

Molina Healthcare of California Preferred Drug List (Formulary)

(07/01/2017)

INTRODUCTION	5
PREFACE	5
PHARMACY AND THERAPEUTICS (P&T) COMMITTEE	5
DRUG LIST PRODUCT DESCRIPTIONS	5
PRESCRIPTION QUANTITY	6
GENERIC SUBSTITUTION	6
PLAN DESIGN	6
PRIOR AUTHORIZATION REQUEST PROCEDURE	6
PRIOR AUTHORIZATION HELPFUL HINTS	7
NON-COVERED MEDICATIONS	7
CARVED-OUT MEDICATIONS (MEDICATIONS COVERED UNDER MEDICAL FEE-FOR-SERVICE)	7
PRESCRIPTION CLAIMS PROCESSOR	8
URGENT AND AFTER-HOURS MEDICATION POLICY	8
LEGEND	8
REQUESTING FORMULARY CHANGES	8
NOTICE	9
ANALGESICS	64
ANALGESICS, OTHER	64
NSAIDs.....	64
NSAIDs, TOPICAL.....	64
COX-2 INHIBITORS	64
GOUT	64
OPIOID ANALGESICS	64
NON-OPIOID ANALGESICS	65
VISCOSUPPLEMENTS	65
ANTI-INFECTIVES	65
ANTIBACTERIALS	65
ANTIFUNGALS.....	66
ANTIMALARIALS	67
ANTIRETROVIRAL AGENTS	67
ANTITUBERCULAR AGENTS.....	68
ANTIVIRALS.....	68
MISCELLANEOUS	69
ANTINEOPLASTIC AGENTS	70
ALKYLATING AGENTS	70
ANTIMETABOLITES	70
CYTOPROTECTIVE AGENTS	70
HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS.....	70
IMMUNOMODULATORS.....	70
KINASE INHIBITORS	70
MISCELLANEOUS	71

CARDIOVASCULAR.....	71
ACE INHIBITORS.....	71
ACE INHIBITOR/DIURETIC COMBINATIONS.....	71
ADRENOLYTICS, CENTRAL.....	71
ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS.....	71
ALPHA BLOCKERS.....	71
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS/DIURETIC COMBINATIONS.....	71
ANTIARRHYTHMICS.....	71
ANTILIPEMICS.....	72
BETA-BLOCKERS.....	72
BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS.....	73
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS.....	73
DIGITALIS GLYCOSIDES.....	73
DIURETICS.....	73
NITRATES.....	74
PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION.....	74
MISCELLANEOUS.....	74
CENTRAL NERVOUS SYSTEM.....	75
ANTIANXIETY.....	75
ANTICONVULSANTS.....	75
ANTIDEMENTIA.....	76
ANTIDEPRESSANTS.....	76
ANTIPARKINSONIAN AGENTS.....	77
ANTIPSYCHOTICS.....	77
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER.....	78
FIBROMYALGIA.....	78
HYPNOTICS.....	79
MIGRAINE.....	79
MOOD STABILIZERS.....	79
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS.....	79
MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS.....	79
MYASTHENIA GRAVIS.....	79
NARCOLEPSY/CATAPLEXY.....	80
PSYCHOTHERAPEUTIC-MISCELLANEOUS.....	80
MISCELLANEOUS.....	80
ENDOCRINE AND METABOLIC.....	80
ANDROGENS.....	80
CALCIUM RECEPTOR ANTAGONISTS.....	80
ANTIDIABETICS.....	81
CALCIUM REGULATORS.....	82
CARNITINE DEFICIENCY AGENTS.....	82
CONTRACEPTIVES.....	82
ENDOMETRIOSIS.....	84
ESTROGENS.....	84
ESTROGEN/PROGESTINS.....	84
GLUCOCORTICOIDS.....	84
GLUCOSE ELEVATING AGENTS.....	85
HUMAN GROWTH HORMONES.....	85
HYPERPARATHYROID TREATMENT, VITAMIN D ANALOGS.....	85
INSULIN-LIKE GROWTH FACTORS.....	85

PHOSPHATE BINDER AGENTS	85
POTASSIUM-REMOVING AGENTS	85
PROGESTINS	85
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODULATORS	85
THYROID AGENTS	85
VASOPRESSINS	86
MISCELLANEOUS	86
GASTROINTESTINAL	86
ANTACIDS	86
ANTIDIARRHEALS	86
ANTIEMETICS	86
ANTISPASMODICS	87
CHOLELITHOLYTICS	87
H ₂ RECEPTOR ANTAGONISTS	87
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE	87
LAXATIVES/STOOL SOFTENERS	87
PANCREATIC ENZYMES	88
PROSTAGLANDINS	88
PROTON PUMP INHIBITORS	88
SALIVA STIMULANTS	88
MISCELLANEOUS	88
GENITOURINARY	89
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA	89
URINARY ANTISPASMODICS	89
VAGINAL ANTI-INFECTIVES	89
MISCELLANEOUS	89
HEMATOLOGIC	89
ANTICOAGULANTS	89
ANTIHEMOPHILIC AGENTS	90
HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS	90
PLATELET AGGREGATION INHIBITORS	90
PLATELET SYNTHESIS INHIBITORS	91
MISCELLANEOUS	91
IMMUNOLOGIC AGENTS	91
BIOLOGIC DISEASE-MODIFYING AGENTS	91
DISEASE-MODIFYING ANTIRHEUMATIC DRUGS (DMARDs)	91
IMMUNE GLOBULINS	91
IMMUNOMODULATORS	91
IMMUNOSUPPRESSANTS	91
VACCINES	91
NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS	92
ELECTROLYTES	92
VITAMINS AND MINERALS	93
MISCELLANEOUS INTRAVENOUS AGENTS	94
RESPIRATORY	95
ANAPHYLAXIS TREATMENT AGENTS	95
ANTICHOLINERGICS	95
ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS	95
ANTIHISTAMINES	96

BETA AGONISTS.....	96
COUGH AND COLD.....	97
CYSTIC FIBROSIS.....	97
LEUKOTRIENE MODIFIERS.....	97
MAST CELL STABILIZERS.....	98
MEDICAL SUPPLIES.....	98
NASAL ANTIHISTAMINES.....	98
NASAL DECONGESTANTS.....	98
NASAL STEROIDS.....	98
RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS.....	98
STEROID/BETA AGONIST COMBINATIONS.....	98
STEROID INHALANTS.....	98
XANTHINES.....	98
MISCELLANEOUS.....	98
TOPICAL.....	99
DERMATOLOGY.....	99
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS.....	102
OPHTHALMIC.....	102
OTIC.....	104
MISCELLANEOUS.....	104
MEDICAL SUPPLIES.....	104
INDEX.....	105

INTRODUCTION

We are pleased to provide the 2017 *Molina Healthcare of California Preferred Drug List (Formulary)* as a useful reference and informational tool. This document can assist medical providers in selecting clinically-appropriate and cost-effective products for their patients.

The drugs represented have been reviewed by a Pharmacy and Therapeutics (P&T) Committee and are approved for inclusion. The document is reflective of current medical practice as of the date of review.

The information contained in this document and its appendices is provided solely for the convenience of medical providers. We do not warrant or assure accuracy of such information nor is it intended to be comprehensive in nature. All the information in the document is provided as a reference for drug therapy selection.

The document is subject to state-specific regulations and rules, including, but not limited to, those regarding generic substitution, controlled substance schedules, preference for brands and mandatory generics whenever applicable.

We assume no responsibility for the actions or omissions of any medical provider based upon reliance, in whole or in part, on the information contained herein. The medical provider should consult the drug manufacturer's product literature or standard references for more detailed information.

PREFACE

The document is organized by sections. Each section is divided by therapeutic drug class primarily defined by mechanism of action. Products are listed by generic name with brand name for reference only. Unless the cited drug is available as an injectable or an exception is specifically noted, generally, all applicable dosage forms and strengths of the drug cited are included in the document.

PHARMACY AND THERAPEUTICS (P&T) COMMITTEE

The services of a Pharmacy and Therapeutics Committee ("P&T Committee") are utilized to approve safe and clinically effective drug therapies. The P&T Committee is an advisory body of clinical professionals. The P&T Committee's voting members include physicians and pharmacists, all of whom have a broad background of clinical and academic expertise regarding prescription drugs. Voting members of the P&T Committee must disclose any financial relationship or conflicts of interest with any pharmaceutical manufacturers.

DRUG LIST PRODUCT DESCRIPTIONS

To assist in understanding which specific strengths and dosage forms on the document are covered, general principles are noted below.

- Listed products on the document generally include all strengths and dosage forms of the cited brand-name product.
- When a strength or dosage form is specified, only the specified strength and dosage form is on the document. Other strengths/dosage forms, including injectable dosage forms of the reference product are not.
- If the OTC and Prescription versions of the product are covered, then both are listed.
- Extended-release and delayed-release products require their own entry.
- Dosage forms on the document will be consistent with the category and use where listed.

PRESCRIPTION QUANTITY

Prescriptions should be written for a therapeutic supply of medications (the amount to appropriately treat a medical condition) up to a maximum of a 60-day supply for some medications prescribed monthly. Trial quantities may be used when initiating new treatments, if appropriate.

GENERIC SUBSTITUTION

Generic substitution is a pharmacy action whereby a generic version is dispensed rather than a prescribed brand-name product. **Boldface type** indicates generic availability. However, not all strengths or dosage forms of the generic name in boldface type may be generically available. In most instances, a brand-name drug for which a generic product becomes available will become non-formulary, with the generic product covered in its place, upon release of the generic product onto the market. However, the document is subject to state specific regulations and rules regarding generic substitution and mandatory generic rules apply where appropriate.

Generic drugs are usually priced lower than their brand-name equivalents. Prescription generic drugs are:

- Approved by the U.S. Food and Drug Administration for safety and effectiveness, and are manufactured under the same strict standards that apply to brand-name drugs.
- Tested in humans to assure the generic is absorbed into the bloodstream in a similar rate and extent compared to the brand-name drug (bioequivalence). Generics may be different from the brand in size, color and inactive ingredients, but this does not alter their effectiveness or ability to be absorbed just like the brand-name drug.
- Manufactured in the same strength and dosage form as the brand-name drugs.

When a generic drug is substituted for a brand-name drug, you can expect the generic to produce the same clinical effect and safety profile as the brand-name drug (therapeutic equivalence).

PLAN DESIGN

The document represents a closed formulary plan design. The medications listed on the document are covered by the plan as represented. Certain medications on the list are covered if utilization management criteria are met (i.e. Step Therapy, Prior Authorization, Quantity Limits, etc.); requests for use of such medications outside of their listed criteria will be reviewed for medical necessity. If a medication is not listed on the document, a formulary exception may be requested for coverage. Medical necessity or formulary exception requests will be reviewed based on drug-specific prior authorization criteria or standard non-formulary prescription request criteria. Log in to www.molinahealthcare.com to check coverage.

PRIOR AUTHORIZATION REQUEST PROCEDURE

Prescriptions for medications requiring prior approval or for medications not included on the Molina Drug Formulary may be approved when medically necessary and when formulary options have demonstrated ineffectiveness. When these exceptional situations arise, the physician may fax a completed drug prior authorization form to Molina at (866) 508-6445. The forms may be obtained by logging into the website www.molinahealthcare.com. Trials of pharmaceutical samples will not be considered as rationale for approving a prior authorization request.

