<i>wymzya fe</i> 79	
<i>valsartan</i> 49	<i>venlafaxine hcl</i> 56	WYOST..... 74	
<i>valsartan-</i>	VENTOLIN HFA 100	XALKORI..... 45	
<i>hydrochlorothiazide</i>	VENTOLIN HFA	<i>xarah fe</i> 79	
<i>tab 160-12.5 mg</i> . 48	(INSTITUTIONAL	XARELTO 87	
<i>valsartan-</i>	PACK)..... 100	XARELTO STAR TAB	
<i>hydrochlorothiazide</i>	VEOZAH 82	15/20MG..... 87	
<i>tab 160-25 mg</i> 48	<i>verapamil hcl</i> 51	XATMEP..... 91	
<i>valsartan-</i>	VERQUVO 52	XCOPRI 64	
<i>hydrochlorothiazide</i>	VERSACLOZ 60	XCOPRI PAK 100-150	
<i>tab 320-12.5 mg</i> . 48	VERZENIO..... 44	 64	
<i>valsartan-</i>	<i>vestura</i> 79	XCOPRI PAK 12.5-25	
<i>hydrochlorothiazide</i>	<i>vienva</i> 79	 64	
<i>tab 320-25 mg</i> 48	<i>vigabatrin</i> 64	XCOPRI PAK 150-	
<i>valsartan-</i>	<i>vigadrone</i> 64	200MG	
<i>hydrochlorothiazide</i>	VIGAFYDE..... 64	(MAINTENANCE) . 64	
<i>tab 80-12.5 mg</i> ... 48	<i>vigpoder</i> 64	XCOPRI PAK 150-	
VALTOCO 10 MG	<i>vilazodone hcl</i> 56	200MG (TITRATION)	
DOSE 64	VIMKUNYA 93	 64	
VALTOCO 15 MG	<i>vincristine sulfate</i> ... 36	XCOPRI PAK 50-	
DOSE 64	<i>vinorelbine tartrate</i> 36	100MG..... 64	
VALTOCO 20 MG	<i>viorele</i> 79	XDEMVI 97	
DOSE 64	VIRACEPT 28	XELJANZ..... 90	
VALTOCO 5 MG DOSE	VIREAD 28	XELJANZ XR 90	
..... 63	VITRAKVI..... 44	<i>xelria fe</i> 79	
<i>valtya 1/50</i> 79	VIVIMUSTA 34	XERMELO..... 85	
<i>vancomycin hcl</i> 26	VIVITROL..... 69	XGEVA 74	
VANCOMYCIN INJ 1	VIVOTIF CAP EC.... 93	XHANCE .....102	
GM 26	VIZIMPRO 44	XIFAXAN..... 85	
	VONJO..... 45		

XIGDUO XR TAB 10-1000	72	<i>xulane</i>	79	ZENPEP CAP 40000UNT	85
XIGDUO XR TAB 10-500MG	72	XULTOPHY INJ 100/3.6	73	ZENPEP CAP 5000UNIT	85
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	71	YESINTEK	90	ZENPEP CAP 60000UNT	85
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	71	YF-VAX INJ	93	ZERVIAE	97
XIGDUO XR TAB 5-500MG	71	YONSA	35	<i>zidovudine</i>	28
XIIDRA	98	YUTREPIA	53	<i>ziprasidone hcl</i>	60
XOFLUZA	30	<i>yuvaferm</i>	80	<i>ziprasidone mesylate</i>	60
XOLAIR	101	<i>zafemy</i>	79	ZIRABEV	45
XOSPATA	45	<i>zafirlukast</i>	100	ZIRGAN	97
XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY) ...	45	<i>zaleplon</i>	66	<i>zoledronic acid</i>	74
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) ...	45	ZARXIO	87	ZOLINZA	45
XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY) ..	45	ZEGALOGUE	80	<i>zolpidem tartrate</i> ...	66
XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY) ...	45	ZEJULA	45	ZONISADE	64
XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY) ..	45	ZELBORAF	45	<i>zonisamide</i>	64
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY) ...	45	<i>zelvysia</i>	82	<i>zovia 1/35</i>	79
XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY) ..	45	ZEMAIRA	102	ZTALMY	64
XTANDI	35	<i>zenatane</i>	103	<i>zumandimine</i>	79
		ZENPEP CAP 10000UNT	85	ZURZUVAE	56
		ZENPEP CAP 15000UNT	85	ZYDELIG	45
		ZENPEP CAP 20000UNT	85	ZYKADIA	46
		ZENPEP CAP 25000UNT	85	ZYLET SUS 0.5-0.3%	96
		ZENPEP CAP 3000UNIT	85	ZYPREXA RELPREVV	60



Если у вас возникли вопросы, позвоните в Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени. Звонок бесплатный. **Дополнительную информацию** можно получить на веб-сайте MolinaHealthcare.com/Medicare.



Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) — план Medicare Medi-Cal Plan

Дата обновления списка лекарственных препаратов: 11/01/2025 г.

Для получения актуальной информации или при возникновении других вопросов обращайтесь к нам по номеру (800) 665-3086, телетайп: 711, с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 08:00 до 20:00 по местному времени; с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу, с 08:00 до 20:00 по местному времени, или посетите веб-сайт MolinaHealthcare.com/Medicare.