PRIOR AUTHORIZATION HELPFUL HINTS

To ensure the quickest response possible from Molina Healthcare of California's Pharmacy Department, please provide relevant information with the Prior Authorization request. The following are examples:

Class of Medication/Diagnosis	Requested Clinical Information
Cholesterol Lowering	Lipid Panel, Cardiovascular risk factors
Diabetes	A1c Report
Non-Formulary/Non-Preferred Medication	Medication Log and/or Progress Notes documenting previous use of Formulary medications

NON-COVERED MEDICATIONS

Please note that certain medications are not covered. These include, but are not limited to:

- Medications used for sexual dysfunction
- Medications used for cosmetic purposes
- Experimental or investigational medications
- Non-legend drug preparations (benzoic and salicylic acid ointment, salicylic acid cream, ointment, or liquid, sodium chloride, zinc oxide paste)
- Non-legend analgesics
- Enteral nutritional supplements or replacements
- Vitamin combinations for persons > 5 years old (except prenatal vitamins)
- Supplements or other non-FDA approved products
- Non-legend Cough and Cold (OTC products containing guaifenesin or dextromethorphan)
- Household products (hand lotions, moisturizers, etc.)
- Estrogens, conjugated or esterified with methyltestosterone
- Belladonna alkaloids with phenobarbital
- Silver nitrate 75% and potassium nitrate 25% topical applicator sticks
- Silver nitrate topical solution
- Dental products
- Bepreve, Istalol and bromfenac sodium
- Pharmaceuticals determined by the Federal Drug Administration (FDA) to be less than effective and identical, related or similar drugs (frequently referred to as "DESI 5 and 6" drugs)

CARVED-OUT MEDICATIONS (medications covered under Medi-Cal Fee-for-Service)

The following types of medications are covered by the Medi-Cal Fee-for-Service (FFS) program directly, even when the member is enrolled in Molina managed care. For questions about a benefit or service listed here, please call Medi-Cal Support at 1-800-541-5555.

- Psychiatric Drugs
- Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOIs)
- Select Antiparkinsonian Agents
- Mood Stabilizers
- HIV Drugs
- Detoxification Agents
- Hemophiliac Blood Products

PRESCRIPTION CLAIMS PROCESSOR

Molina Healthcare has selected CVS Caremark as the Pharmacy Benefit Management (PBM) Company to manage the prescription benefit for Molina members.

- Questions on processing claims, formulary status or rejected claims may be directed to the CVS Caremark Help Desk at (800) 770-8014.
- Membership and eligibility concerns may be addressed by calling the Molina Membership Services at (888) 665-4621.
- Provider-related questions may be addressed by calling the Molina Provider Services Help Desk at (888) 665-4621.

URGENT AND AFTER-HOURS MEDICATION POLICY

To prevent a member's condition from worsening in an urgent situation, it may be necessary to dispense a 72-hour supply of an acute medication before prior authorization may be obtained from Molina. (e.g., a member is discharged from a hospital after regular business hours with a special antibiotic prescription).

Pharmacies are instructed to use their professional judgment. Molina will reimburse pharmacies for a 72-hour supply of an acute medication at contracted rates for these prescriptions. Pharmacies may contact CVS Caremark Help Desk at (800) 770-8014 to obtain an override for a 72-hour supply.

Pharmacies may call Molina at (888) 665-4621 on the following business day to obtain authorization to allow the urgent or after-hours prescription to process on-line. It is advised and expected that the pharmacy will provide reasonable documentation of cases where medications were dispensed under these urgent circumstances.

LEGEND

AGE	Age Limit
OTC	Over-the-counter, covered benefit with a prescription
PA	Prior Authorization
PA, QL	Quantity Limit is applied after Prior Authorization approval
QL	Quantity Limit
SP	Specialty Drug; these drugs must be obtained through a specialty pharmacy
ST	Step Therapy
†	Specific NDCs may not be reimbursable under the Molina Pharmacy Program
boldface	Indicates generic availability; boldface may not apply to every strength or dosage form under the listed generic name
delayed-rel	Delayed-release (also known as enteric-coated), refer to the reference brand listed for clarification
ext-rel	Extended-release (also known as sustained-release), refer to the reference brand listed for clarification

REQUESTING FORMULARY CHANGES

If you are a prescriber and would like to request a formulary change, please submit your request and rationale to Molina's Pharmacy Department with your contact information.

Fax: 562-499-0790

NOTICE

The information contained in this document is proprietary. The information may not be copied in whole or in part without written permission. ©2017. All rights reserved.

This document contains references to brand-name prescription drugs that are trademarks or registered trademarks of pharmaceutical manufacturers.

INTRODUCCIÓN

Nos complace presentar la *Lista de medicamentos preferidos de Molina Healthcare of California (Formulario) del 2017* como un recurso útil y herramienta informativa. Este documento puede ayudar a los proveedores médicos a seleccionar productos que son clínicamente adecuados y económicos para sus pacientes.

Los medicamentos representados han sido revisados por un Comité de Farmacia y Terapéuticos (P&T, por sus siglas en inglés) y están aprobados para su inclusión. El documento representa las prácticas médicas actuales a partir de la fecha de la revisión.

La información incluida en este documento y sus apéndices se proporcionan solamente a conveniencia de los proveedores médicos. Nosotros no justificamos ni aseguramos la exactitud de dicha información, ni pretende tener una condición exhaustiva. Toda la información en el documento se proporciona como un recurso para la selección de una terapia a base de medicamento.

El documento está sujeto a reglamentos y normas estatales específicos, incluyendo pero no limitado a, aquellos relacionados a la sustitución genérica, programas de sustancias de dispensación controlada, preferencia de marcas comerciales y medicamentos genéricos obligatorios cuando sea pertinente.

No asumimos ninguna responsabilidad por las acciones u omisiones de cualquier proveedor médico, conforme a la confianza, en total o en parte, de la información incluida aquí dentro. El proveedor médico debería consultar la literatura del producto del fabricante del fármaco o los recursos estándar para obtener información más detallada.

PREFACIO

El documento está organizado en secciones. Cada sección se divide por clase de medicamento terapéutico y se define principalmente por el mecanismo de acción. Los productos están enumerados según el nombre genérico con el nombre de la marca comercial solamente como referencia. A menos que el medicamento citado esté disponible en inyección o se señale una excepción específica, generalmente todas las formas de dosificación aplicable y las concentraciones del medicamento indicadas están incluidas en el documento.

COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPÉUTICOS (P&T)

Los servicios del Comité de Farmacia y Terapéuticos ("Comité P&T") se utilizan para aprobar las terapias de medicamentos que son seguras y clínicamente efectivas. El Comité P&T es una junta consultiva con integrantes profesionales clínicos. Los integrantes con voto del Comité P&T incluyen médicos y farmacéuticos, los cuales cuentan con antecedentes extensos de experiencia clínica y académica relacionados a medicamentos recetados. Los integrantes votantes del Comité P&T deben divulgar toda relación financiera o conflicto de intereses que tengan con cualquier fabricante farmacéutico.

DESCRIPCIONES DE LOS PRODUCTOS EN LA LISTA DE MEDICAMENTOS

A continuación se enumeran principios generales que ayudarán a entender las concentraciones específicas y las formas de dosificación incluidos en el documento.

- Los productos enumerados en el documento incluyen todas las concentraciones y formas de dosificación del producto de marca comercial indicado.
- Cuando la concentración o forma de dosificación está especificada, solamente la concentración y forma de dosificación están incluidas en el documento. Otras concentraciones y formas de dosificación, incluyendo las formas de dosis inyectables del producto referido no están en el documento.
- Si las versiones del medicamento de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) y el medicamento recetado del producto están cubiertos, entonces ambos están enumerados.

- Los productos de liberación extendida o liberación retardada necesitan su propia cita.
- Las formas de dosificación en el documento concuerdan con la categoría y su uso según donde estén enumerados.

CANTIDADES DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Los medicamentos recetados se deben recetar para un suministro terapéutico (la cantidad que sea adecuada para tratar una condición médica) con un suministro máximo de 60 días para algunos medicamentos recetados mensualmente. Las cantidades de prueba experimental se pueden usar cuando se traten nuevos tratamientos, según sea apropiado.

SUSTITUCIÓN GENÉRICA

Una sustitución genérica es una acción de la farmacia, por la cual una versión genérica es dispensada en lugar de un producto de marca comercial recetado. **Letra en negrilla** indica que un genérico está disponible. Sin embargo, es posible que no todas las concentraciones y formas de dosis del medicamento genérico en negrilla estén disponibles. En la mayoría de las circunstancias, un medicamento de marca comercial que tenga un producto genérico disponible se convertirá en un medicamento fuera del formulario; el producto genérico estará cubierto en su lugar cuando el producto genérico esté disponible en el mercado. Sin embargo, el documento está sujeto a reglamentos y normas estatales específicos en cuanto a la sustitución del genérico y, donde sea apropiado, se aplicarán las normas obligatorias de medicamentos genéricos.

Los medicamentos genéricos son típicamente más baratos en comparación al mismo medicamento de marca comercial. Los medicamentos genéricos recetados están:

- aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos de EE. UU. conforme a su seguridad y efectividad, y son fabricados bajo los mismos estándares rigurosos que se aplican a los medicamentos de marca comercial;
- evaluados en humanos para asegurar que el genérico tenga una absorción en el flujo sanguíneo a la misma frecuencia y con el mismo alcance cuando se compara al medicamento de marca comercial (bioequivalencia). Los medicamentos genéricos pueden ser distintos cuando se comparan a los de marca comercial en cuanto al tamaño, color e ingredientes inactivos, pero esto no altera su efectividad o capacidad de absorción, tal como el medicamento de marca comercial;
- fabricados con la misma concentración y forma de dosificación como el medicamento de marca comercial.

Cuando un medicamento de marca es sustituido con un medicamento genérico, usted puede anticipar que el genérico producirá el mismo efecto clínico y el mismo perfil de seguridad que el medicamento de marca comercial (equivalencia terapéutica).

DISEÑO DEL PLAN

El documento representa un diseño del plan de formulario cerrado. Los medicamentos enumerados en el documento están cubiertos por el plan, conforme están representados. Ciertos medicamentos de la lista están cubiertos si se cumple el criterio de administración de utilización (p. ej. terapia progresiva, autorización previa, límite en cantidades, etc.); las solicitudes para usar dichos medicamentos cuando no cumplen con el criterio indicado serán evaluadas por necesidad médica. Si un medicamento no está enumerado en el documento, puede solicitar una excepción al formulario de medicamentos preferidos para recibir cobertura. Las solicitudes de necesidad médica o excepción al formulario de medicamentos se revisarán conforme al criterio de preautorización específico al medicamento o al criterio de solicitud estándar para un medicamento recetado fuera del formulario. Inicie una sesión en www.molinahealthcare.com para verificar la cobertura.

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR PREAUTORIZACIÓN

Las recetas médicas para medicamentos que requieren una autorización previa o para medicamentos que no están incluidos en el Formulario de Medicamentos de Molina pueden ser aprobados cuando son médicamente necesarios y cuando las opciones del formulario de medicamentos preferidos han demostrado no ser efectivos. Cuando se presenten estas situaciones excepcionales, el médico puede enviar por fax el formulario de preautorización llenado a Molina al (866) 508-6445. Los formularios se pueden obtener iniciando una sesión en la página web www.molinahealthcare.com. Las muestras farmacéuticas de prueba no se considerarán como justificación para aprobar una solicitud de preautorización.

CONSEJOS ÚTILES DE PREAUTORIZACIÓN

Para asegurar la respuesta más rápida del Departamento de Farmacia de Molina Healthcare of California, proporcione la información relevante con la solicitud de preautorización. Los siguientes son ejemplos:

Clase de medicamento / Diagnóstico

Bajar el colesterol

Diabetes

Medicamento fuera del formulario o no preferido

Información clínica solicitada

Panel de lípidos, factores de riesgos cardiovasculares

Reporte del A1c

Registro de medicamentos o notas de progreso que muestren el uso previo de medicamentos del formulario

MEDICAMENTOS NO CUBIERTOS

Por favor tome en cuenta que ciertos medicamentos no están cubiertos. Estos incluyen, entre otros:

- Medicamentos usados para disfunción sexual
- Medicamentos usados para fines cosméticos
- Medicamentos experimentales o de investigación
- Preparaciones de medicamentos sin leyenda (ungüento de ácido benzoico y salicílico, crema, ungüento o líquido de ácido salicílico, cloruro de sodio, pasta de óxido de zinc)
- Analgésicos sin leyenda
- Suplementos nutricionales enterales o reemplazos
- Combinaciones de vitaminas para personas menores a 5 años de edad (excepto vitaminas prenatales)
- Suplementos u otros productos no aprobados por la FDA
- Productos para la tos y gripa sin leyenda (productos de venta libre que contengan guaifenesina o dextrometorfano)
- Productos del hogar (cremas para manos, humectantes, etc.)
- Estrógenos, conjugados o esterificados con metiltestosterona
- Alcaloides de belladona con fenobarbital
- Barras aplicadoras de 75 % de nitrato de plata y 25 % de nitrato de potasio para uso tópico
- Solución de nitrato de plata para uso externo
- Productos dentales
- Bepreve, Istalol y sodio bromfenac
- Farmacéuticos que la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) determina ser menos efectivos e idénticos, relacionados o semejantes a otro medicamento (frecuente referido como "medicamentos DESI 5 y 6").

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS (medicamentos cubiertos bajo el programa de pago por cada servicio de Medi-Cal)

Los siguientes tipos de medicamentos están cubiertos directamente bajo el programa de servicio de pago por cada servicio (FFS, por sus siglas en inglés) de Medi-Cal, aun cuando el miembro está inscrito en el plan de atención médica administrada de Molina. Para preguntas sobre un beneficio o servicio que figura en la lista, llame a Soporte de Medi-Cal al 1-800-541-5555.

- Medicamentos psiquiátricos
- Inhibidor de monoamino oxidasa (IMAO)
- Selección de agentes antiparkinsoniano
- Estabilizadores del ánimo
- Medicamentos para VIH
- Agentes de desintoxicación
- Hemoderivados hemofílicos

PROCESADOR DE RECLAMOS DE RECETAS MÉDICAS

Molina Healthcare ha seleccionado a CVS Caremark como la compañía Administradora de Beneficios de Farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) para administrar el beneficio de medicamentos recetados para miembros de Molina.

- Las preguntas sobre procesamiento de facturas y reclamos, estado del formulario o reclamos rechazados pueden dirigirse a la Línea Telefónica de Servicio de Apoyo de CVS Caremark al (800) 770-8014.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina al (888) 665-4621 si tiene inquietudes relacionadas a membresía o elegibilidad.
- Llame a la Línea Telefónica de Servicio de Apoyo al Proveedor al (888) 665-4621 si tiene preguntas relacionadas a proveedores de salud.

POLÍTICA DE MEDICACIÓN EN CASO URGENTE O DESPUÉS DE HORAS DE CONSULTA

Para prevenir que la condición de un paciente empeore durante una situación urgente, es posible que necesite dispensar un suministro de 72 horas para un medicamento agudo, antes de que obtenga la autorización previa de Molina (p. ej., un miembro es dado de alta de un hospital con una receta médica de un antibiótico especial después de las horas de servicio regulares).

Las farmacias tienen instrucciones de usar su juicio profesional. Molina reembolsará a las farmacias por un suministro de 72 horas para un medicamento agudo a precios contratados para dichas recetas médicas. Las farmacias pueden comunicarse a la Línea Telefónica de Servicio de Apoyo de CVS Caremark al (800) 770-8014 para obtener una anulación para un suministro de 72 horas.

Las farmacias pueden llamar a Molina al (888) 665-4621 al siguiente día hábil para obtener la autorización para permitir procesar en línea la receta urgente o fuera del horario. Se aconseja y se espera que la farmacia proporcione la documentación razonable de los casos donde los medicamentos se hayan dispensado bajo estas circunstancias urgentes.

LEYENDA

EDAD	Límite de edad
OTC	De venta libre, beneficio cubierto con una receta médica
PA	Autorización previa

PA, QL	Límite de cantidad se aplica después de aprobar una preautorización
QL	Límite de cantidad
SP	Medicamento especializado; estos medicamentos se deben obtener por medio de una farmacia especializada
ST	Terapia escalonada
†	Es posible que ciertos NDC no sean reembolsables bajo el Programa de Farmacia de Molina
negrilla	Indica qué genérico está disponible; la letra en negrilla indica que es posible que no se aplique a cada concentración o forma de dosis bajo el medicamento genérico enumerado
delayed-rel	Liberación retardada (también denominada capa entérica), para clarificación consulte la marca de referencia que está enumerada.
ext-rel	Liberación prolongada (también denominada liberación sostenida), consulte la marca de referencia que está enumerada para clarificación

SOLICITUD DE CAMBIOS AL FORMULARIO

Si usted es el que está emitiendo la receta médica y quiere solicitar un cambio al formulario, presente su solicitud y justificación al Departamento de Farmacia de Molina e incluya su información de contacto.

Número de fax: 562-499-0790

AVISO

La información incluida en este documento es propietaria. La información no se puede copiar en parte o en su totalidad sin un permiso por escrito. ©2017. Todos los derechos reservados.

Este documento incluye referencias a medicamentos de recetados de marca comercial que son marcas registradas de fabricantes de farmacéuticos.

يسعدنا تقديم قائمة الأدوية المفضلة الخاصة بشركة Molina Healthcare في كاليفورنيا لعام 2017 (الوصفات) كمرجع مفيد وأداة معلوماتية. يمكن أن تساعد هذه الوثيقة الموفرين الطبيين في اختيار المنتجات المناسبة سريريًا والاقتصادية لمرضاهم.

الأدوية المقدمة تمت مراجعتها بواسطة لجنة الصيدلة والعلاج (P&T) واعتمادها حتى يتم إدراجها. تعكس الوثيقة الممارسات الطبية الحالية اعتبارًا من تاريخ المراجعة.

المعلومات الموجودة في هذه الوثيقة وملحقاتها مقدمة فقط لموفري الرعاية الطبية. لا نضمن أو نؤكد دقة هذه المعلومات ولا الهدف منها أن تكون شاملة على الطبيعة. جميع المعلومات في هذه الوثيقة مقدمة كمرجع لاختيار العلاج الدوائي.

الوثيقة خاضعة للقواعد والقوانين الخاصة بالولاية، وتشتمل على، وليس للحصر، البدائل العامة والجدول الزمنية الخاصة بالمواد الخاضعة للرقابة وتفضيلات العلامات التجارية والأدوية الإلزامية إذا كان ساريًا.

لا نتحمل أي مسؤولية عن الإجراءات أو التجاوزات الخاصة بأي موفر خدمة طبية بناءً على الثقة كليًا أو جزئيًا، في المعلومات الواردة هنا. ينبغي على موفر الخدمة الطبية الرجوع إلى كتيب المنتجات الخاص بمصنع الدواء أو المراجع القياسية للحصول على مزيد من المعلومات التفصيلية.

يتم تنظيم الوثيقة في أقسام. يتم تقسيم كل قسم بحسب فئة الدواء المحددة بواسطة آلية العمل. ويتم سرد المنتجات بواسطة الاسم العام مع العلامة التجارية للمرجعية فقط. مالم يتوفر الدواء المذكور كحقن أو يذكر باستثناء معين، يتم سرد جميع الجرعات والأشكال وقوة الدواء المطبقة في الوثيقة.

لجنة الصيدلة والعلاج (P&T)

تستخدم خدمات لجنة الصيدلة والعلاج (لجنة P&T) لاعتماد العلاجات الدوائية الآمنة والفعالة سريريًا. وتعد لجنة P&T هيئة استشارية من الخبراء السريريين. يشتمل أعضاء التصويت في لجنة P&T على الأطباء والصيدال، وجميعهم يتمتعون بالخبرة السريرية والأكاديمية الواسعة فيما يتعلق بالأدوية الطبية. ينبغي على أعضاء التصويت في لجنة P&T الكشف عن أي علاقات مالية أو تضارب مصالح مع أي من مصنعي الأدوية.

وصف المنتجات في قائمة الأدوية

للمساعدة في فهم شدة وأشكال الجرعات التي تغطيها الوثيقة، يتم ذكر المبادئ العامة أدناه.

- المنتجات المذكورة في الوثيقة تشتمل بصفة عامة على جميع أشكال الجرعات وشدها الخاصة بمنتج العلامة التجارية المذكور.
- عندما يتم تحديد شكل الجرعة وشدها، يتم ذكر شكل الجرعة وشدها المحدد فقط في الوثيقة. ولا يتم ذكر أشكال أخرى للجرعات وشدها، بما في ذلك أشكال الجرعات القابلة للحقن والخاصة بالمنتج المرجعي.
- إذا تمت تغطية OTC والإصدارات الموصوفة من المنتج، فيتم ذكرهما معًا.
- يلزم للمنتجات التي تم تمديد إصدارها والتي تأخر إصدارها إدخالاً خاصاً بها.
- تتوافق أشكال الجرعات في الوثيقة مع الفئة والاستخدام المذكورين.

الكمية الموصوفة

ينبغي كتابة الوصفات من أجل الإمداد العلاجي للأدوية (الكمية المناسبة لعلاج حالة طبية) بما يكفي 60 يومًا لبعض الأدوية التي توصف شهريًا. يمكن استخدام كميات تجريبية عند البدء في علاجات جديدة، إذا كان ملائمًا.

بدائل عامة

البدائل العامة هي إجراء صيدلي يتم فيه استخدام إصدارًا عامًا بدلاً من العلامة التجارية الموصوفة. نمط سميك وثقيل يشير إلى الإتاحة العامة. ولكن، ليست جميع أشكال الجرعات وشدتها الخاصة بالاسم العام والمكتوبة بخط سميك وثقيل متاحة بصفة عامة. في معظم الحالات، يصبح الدواء الذي يحمل اسم العلامة التجارية والمتاح لمنتج عام، خارج الوصفات، مع تغطية المنتج العام لمكانه، وعند إصدار المنتج العام في السوق. ولكن، تخضع الوثيقة لقوانين وقواعد الولاية فيما يخص البدائل العامة والقواعد العامة الإلزامية كما هو ملائم.

ودائمًا يتم تسعير الأدوية العامة بسعر أقل من نظائرها التي تحمل أسماء علامات تجارية. الأدوية العامة التي تتطلب وصفات طبية:

- تم اعتمادها بواسطة الإدارة الأمريكية للغذاء والأدوية من أجل السلامة والفعالية، وفقًا لنفس المعايير الصارمة التي تطبق على الأدوية التي تحمل أسماء علامات تجارية.
- وتم اختبارها على البشر للتأكد من امتصاص المادة الفعالة في الدم بمعدل ومدى مشابه مقارنةً بالدواء ذي العلامة التجارية (تكافؤ بيولوجي). قد تختلف الأدوية العامة عن العلامات التجارية في الحجم، واللون والمواد غير النشطة، ولكن هذا لا يغير من فعاليتها أو إمكانية امتصاصها تمامًا مثل الدواء ذي العلامة التجارية.
- وتصنيعها بنفس القوة وشكل الجرعة مثل الأدوية ذات العلامات التجارية.

عندما يتم استبدال دواء ذي علامة تجارية بدواء عام، من المتوقع أن يؤدي الدواء العام نفس التأثير السريري الفعال والأمن مثل العلامة التجارية (تكافؤ علاجي).

تصميم الخطة

تقدم الوثيقة تصميم لخطة الوصفات المغلقة. تتم تغطية الأدوية المذكورة في الوثيقة بواسطة الخطة كما هو مقدم. تتم تغطية بعض الأدوية في القائمة إذا تم الإيفاء بمعايير إدارة الاستخدام (على سبيل المثال، العلاج التدريجي، تصريح مسبق، حدود الكميات، وما إلى ذلك)؛ ويتم مراجعة الطلبات من أجل استخدام هذه الأدوية خارج المعايير المذكورة للضرورة الطبية. وإذا كان الدواء غير مذكور في الوثيقة، يمكن طلب استثناء للتغطية. ستتم مراجعة طلبات الضرورة الطبية أو استثناء الوصفات وفقًا لمعايير ما قبل الترخيص الخاصة بالدواء أو معايير طلب الأدوية خارج الوصفات. قم بزيارة الموقع www.molinahealthcare.com للتحقق من التغطية.

الإجراء الخاص بطلب تصريح مسبق

يمكن اعتماد الوصفات الطبية للأدوية التي تستلزم موافقة مسبقة أو للأدوية غير المذكورة في Molina Drug Formulary عندما تكون هناك ضرورة طبية وعندما تظهر خيارات الوصفات عدم الفعالية. عندما تظهر هذه المواقف الاستثنائية، يقوم الطبيب بإرسال استمارة طلب مكتملة إلى Molina بالأدوية اللازم لها موافقة مسبقة عبر الفاكس على الرقم 508-6445 (866). يمكن الحصول على الاستمارات بالدخول إلى موقع الويب www.molinahealthcare.com. لن يتم الاعتبار بتجربة العينات الدوائية كأساس منطقي لاعتماد طلب الموافقة المسبقة.

نصائح مفيدة فيما يخص الموافقات المسبقة

لضمان أسرع استجابة ممكنة من Molina Healthcare of California's Pharmacy Department، يرجى إرفاق المعلومات ذات الصلة بطلب الموافقة المسبقة. فيما يلي أمثلة على ذلك:

المعلومات السريرية اللازمة

نسبة الدهون، مخاطر الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية

تقرير A1c

سجل الأدوية و / أو ملاحظات التقدم توثيق الاستخدام السابق لأدوية الوصفات

فئة الدواء / التشخيص

خفض الكوليسترول

السكري

أدوية خارج الوصفات / غير مفضلة

يرجى ملاحظة أن بعض الأدوية المعينة غير مغطاة. وتشتمل على ما يلي، دون الحصر:

- الأدوية المستخدمة للعجز الجنسي
- الأدوية التي توصف لأغراض تجميلية
- الأدوية التجريبية أو التحقيقية
- إعدادات الأدوية غير الموصوفة (البنزويك، مرهم حمض السلسليك، كريم حمض السلسليك، أو سائل، كلوريد الصوديوم، معجون أكسيد الزنك)
- مسكنات غير موصوفة
- مكملات غذائية معوية أو بدائل
- تركيبات الفيتامينات للأشخاص أقل من 5 سنوات (ماعدًا فيتامينات ما قبل الولادة)
- المكملات أو منتجات أخرى غير معتمدة من FDA
- أدوية البرد والكحة غير الموصوفة (منتجات OTC التي تحتوي على جايفنسين (دواء طارد للبلغم) أو يكسثروميتورفان (دواء مضاد للسعال))
- المنتجات المنزلية (غسول الأيدي، مرطبات، وما إلى ذلك)
- هرمون الإستروجين، مقترن أو مؤستر مع ميثيلستيرون
- ألوكيدات بيلادونا مع فينوباريتال
- عيدان مطباق موضعي من نترات الفضة 75% ونترات بوتاسيوم 25%
- محلول موضعي من نترات الفضة
- أدوية الأسنان
- بيبريف ، إستالول، برومفيناك الصوديوم
- الأدوية التي تم تحديدها بواسطة إدارة الأدوية الفيدرالية (FDA) أنها أقل فعالية والأدوية المطابقة أو ذات الصلة أو المشابهة (عادةً يشار إليها أنها أدوية "DESI 5 و 6")

CARVED-OUT MEDICATIONS (أدوية تتم تغطيتها بواسطة برنامج Medi-Cal Fee-for-Service)

الأنواع التالية من الأدوية مغطاة بواسطة برنامج Medi-Cal Fee-for-Service (FFS) مباشرة، حتى عندما يكون العضو مشتركًا في الرعاية التي تديرها Molina. للاستفسار عن الفوائد أو الخدمات المذكورة هنا، يرجى الاتصال على Medi-Cal Support على الرقم 1-800-541-5555.

- أدوية الطب النفسي
- مثبطات أكسيداز المونو أمين (MAOIs)
- حدد عوامل أنتيباركينسونيان
- مثبتات المزاج
- أدوية HIV
- عوامل إزالة السموم
- منتجات النزيف الدموي

معالجة طلبات الوصفات

قامت Molina Healthcare باختيار CVS Caremark كشركة إدارة الفوائد الدوائية (PBM) لإدارة فوائد الوصفات لأعضاء شركة Molina.

- يمكن إرسال الاستفسارات عن معالجة الطلبات أو وضع الوصفات أو الطلبات المرفوضة إلى مكتب المساعدة الخاص بـ CVS Caremark على الرقم 770-8014 (800).
- يمكن معالجة المخاوف بشأن العضوية والأهلية من خلال الاتصال على Molina Membership Services على الرقم 665-4621 (888).
- يمكن الاستفسار عن الأسئلة التي تتعلق بالموفر من خلال الاتصال على Molina Provider Services Help Desk على الرقم 665-4621 (888).

سياسة الأدوية الطارئة وبعد ساعات العمل الرسمية

لمنع حالة العضو من أن تزداد سوءًا في حالة طارئة، قد يكون من الضروري توزيع إمداد يكفي لمدة 72 ساعة من دواء معين قبل الحصول على موافقة مسبقة من Molina. (على سبيل المثال، إذا خرج العضو من المستشفى بعد ساعات العمل الرسمية ومعه وصفة خاصة لمضاد حيوي).

يتم توجيه الصيدليات باستخدام حكمهم المهني. تقوم Molina بتعويض الصيدليات عن إمداد يكفي 72 ساعة من دواء معين بالمعدلات المتعاقد عليها لهذه الوصفات. يمكن للصيدليات الاتصال على CVS Caremark Help Desk على الرقم 800-770-8014 للحصول على تصريح بإمداد يكفي 72 ساعة.

يمكن للصيدليات الاتصال على Molina على الرقم 665-4621-888 في يوم العمل التالي للحصول على موافقة بالسماح بصرف الوصفات في غير ساعات العمل الرسمية عبر الإنترنت. وينصح ويتوقع من الصيدليات تقديم توثيق منطقي للحالات التي تم فيها صرف الأدوية في هذه الظروف الطارئة.

الوصفات

حد العمر المسموح به	العمر
بدون وصفة طبية، الفوائد المغطاة من خلال وصفة طبية	OTC
التصريح المسبق	PA
يطبق الحد المسموح به من الكمية بعد اعتماد التصريح المسبق.	PA, QL
حدود الكمية	QL
أدوية متخصصة؛ يجب الحصول على هذه الأدوية من خلال صيدلية متخصصة	SP
العلاج التدريجي	ST
قد لا يتم تعويض بعض أدوية NDCs المعينة وفقًا لبرنامج Molina Pharmacy	†
يشير إلى إتاحة الدواء العام؛ وقد لا ينطبق الخط السميك الثقيل على كل شكل وشدة للجرعة تحت اسم الدواء العام المذكور	خط سميك ثقيل
الإصدار المتأخر (يعرف أيضًا بالغليفة)، ويشير إلى العلامة التجارية المرجعية المذكورة للتوضيح	delayed-rel
الإصدار الممتد (يعرف أيضًا بالإصدار المستدام)، ويشير إلى العلامة التجارية المرجعية المذكورة للتوضيح	ext-rel

طلب تغييرات في الوصفات

إذا كنت تقوم بعمل الوصفات وتود أن تطلب تغييرًا في الوصفات، يمكنك تقديم طلب وسبب إلى Molina's Pharmacy Department مرفقًا بمعلومات الاتصال الخاصة بك.

الفاكس: 562-499-0790

ملاحظة

المعلومات الواردة في هذه الوثيقة ملكية مسجلة. لا يمكن نسخ المعلومات كليًا أو جزئيًا بدون تصريح خطي. لعام 2017. جميع الحقوق محفوظة.

تحتوي هذه الوثيقة على مراجع للأدوية ذات العلامات التجارية والعلامات التجارية المسجلة الخاصة بمصنعي الأدوية.

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Ուրախ ենք տրամադրել 2017 թվականի Կալիֆորնիայի Molina Healthcare-ի նախընտրելի դեղորայքի ցանկը (Ապահովագրական տեղեկատու), որպես օգտակար հղում և տեղեկատվական գործիք: Այս փաստաթուղթը կարող է օգնել բժշկական ծառայությունների մատակարարներին ընտրելու կլինիկորեն համապատասխան և ծախսերի առումով շահավետ արտադրանքներ իրենց հիվանդների համար:

Ներկայացված դեղերը վերանայվել են Դեղագործության և թերապևտիկ (Դ&Թ) հարցերով հանձնաժողովի կողմից և հաստատվել ընդգրկման համար: Այս փաստաթուղթը արտացոլում է ընթացիկ բժշկական պրակտիկան, վերանայման ամսաթվի դրությամբ:

Այս փաստաթղթում և դրա հավելվածներում տեղ գտած տեղեկատվությունը տրամադրվում է բացառապես բժշկական ծառայությունների մատակարարների մատչելիության համար: Մենք չենք երաշխավորում կամ հավաստիացնում նման տեղեկատվության ճշգրտությունը, և այն նախատեսված չէ լինել համապարփակ/սպառիչ բնույթի: Փաստաթղթում առկա ողջ տեղեկատվությունը տրամադրվում է որպես հղում՝ դեղորայքային թերապիա ընտրելու համար:

Փաստաթուղթը ենթակա է պետական հատուկ կանոնակարգերի և կանոնների, ներառյալ, սակայն չսահմանափակվելով դրանցով, կապված վերարտադրված (ջեներիկ) դեղի փոխարինման, վերահսկվող նյութերի ժամանակացույցերի, ապրանքանիշերի նախապատվության և պարտադիր ջեներիկ դեղերի (generics) հետ, եթե կիրառելի է:

Մենք չենք կրում որևէ պատասխանատվություն բժշկական ծառայությունների որևէ մատակարարի գործողությունների կամ բացթողումների համար, որոնք ամբողջությամբ կամ մասնակիորեն հիմնված են սույն փաստաթղթում պարունակվող տեղեկատվության վրա: Ավելի մանրամասն տեղեկատվության համար, բժշկական ծառայությունների մատակարարը պետք է տեղեկացված լինի դեղորայք արտադրողի արտադրանքի վերաբերյալ ցուցումների, գրականության կամ ստանդարտ տեղեկանքների մասին:

ՆԱԽԱԲԱՆ

Փաստաթուղթը կազմված է բաժիններից: Յուրաքանչյուր բաժին բաժանվում է դեղորայքի թերապևտիկ դասակարգմամբ՝ սահմանված ըստ ազդեցության մեխանիզմի: Արտադրանքները թվարկված են վերարտադրված (ջեներիկ) դեղի անունով՝ ապրանքանիշային անվան հետ միասին միայն հղման համար: Ընդհանուր առմամբ, նշված դեղորայքի բոլոր կիրառելի դեղաչափի ձևերը և դեղաքանակները ընդգրկված են փաստաթղթում, բացառությամբ այն դեպքերի, եթե նշված դեղամիջոցը մատչելի չէ ներարկման համար կամ մասնավորապես, նշված չէ:

ԴԵՂԱԳՈՐԾՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԹԵՐԱՊԻԱՅԻ ՀԱՐՑԵՐՈՎ (Դ&Թ) ՀԱՆՁՆԱԺՈՂՈՎ

Դեղագործության և թերապիայի հարցերով հանձնաժողովի («Դ&Թ հանձնաժողով») ծառայությունները օգտագործվում են հաստատելու դեղորայքի միջոցով անվտանգ և կլինիկորեն արդյունավետ բուժումները: Դ&Թ հանձնաժողովը հանդիսանում է

կլինիկական ուրտի մասնագետների խորհրդատվական մարմին: Դ&Թ հանձնաժողովի ձայնի իրավունք ունեցող անդամները բժիշկներ և դեղագործներ են, որոնք բոլորն էլ դեղատոմսով բաց թողնվող դեղորայքի վերաբերյալ ունեն կլինիկական և ակադեմիական ուրտի փորձառության լայն շրջանակ: Դ&Թ հանձնաժողովի ձայնի իրավունք ունեցող անդամները պետք է բացահայտեն ցանկացած ֆինանսական հարաբերություն կամ շահերի բախում կապված դեղագործական արտադրողների հետ:

ԴԵՂՈՐԱՅՔԻ ՑԱՆԿԻ ԱՐՏԱԴՐԱՆՔԻ ՆԿԱՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ

Ընդհանուր սկզբունքները՝ օգնելու հասկանալ թե դեղորայքի որ հատուկ դեղաքանակներն ու դեղաձևերն են ներկայացված փաստաթղթում, բերված են ստորև:

- Փաստաթղթում թվարկված արտադրանքները գլխավորապես ընդգրկում են նշված ապրանքանիշով արտադրանքի բոլոր դեղաքանակները և դեղաչափի ձևերը:
- Եթե նշվում է դեղաքանակի կամ դեղաչափի ձևը, ապա փաստաթղթում ներկայացվում է նշված դեղաքանակը և դեղաչափի ձևը: Այլ դեղաքանակներ/դեղաչափի ձևեր, այդ թվում տվյալ արտադրանքի ներարկման համար դեղաչափի ձևերը, չեն նշվում:
- Եթե առանց դեղատոմս (OTC) և դեղատոմսով արտադրանքի բաց թողնվող տարբերակները ներկայացված են, ապա երկուսն էլ նշվում են:
- Ընդլայված-թողարկումով և հետաձգված-թողարկումով արտադրանքները պահանջում են առանձին գրանցում:
- Փաստաթղթում առկա դեղաչափի ձևերը այլ տեղերում նշելիս անհրաժեշտ է պահպանել դասակարգման և օգտագործման համապատասխանությունը:

ԴԵՂԱՏՈՄՍԻ ՔԱՆԱԿԸ

Դեղորայքի թերապևտիկ մատակարարման նպատակով, դեղատոմսերը, որոնք որոշ դեղորայքի համար տրվում են ամսական կտրվածքով (քանակ, որն անհրաժեշտ է առողջական վիճակի պատշաճ բուժման համար), անհրաժեշտ է գրել առավելագույնը 60-օրյա մատակարարման ժամկետով: Փորձնական քանակությունները կարող են կիրառվել նոր բուժումներ սկսելու դեպքում, ըստ անհրաժեշտության:

ՋԵՆԵՐԻԿ ԴԵՂԵՐ

Վերարտադրված (ջեներիկ) դեղի փոխարինումը հանդիսանում է դեղատնային գործողություն, երբ կիրառվում է դեղի ջեներիկ տարբերակը այլ ոչ թե նախատեսված ապրանքանիշային արտադրանքը: Ընդգծված տառատեսակը ցուցանում է ջեներիկ դեղի մատչելիությունը: Այնուամենայնիվ, ընդգծված տառատեսակով անվամբ ջեներիկ դեղի ոչ բոլոր դեղաքանակներն ու դեղաչափի ձևերն են լայնորեն հասանելի: Բազմաթիվ դեպքերում, ջեներիկ արտադրանքի շուկա թողարկումից հետո ապրանքանիշային դեղորայքը, որի համար արդեն հասանելի է ջեներիկ արտադրանքը իր ընդգրկված ցանկում, դրա հետ միասին դառնում է չապահովագրված/ չընդգրկված դեղամիջոց: Այնուամենայնիվ, փաստաթուղթը ենթակա է պետական հատուկ կանոնակարգերի և կանոնների կապված վերարտադրված (ջեներիկ) դեղի փոխարինման և պարտադիր վերարտադրման կանոնների հետ, ըստ անհրաժեշտության:

Ջեներիկ դեղերը սովորաբար ունեն ավելի ցածր գին, քան դրանց ապրանքանիշային համարժեքները: Դեղատոմսով բաց թողնվող ջեներիկ դեղերը

- Հաստատված են ԱՄՆ-ի Պարենի և դեղորայքի վարչության կողմից անվտանգության և արդյունավետության համար, և արտադրված՝ ապրանքանիշային դեղերի համար կիրառվող նույն խիստ չափանիշների համաձայն:
- Փորձարկված են մարդկանց վրա, հավաստիացնելու, որ ջեներիկ դեղը ներծծվում է արյան մեջ միևնույն արագությամբ և չափով ապրանքանիշային դեղորայքի համեմատ (կենսահամարժեքություն): Ջեներիկ դեղերը կարող են տարբերվել ապրանքանիշային դեղերից իրենց չափով, գույնով և ոչ-ակտիվ բաղադրիչներով, սակայն դա չի ազդում դրանք արդյունավետության կամ կարողության վրա՝ ներծծվել ինչպես ապրանքանիշային դեղը:
- Արտադրված են նույն դեղաքանակի և դեղաչափի ձևով ինչպես ապրանքանիշային դեղերը:

Երբ ջեներիկ դեղորայքը փոխարինում է ապրանքանիշային դեղորայքին, ապա Դուք կարող եք ակնկալել, որ ջեներիկ դեղը կունենա նույն կլինիկական ազդեցությունը և անվտանգությունը, ինչպես ապրանքանիշային դեղը (թերապևտիկ համարժեքություն):

ՊԼԱՆԻ ՆԱԽԱԳԻԾ

Փաստաթուղթը ներկայացնում է փակ դեղագիտական տեղեկատուի պլանի նախագիծ: Փաստաթղթում թվարկված դեղամիջոցները ընդգրկված են պլանով ըստ ներկայացվածի: Որոշ դեղամիջոցներ ընդգրկված են ցանկում, եթե դրանց օգտագործման կառավարման չափորոշիչները բավարար են (օրինակ՝ Քայլային թերապիա, Նախնական թույլտվություն, Քանակի սահմանափակումներ և այլն); նման դեղամիջոցների օգտագործման համար պահանջները, որոնք դրանց նշված չափորոշիչներից դուրս են, պետք է դիտարկվեն բժշկական անհրաժեշտությունից ելնելով: Եթե դեղորայքը նշված չէ փաստաթղթում, ապա ընդգրկելու համար կարող է պահանջվել ապահովագրման (դեղը ընդգրկելու) բացառություն: Բժշկական անհրաժեշտության կամ ընդգրկման/ապահովագրման բացառության պահանջները վերանայվում են կոնկրետ դեղամիջոցի նախնական թույլտվության չափորոշիչների կամ ստանդարտ չապահովագրված դեղատոմսի պահանջի չափորոշիչի հիման վրա: Մուտք գործեք www.molinahealthcare.com վեբ կայք դեղամիջոցի մատչելիությունը ստուգելու նպատակով:

ՆԱԽՆԱԿԱՆ ԹՈՒՅԼՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ՀԱՐՑՆԵԼՈՒ ԳՈՐԾՆԹԱՅ

Նախնական հաստատում պահանջող դեղորայքի կամ Molina Դեղորայքի ապահովագրական պլանում չընդգրկված դեղամիջոցների դեղատոմսերը կարող են հաստատվել բժշկական անհրաժեշտության դեպքում և երբ ընդգրկման տարբերակները ցույց են տվել անարդյունավետություն: Այսպիսի բացառիկ իրավիճակների առաջացման դեպքում, բժիշկը կարող է ֆաքսի օգնությամբ դեղորայքի նախնական թույլտվության լրացված ձևը ուղարկել Molina Healthcare (866) 508-6445 հեռախոսահամարով: Ձևաթղթերը կարելի է ձեռք բերել մուտք գործելով www.molinahealthcare.com վեբ կայք: Դեղագործական

նմուշների փորձարկումները չեն դիտարկվում որպես հիմնավորում՝ հաստատելու նախնական թույլտվության պահանջը:

ՆԱԽՆԱԿԱՆ ԹՈՒՅԼՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ՍՏԱՆԱԼՈՒ ՕԳՏԱԿԱՐ ԽՈՐՀՈՒՐԴՆԵՐ

Կալիֆորնիայի Molina Healthcare դեղագործության վարչությունից հնարավորինս արագ արձագանք ստանալու համար, խնդրում ենք Նախնական թույլտվության պահանջի հետ միասին տրամադրել համապատասխան տեղակատվություն: Հետևյալ օրինակները՝

Դեղի/ախտորոշման դասը

Պահանջվող կլինիկական տեղեկատվություն

Խոլեստերինի մակարդակի նվազեցում

Լիպիդային վահանակ, սիրտ-անոթային համակարգի ռիսկի գործոնները

Շաքարախտ

A1c հաշվետվություն

Դեղաբանական տեղեկագրում չընդգրկված/Ոչ նախընտրելի դեղեր

Դեղամիջոցների տեղեկամատյանը և/կամ առաջընթացի վերաբերյալ նշումները, որոնք նախկինում արձանագրել են Դեղաբանական տեղեկագրից օգտվելու անգանմերը

ՉՓՈԽՆԱՏՈՒՑՎՈՂ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐ

Խնդրում ենք, նկատի ունենալ, որ որոշ դեղամիջոցներ չեն ընդգրկված: Դրանք ներառում են, բայց չեն սահմանափակվում՝

- Սեռական դիսֆունկցիայի համար օգտագործվող դեղորայք
- Կոսմետիկ նպատակներով օգտագործվող դեղորայք
- Փորձարարական կամ հետազոտական դեղամիջոցներ
- Առանց դեղատոմս բաց թողնվող դեղորայքային պատրաստուկներ (բենզոլիկ և սալիցինաթթվի քսուրք, սալիցինաթթվի կրեմ, քսուրք, կամ հեղուկ, նատրիումի խլորիդ, ցինկ օքսիդի մածուկ)
- Առանց դեղատոմս բաց թողնվող ցավազրկողներ
- Էնտերալ սննդային հավելումներ կամ փոխարինողներ
- Վիտամինային համակցություններ 5 տարեկանից բարձր անձանց համար (բացառությամբ նախածննդյան վիտամինների)
- Հավելումներ կամ այլ արտադրանքներ, որոնք հաստատված չեն FDA-ի կողմից
- Առանց դեղատոմս բաց թողնվող պատրաստուկներ մրսածության և հազի դեմ (Առանց դեղատոմսի բաց թողնվող արտադրանքներ, որոնք պարունակում են գվայֆենեզին (guaifenesin) կամ դեքստրոմեթորֆան (dextromethorphan))
- Կենցաղային արտադրանքներ (ձեռքի լոսյոններ, խոնավեցնող միջոցներ և այլն)
- Մերթիլտեստոստերոնի հետ համակցված կամ էսթերացված էստրոգեններ
- Բելլադոննա ալկալոիդներ ֆենոբարբիտալի հետ միասին
- 75%-անոց արծաթե նիտրատի և 25%-անոց կալիումի նիտրատի տեղային կիրառման ձողիկներ
- Արծաթե նիտրատի տեղային օգտագործման լուծույթ
- Ատամնաբուժական ապրանքներ
- Բեպրև (Bepreve), Իսթալոլ (Istalol) և բրոմֆենակ նատրիում (bromfenac sodium)

- FDA-ի կողմից որոշվող դեղագործական պատրաստուկները պետք լինեն ոչ պակաս արդյունավետ և նույնական, փոխկապված կամ նմանատիպ դեղամիջոցներ (հաճախ ներկայացվում են որպես "DESI 5 և 6" դեղամիջոցներ)

ԸՆԴԳՐԿՄԱՆ ՊԱՏԱՍԽԱՆԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆԻՑ ԴՈՒՐՍ ԴԵՂՈՐԱՅՔ (Medi-Cal-ի վճարի դիմաց ծառայություն ծրագրի շրջանակում ընդգրկված դեղորայք)

Դեղորայքի հետևյալ տեսակները ուղղակիորեն ընդգրկված են Medi-Cal-ի վճարի դիմաց ծառայություն ծրագրում, նույնիսկ այն դեպքում, եթե անդամը ներգրավված է Molina Healthcare-ի կողմից կառավարվող խնամքի ծրագրում: Այստեղ նշված օգուտների կամ ծառայության վերաբերյալ հարցերի համար, խնդրում ենք զանգահարել Medi-Cal աջակցության կենտրոն 1-800-541-5555 հեռախոսահամարով:

- Հոգեբուժական դեղամիջոցներ
- Մոնոամինօքսիդազ կանխարգելիչ միջոցներ (MAOIs)
- Ընտրովի հակապարկինսոնյան դեղանյութեր
- Տրամադրության կայունացուցիչներ
- Դեղեր ՄԻԱՎ-ից
- Դետոքսիկացման գործակալներ
- Արյան հեմոֆիլ հիվանդության միջոցներ

ԴԵՂԱՏՈՄՍԵՐԻ ՊԱՀԱՆՋԵՐԻ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆԱԿ

Molina Healthcare-ը ընտրել է CVS Caremark-ին, որպես Դեղագործության օգուտների կառավարման (PBM) ընկերություն, Molina Healthcare-ի անդամների համար դեղատոմսից ստացված օգուտները կառավարելու նպատակով:

- Պահանջների ընթացքի, Ապահովագրական պլանի կարգավիճակի կամ մերժված պահանջների վերաբերյալ հարցերը կարող են ուղղորդվել CVS Caremark-ի օգնության ծառայություն՝ (800) 770-8014 հեռախոսահամարով:
- Անդամակցությանը և իրավասությանն առնչվող հարցերի վերաբերյալ կարող եք զանգահարել Molina անդամակցության ծառայություններ՝ (888) 665-4621 հեռախոսահամարով:
- Մատակարարին առնչվող հարցերի վերաբերյալ կարող եք զանգահարել Molina Provider Services-ի օգնության ծառայություն (888) 665-4621 հեռախոսահամարով:

ՀՐԱՏԱՊ ԵՎ ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՅԻՆ ԺԱՄԵՐԻՑ ԴՈՒՐՍ ԲՈՒԺՄԱՆ ՔԱՂԱՔԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Հրատապ իրավիճակում անդամի վիճակի վատթարացումը կանխելու համար, կարող է անհրաժեշտ լինել տրամադրել 72-ժամյա ինտենսիվ դեղորայքային բուժում, նախքան Molina Healthcare-ից նախնական թույլտվության ձևի ստացումը: (օրինակ՝ անդամը դուրս է գրվում հիվանդանոցից աշխատանքային ժամից հետո հատուկ հակաբիոտիկ դեղատոմսով):

Դեղատոմսերը հրահանգված են կիրառել իրենց մասնագիտական դատողությունը: Molina Healthcare-ը դեղատոմսերին փոխհատուցում է 72-ժամյա ինտենսիվ դեղորայքային բուժման տրամադրման դիմաց, պայմանագրով նախատեսված այդ դեղատոմսերի սակագների

համաձայն: Դեղատները կարող են դիմել CVS Caremark –ի օգնության ծառայություն (800) 770-8014 հեռախոսահամարով՝ 72-ժամյա մատակարարման համար իրավասություն ձեռք բերելու նպատակով:

Դեղատները կարող են զանգահարել Molina Healthcare հաջորդ աշխատանքային օրը (888) 665-4621 հեռախոսահամարով՝ ստանալու թույլտվություն՝ հրատապ կամ աշխատանքային ժամերից դուրս բուժմանը առցանց ընթացք տալու նպատակով: Խորհուրդ է տրվում և ակնկալվում, որպեսզի դեղատունը այդ դեպքերի համար տրամադրի ողջամիտ փաստաթղթեր, երբ բուժումները տրամադրվել են այսպիսի հրատապ հանգամանքներում:

ԱՌԱՆՑ ԴԵՂԱՏՈՄՄԻ ԲԱՑ ԹՈՂՆՎՈՂ

AGE	Տարիքային սահմանափակում
OTC	Առանվ դեղատոմսի բաց թողնվող դեղատոմսեր
PA	Նախնական թույլտվություն
PA, QL	Քանակական սահմանափակումները կիրառվում են Նախնական թույլտվության հաստատումից հետո
QL	Քանակական սահմանափակում
SP	Մասնագիտական դեղամիջոցներ; այդ դեղերը պետք է ստանալ մասնագիտացված դեղատներից
ST	Փուլային բուժում
†	Molina Pharmacy Program (Դեղատների ծրագիր) ներքո որոճակի NDC-ներ չեն փոխհատուցվում
ընդգծված տառատեսակ	Ցույց է տալիս վերարտադրված (ջեներիկ) դեղի մատչելիությունը; ընդգծված տառատեսակը կարող է չկիրառվել յուրաքանչյուր դեղաքանակի կամ դեղաչափի ձևի համար նշված ջեներիկ դեղի անվան ներքո
դելեյդ-րել	Հետաձգված-թողարկում (նաև հայտնի է, որպես էնտերիկ-կադապարումով), վերաբերում է վկայակոչված ապրանքանիշին, որը նշված է պարզաբանման համար:
էքստ-րել	Ընդլայնված-թողարկում (նաև հայտնի է, որպես երկարատև-թողարկում), վերաբերում է վկայակոչված ապրանքանիշին, որը նշված է պարզաբանման համար:

ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՄԱՆ/ԸՆԴԳՐՎՄԱՆ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՊԱՀԱՆՁ

Եթե դուք բժիշկ եք և ցանկանում եք պահանջել ապահովագրման/ընդգրկման փոփոխություն, խնդրում ենք Ձեր պահանջը և հիմնավորումը ներկայացնել Molina Healthcare-ի դեղագործության բաժին Ձեր կոնտակտային տվայլների հետ միասին:

Ֆաքս՝ 562-499-0790

ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ

Այս փաստաթղթում պարունակվող տեղեկատվությունը հանդիսանում է սեփականություն: Առանց գրավոր թույլտվության տեղեկատվությունը չի կարող կրկնօրինակվել ամբողջությամբ կամ մասնակիորեն: ©2017. Բոլոր իրավունքները վերապահված են:

Այս փաստաթուղթը պարունակում է ապրանքանիշային դեղատոմսով դեղերի հղումներ, որոնք հանդիսանում են դեղագործական արտադրողների ապրանքային նիշները կամ գրանցված ապրանքանիշները:

خرسندیم لیست داروهای ترجیحی *Molina Healthcare* کالیفرنیا در سال 2017 (فهرست دارو) و نیز ابزارهای اطلاعاتی و ارجاع مفید را ارائه دهیم. این سند می‌تواند به ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی در انتخاب محصولات مقرون‌به‌صرفه و مناسب از نظر پزشکی به بیماران آنها کمک کند.

داروهای ارائه‌شده توسط کمیته دارو و درمان (P&T) بررسی شده و مورد تأیید قرار گرفته است. مدارک بیانگر اقدامات پزشکی فعلی از تاریخ بازبینی است.

اطلاعات موجود در این مدارک و ضمیمه‌های آن صرفاً برای سهولت کار ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی ارائه شده است. ما صحت این اطلاعات را تضمین نمی‌کنیم و آنها در عمل جامع نیستند. تمام اطلاعات سند به عنوان مرجعی برای انتخاب دارو ارائه شده است.

این سند تحت قوانین و مقررات مخصوص هر ایالت، شامل اما نه محدود به قوانین و مقررات عمومی جایگزینی، برنامه‌های مواد کنترل‌شده، ترجیح برندها و داروهای عمومی الزامی هرگاه که قابل اجرا بود.

ما هیچ‌گونه مسئولیتی برای اقدامات یا قصور ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی بر اساس اعتماد، کلی یا جزئی، به اطلاعات موجود در اینجا قائل نمی‌شویم. ارائه‌دهنده خدمات پزشکی باید برای کسب اطلاعات جامع به سابقه محصول تولیدکننده دارو یا ترجیحات استاندارد مراجعه کند.

پیشگفتار

این سند به صورت بخش به بخش ارائه شده است. هر بخش بر اساس طبقه داروهای درمانی تعریف شده توسط مکانیزم عمل تقسیم‌بندی شده است. محصولات دارای نام ژنریک نام برند تنها به منظور ارجاع در این فهرست قرار داده شده‌اند. به استثنای داروهایی که به صورت تزریقی یا استثناء ذکر شده است، به طور کلی تمام دوزها و قدرت داروها در این سند آورده شده است.

کمیته دارو و درمان (P&T)

خدمات کمیته دارو و درمان («کمیته P&T») به منظور تأیید درمان‌های دارویی و بالینی مؤثر و ایمن به کار گرفته می‌شود. کمیته دارو و درمان (P&T) گروهی از متخصصین کلینیکی هستند. اعضای رأی‌دهنده کمیته دارو و درمان (P&T) شامل پزشکان و داروسازانی می‌باشند که همگی پیش‌زمینه گسترده‌ای از تجربیات دانشگاهی و کلینیکی در رابطه با داروهای تجویزی دارند. اعضای رأی‌دهنده کمیته دارو و درمان (P&T) می‌بایست هر نوع رابطه مالی یا تضاد منافع با تولیدکنندگان دارو را بیان کنند.

توصیف محصولات لیست دارو

به منظور درک بهتر اینکه کدام شکل دوز و نقاط قوت در سند تحت پوشش قرار می‌گیرد، اصول کلی به شکل زیر آورده شده است.

- محصولات قرار گرفته در فهرست این سند به‌طور کلی شامل میزان قدرت و دوز داروی محصولات برند ذکر شده است.
- هرگاه قدرت یا دوز دارو مشخص شده است، تنها همان قدرت و دوز مشخص شده در سند ذکر می‌شود. سایر دوزها/قدرت دارو، شامل دوزهای قابل تزریق محصول مرجع در سند ذکر نمی‌شود.
- در صورتیکه OTC و نسخه‌های تجویز شده محصول پوشش داده شوند، هر دوی آنها در فهرست قرار داده می‌شوند.
- محصولات پیوسته رهش و آهسته رهش نیازمند ثبت ورودی مربوط به خود می‌باشند.
- اشکال دوز ذکر شده در سند با دسته‌بندی و مصرف جایی که قرار دارند مطابقت خواهند داشت.

میزان تجویز

نسخه تجویز شده باید برای تأمین داروی (به میزانی که به طور مناسب یک وضعیت پزشکی را درمان کند) حداکثر یک دوره 60 روزه بعضی از تجویزهای ماهانه نوشته شود. مقادیر آزمایشی می‌تواند در صورت لزوم در زمان شروع درمان جدید استفاده شود.

جایگزینی عمومی یک عمل مربوط به دارو است که به وسیله آن یک نمونه عمومی به جای محصول برند تجویز شده به بیمار ارائه می‌شود. چاپ درشت نشان‌دهنده در دسترس بودن داروی عمومی است. با این وجود، ممکن است تمام اشکال دوز و قدرت نام عمومی که دارای چاپ درشت هستند به صورت عمومی قابل تهیه نباشند. در بیشتر موارد، داروی برندی که برای آن یک محصول عمومی قابل تهیه است از فهرست داروها حذف می‌شود و پس از عرضه داروی عمومی، این دارو جایگزین آن می‌شود. با این وجود، این سند بر طبق قوانین و مقررات خاص دولتی مربوط به جایگزینی عمومی و قوانین عمومی الزام‌آور است.

معمولاً قیمت داروهای عمومی از داروهای برند معادل آنها کمتر است. داروهای عمومی (ژنریک) تجویزی:

- توسط سازمان غذا و داروی آمریکا از نظر ایمنی و کارایی تأیید شده‌اند و تحت استانداردهایی سخت‌گیرانه اعمال شده برای داروهای برند تولید می‌شوند.
- برای اطمینان از جذب دارای سرعت و میزان مشابه با داروی برند (زیست‌برابری)، در انسان‌ها تست می‌گردند. ممکن است داروهای عمومی از نظر اندازه، رنگ و ترکیبات غیرفعال با داروهای تجاری تفاوت داشته باشند، اما این موارد باعث تغییر در کارایی آنها یا میزان جذبشان نمی‌شود.
- در دوز و قدرت برابر با داروهای برند تولید می‌شوند.

وقتی که یک داروی عمومی جایگزین یک داروی برند می‌شود، می‌توان همان اثر کلینیکی و ایمنی مشابه با داروی برند را از داروی عمومی انتظار داشت (همسنگی درمان).

طرح برنامه

این سند نشان‌دهنده طرح برنامه فهرست دارویی دقیقی می‌باشد. داروهای لیست شده در این سند همان‌طور که بیان شده توسط برنامه پوشش داده می‌شوند. بعضی از داروهای خاص لیست در صورت برآورده شدن معیار مدیریت استفاده (یعنی درمان مرحله‌ای، تأیید قبلی، حدود مقادیر و غیره) پوشش داده می‌شوند؛ درخواست‌های استفاده از چنین داروهایی خارج از معیارهای لیست شده در صورت ضرورت پزشکی بررسی خواهند شد. اگر دارویی در فهرست این سند قرار نداشته باشد، می‌توان یک استثنای فهرست دارو برای تحت پوشش قرار گرفتن آن درخواست کرد (درخواست داد آن دارو استثنائاً در فهرست دارو قرار گیرد). ضرورت پزشکی یا درخواست‌های استثنای فهرست دارو بر اساس معیارهای تأیید قبلی دارو یا معیارهای درخواست تجویز دارویی که در فهرست نیست بررسی خواهد شد. برای بررسی تحت پوشش قرار داشتن دارو به آدرس www.molinahealthcare.com مراجعه کنید.

فرآیند درخواست تأییدیه قبلی

تجویز داروهای نیازمند تأییدیه قبلی یا داروهای خارج از لیست فهرست داروی Molina می‌تواند زمانی تأیید شوند که از نظر پزشکی ضروری بوده و گزینه‌های موجود در فهرست دارو ناکارآمد باشند. هرگاه چنین موقعیت‌های استثنایی به وجود آمد، پزشک می‌تواند از طریق شماره 508-6445 (866)، فرم تکمیل‌شده تأییدیه قبلی دارو را به Molina فکس کند. شما می‌توانید با ورود به وبسایت www.molinahealthcare.com به فرم‌ها دسترسی پیدا کنید. نسخه‌های آزمایشی نمونه‌های دارویی به‌عنوان نمی‌تواند دلیلی قانع‌کننده برای پذیرش درخواست تأییدیه قبلی باشد.

نکات مفید مربوط به تأییدیه قبلی

برای اطمینان از سریع‌ترین پاسخ ممکن از بخش داروی Molina Healthcare کالیفرنیا، اطلاعات مرتبط را با درخواست تأییدیه قبلی ارائه نمایید. در زیر چند مثال آورده شده است:

اطلاعات بالینی درخواست‌شده	دسته دارو/تشخیص
نوار لیبید، فاکتورهای ریسک قلبی عروقی	کاهش‌دهنده کلسترول
گزارش A1c	دیابت
گزارش درمان و/یا یادداشت‌های پیشرفتگی که در آن استفاده قبلی از داروهای قرار گرفته در فهرست دارو ذکر شده است	داروهای غیرفهرستی/غیرترجیحی

داروهای که تحت پوشش نیستند

لطفاً توجه داشته باشید که بعضی از داروها پوشش داده نمی‌شوند. این داروها شامل، اما نه محدود به این موارد است:

- داروهای مورد استفاده برای ناتوانی جنسی
- داروهای مورد استفاده برای آرایش
- داروهای آزمایشی یا پژوهشی
- مکمل‌های دارویی بدون نسخه (پماد بنزوئیک و اسید سالیسیلیک، کرم اسید سالیسیلیک، پماد یا مایع سدیم کلراید، خمیر اکسید روی)
- مسکن‌های بدون نسخه
- مکمل‌ها یا جایگزین‌های تغذیه‌ای روده‌ای
- ترکیبات ویتامین برای اشخاص بالای 5 سال (به جز ویتامین‌های پیش از تولد)
- مکمل‌ها یا دیگر محصولات تأیید نشده توسط FDA
- سرماخوردگی و سرفه بدون نسخه (محصولات OTC حاوی گایافنزین یا دکسترومتورفان)
- محصولات خانگی (لوسیون‌های دست، مرطوب‌کننده‌ها و غیره)
- استروژن‌ها، در هم آمیخته یا استری‌شده با متیل تستوسترون
- آکالئیدهای بلادونا با فنوباربیتال
- چسب‌های موضعی با نیترات نقره 75 درصد و نیترات پتاسیم 25 درصد
- محلول موضعی با نیترات نقره
- محصولات مربوط به بهداشت دندان
- سدیمبرومفیناک، استالل و پپریو
- محصولات دارویی کم اثر و مشابه، داروهای مشابه و مرتبط (معمولاً به عنوان داروهای «DESI 5 and 6» شناخته می‌شود) که توسط سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) مشخص شده است.

داروهای تولید شده (داروهای تحت پوشش Medi-Cal Fee-for-Service)

داروهای زیر توسط برنامه Medi-Cal Fee-for-Service (FFS) به طور مستقیم تحت پوشش قرار گرفته‌اند، حتی وقتی که عضو در مراقبت مدیریت‌شده Molina ثبت‌نام کرده است. برای دریافت پاسخ به سؤالات مربوط به مزایا یا خدمات ارائه‌شده در اینجا، لطفاً از طریق شماره 1-800-541-5555 با پشتیبانی Medi-Cal تماس بگیرید.

- داروهای روان‌پزشکی
- بازدارنده‌های اکسیداس مونامین (MAOIs)
- انتخاب عوامل ضد پارکینسون
- داروهای تثبیت‌کننده خلق‌و‌خو
- داروهای HIV
- عوامل رفع مسمومیت
- محصولات خونی هموفیلی

ارزیاب ادعاهای مربوط به تجویز

Molina Healthcare سی‌وی‌اس کرمارک (Caremark CVS) را به‌عنوان شرکت مدیریت

منافع داروخانه‌ها جهت مدیریت سود تجویز برای اعضای Molina انتخاب کرده است.

- سؤالات مربوط به ادعاهای در حال بررسی، وضعیت فهرست داروها یا ادعاهای مردود را می‌توانید از طریق شماره 800-770-8014 (800) از راهنمای سی‌وی‌اس کرمارک بپرسید.
- مسائل مربوط به عضویت و واجد شرایط بودن را می‌توانید از طریق تماس با خدمات مشترکین Molina به شماره 665-4621 (888) مطرح نمایید.
- سؤالات مربوط به ارائه‌دهنده را می‌توانید از طریق تماس با بخش راهنمای خدمات ارائه‌دهندگان Molina به شماره 665-4621 (888) مطرح کنید.

سیاست تجویز داروی فوری یا پس از ساعات اداری

برای جلوگیری از وخامت وضعیت یک عضو در شرایط اضطراری، ممکن است لازم باشد مقدار داروی مورد نیاز برای 72 ساعت را پیش از دریافت تأییدیه قبلی از طرف Molina به بیمار داد. (به عنوان مثال، عضو پس از ساعات اداری از بیمارستان ترخیص شده و یک آنتی‌بیوتیک خاص برای وی تجویز شده است).

به داروخانه‌ها ابلاغ شده در این شرایط از قضاوت حرفه‌ای خود بهره ببرند. Molina هزینه داروهایی که برای 72 ساعت در شرایط پزشکی حاد به بیمار ارائه کرده‌اند را با نرخ‌های قراردادی این داروها به داروخانه پرداخت می‌کند. داروخانه‌ها می‌توانند به از طریق شماره 770-8014 (800) با بخش راهنمای سی‌وی‌اس کرمارک تماس گرفته و کارمزد میزان داروی 72 ساعت بیمار را به دست آورند.

داروخانه‌ها می‌توانند در روز کاری بعد از طریق شماره (888) 665-4621 با Molina تماس گرفته و مجوز مربوط به ارائه دارو برای نسخه‌های فوری یا پس از ساعات اداری را دریافت کرده تا به صورت آنلاین بررسی شود. توصیه می‌شود و انتظار می‌رود که داروخانه مدارک معقولی از مواردی که داروها تحت این شرایط فوری زیر به بیماران عرضه شده‌اند را ارائه نماید.

شرح

محدوده سنی	AGE
بدون نسخه، مزایای تحت پوشش با نسخه	OTC
تأییدیه قبلی	PA
محدودیت مقدار پس از تأیید شدن تأییدیه قبلی اعمال می‌شود	PA, QL
محدودیت مقدار	QL
داروهای تخصصی، این داروها باید از طریق داروخانه تخصصی تهیه شوند	SP
درمان مرحله‌ای	ST
NDCهای خاص که ممکن است برنامه دارویی Molina قابل به پرداخت هزینه آن نباشد	†
نشانگر در دسترس بودن داروهای عمومی است، ممکن است چاپ درشت برای هر میزان قدرت یا دوز موجود در نام عمومی لیست شده اعمال نشود	چاپ درشت
آهسته رهش (که به عنوان قرص‌های پوششی روده‌ای نیز شناخته می‌شود)، برای توضیح بیشتر به لیست مرجع برنند مراجعه کنید	delayed-rel
پیوسته رهش (که به عنوان sustained-release نیز شناخته می‌شود)، برای توضیح بیشتر به لیست مرجع برنند مراجعه کنید	ext-rel

درخواست تغییرات فهرست داروها

در صورتی که یک پزشک تجویزکننده دارو هستید و تمایل دارید درخواستی برای تغییر در فهرست داروها ارائه دهید، لطفاً درخواست و توضیحات مربوطه را همراه با اطلاعات تماس خود به بخش داروی Molina ارسال نمایید.

فکس: 562-499-0790

اطلاعیه

اطلاعات موجود در این سند دارای حقوق انحصاری است. شما نمی‌توانید این اطلاعات را بدون اجازه کتبی قبلی به صورت کلی یا جزئی کپی کنید. ©2017. تمام حقوق محفوظ است.

این سند دارای ارجاع به نام برند داروهای تجویزی است که نشان تجاری یا نشان تجاری ثبت شده تولیدکنندگان دارو هستند.

TAW QHIA

Peb muaj lus zoo siab muab muab *Molina Healthcare of California Cov Npe Tshuaj Teev Tseg xyoo 2017 (Formulary)* uas yog cov ntaub ntawv ua pov thawj thiab cov cuab yeej muaj txiaj ntsig zoo. Cov ntaub ntawv no tuaj yeem pab cov kws siv tshuaj kho mob xaiv cov chaw kuaj mob kom tsim nyog thiab cov nqi tshuaj uas muaj txiaj ntsig zoo rau lawv cov neeg mob.

Cov tshuaj teev tseg tau raug tshuaj xyuas los ntawm Pab Pawg Saib Xyuas Chaw Muag Tshuaj thiab Cov Kws Kho Mob (P&T) thiab tau txais kev pom zoo rau suav nrog. Cov ntaub ntawv siv tau txij hnuv pib qhov kev kho mob tam sim no raws li hnuv tau tshuaj xyuas.

Cov ntsiab lus hauv tsab ntawv no thiab nws cov ntawv xa nrog ua ke tau muab rau ib leeg txhawm rau yooj yim rau cov kws kho mob. Tsis txhob lees tab lossis lav txog qhov muaj tseeb ntawm cov ntaub ntawv nrog rau tsis txhob ua tus sawv cev rau hauv cov ntaub ntawv. Txhua cov ntaub ntawv hauv cov ntaub ntawv tau muab ua cov ntaub ntawv pov thawj rau cov tshuaj uas raug xaiv.

Cov ntaub ntawv no tau teev tseg txog-cov cai tshwj xeeb thiab cov kev cai, suav nrog, tab sis tsis tas rau, cov cai hloov pauv txhua yam, cov sijhawm siv cov tshuaj raug tuav tswj, cov npe tshuaj uas xav tau thiab cov cai teev tseg thaum twg thiaj siv tau.

Peb xav tias tsis muaj lub luag haujlwm rau cov kev txiaj txim lossis tso tseg ib lub chaw kho mob raws li kev tso siab, hauv txhua yam lossis ib feem ntawm cov ntaub ntawv muaj nyob ntawm no. Tus kws kho mob yuav tsum sab laj lub chaw tsim tshuaj kho mob cov ntaub ntawv khoom lossis cov qauv txheej txheem rau ntau yam ntaub ntawv.

PHAU NTAWV

Cov ntawv tau tsim los ntawm cov zaj lus. Txhua zaj lus raug faib raws li cov tshuaj kho mob cuam tshuam uas tau teev tseg los ntawm cov txheej txheem kho mob. Tau sau cov npe tshuaj los ntawm lub npe nrog cov cim lub npe rau cov tshuaj teev tseg nkaus xwb. Tshwj tsis yog muaj lub chaw tsim tshuaj raws li cov tshuaj txhaj lossis qhov kev zam tau teev tseg, feem ntau, txhua yam tshuaj siv tau los thiab qhov ua tau zoo ntawm cov chaw tsim tshuaj tau suav nrog hauv cov ntaub ntawv.

PAB PAWG SAIB XYUAS LUB CHAW MUAG TSHUAJ THIAB CHAW KHO MOB (P&T)

Cov kev pab ntawm Pab Pawg Saib Xyuas Khw Muag Tshuaj thiab Kws Kho Mob (“Pab Pawg P&T”) tau raug siv los tso cai kev nyab xeeb thiab cov tshuaj uas tso cai siv tau. Pab Pawg P&T yog ib pag pawg qhia kev paub ntawm cov kws kuaj mob. Pab pawg P&T cov tswv cuab suav nrog cov kws kho mob thiab cov chaw muag tshuaj, txhua cov uas muaj keeb kwm kev kuaj mob thiab kev tshaj lij kawm paub txog cov tshuaj muaj ntawv yuav tshuaj. Cov tswv cuab pov ntawv xaiv tsa ntawm Pab Pawg P&T yuav tsum nthuav tawm txhua cov kev cuam tshuam feem nyiaj txiaj lossis kev tsis sib haum xeeb txog cov paj nrig nrog txhua lub chaw tsim tshuaj kho mob.

COV LUS PIAV QHIA NTAWM COV NPE TSHUAJ

Txhawm rau kom nkag siab txog qhov ua tau zoo tshwj xeeb thiab hom tshuaj siv ntawm cov ntaub ntawv tau qhovw, muaj cov ntsiab lus piav qhia hauv qab no.

- Cov npe tshuaj ntawm cov ntaub ntawv feem ntau suav nrog txhua qhov ua tau zoo thiab cov tshuaj siv ntawm cov chaw muag tshuaj uas muaj-npe tshuaj.
- Thaum qhov ua tau zoo lossis hom tshuaj siv raug teev tseg, tsuas yog qhov ua tau zoo tshwj xeeb thiab cov tshuaj siv thiaj muaj nyob ntawm cov ntaub ntawv. Lwm yam ua tau zoo/cov tshuaj, suav nrog cov tshuaj txhaj ntawm cov npe tshuaj xav tau uas tsis muaj.

- Yog tias OTC thiab Cov Ntawv Yuav Tshuaj ntawm cov tshuaj puav leej raug pab them tag nrho ob qho muaj npe.
- Nthuav dav kev tshaj tawm thiab tshaj tawm cov khoom lag luam qeeb yuav tsum kom lawv ntaus npe nkag ntawm tus kheej.
- Cov tshuaj siv ntawm cov ntaub ntawv yuav raug xaiv nrog hom tshuaj thiab tau siv rau cov muaj npe.

COV NTAWV XAJ YUAV TSHUAJ MUAJ TXIAJ NTSIG ZOO

Cov ntawv yuav tshuaj yuav tsum tau sau rau yuav cov cuab yeej kho mob ntawm cov tshuaj kho mob (qhov ntau tsawg ntawm cov tshuaj txhawm rau kho mob) ntau txog qhov ntau tshaj ntawm cov khoom siv tau 60 hnub rau qee yam kev kho mob uas tau sau ntawv yuav tshuaj hauv txhua lub hli. Qhov ntau ntawm cov tshuaj yuav raug siv thaum pib cov kev kho mob tshiab, yog tias tsim nyog.

COV TSHUAJ PHEEJ YIG LOS HLOOV

Cov tshuaj pheej yig los hloov yog qhov uas lub chaw muag tshuaj siv yam tshuaj pheej yig coj los kho mob hloov kev siv cov tshuaj muaj suab npe. **Hom Boldface** qhia pom txog muaj cov tshuaj pheej yig. Txawm li cas los xij, tsis yog txhua qhov zoo lossis cov tshuaj ntawm cov npe tshuaj pheej yig hauv hom boldface yuav muaj txhua zaus. Feem ntau lawm, cov tshuaj muaj suab npe rau hom tshuaj pheej yig dhau ua cov tshuaj uas tsis-muaj nyob hauv cov npe tshuaj, uas yog cov tshuaj pheej yig hloov uas tau txais kev pab them nqi. Raws li kev tshaj tawm ntawm cov tshuaj pheej yig hauv kiab khw. Txawm li cas los xij, cov ntaub ntawv tau teev tseg rau lub xeev cov cai tshwj xeeb thiab cov cai ntsig txog kev siv cov tshuaj pheej yig los hloov thiab cov cai kev siv tshuaj kho mob uas siv tau raws li qhov tsim nyog.

Cov tshuaj pheej yig feem ntau yog tus nqi qis dua li cov tshuaj muaj suab npe nrov ib yam. Cov ntawv xaj yuav tshuaj pheej yig yog:

- Tau tso cai los ntawm Asmeskas Lub Tswj Hwm Khoom Noj Haus thiab Tshuaj rau kev nyab xeeb thiab muaj txiaj ntsig zoo, thaib tau tsim khoom raws li tib co qauv txheej txheem coj nruj uas siv rau cov tshuaj muaj suab npe.
- Tau sim hauv cov tib neeg txhawm rau kom ntseeg tias cov tshuaj uas txhaj rau hauv neeg cov ntshav ntau ib yam thiab ntxiv rau kev npaj cov tshuaj muaj npe (bioequivalence). Cov tshuaj pheej yig feem ntau yuav sib txawv li cov tshuaj muaj npe, txog qhov loj me, xim thiab cov kuab tshuaj sib tov, tab sis yuav tsis muaj qhov sib txawv txog rab peev xwm los mus kho mob tsuas yog tias muaj lub npe sib txawv xwb.
- Kev tsim tawm cov tshuaj uas kho mob tau zoo ib ya, thiab tib hom tshuaj li cov tshuaj muaj npe nrov.

Thaum cov tshuaj pheej yig tau siv coj los hloov rau cov tshuaj muaj suab npe, koj tuaj yeem tau txais cov tshuaj uas siv kho mob tau zoo ib yam thiab muaj kev nyab xeeb ib yam li cov tshuaj muaj npe (kho mob tau zoo ib yam nkaus).

KEV TSIM QHOV KEV NPAJ

Cov ntaub ntawv nthuav qhia txog kev npaj tsim cov tshuaj uas zoo sib xws. Cov npe tshuaj kho mob ntawm cov ntaub ntawv yog tau txais kev pab them los ntawm qhov chaw npaj pab them nqi kho mob raws li teev tseg. Cov tshuaj kho mob ntawm cov npe tshuaj tau txais kev pab them yog tias siv cov tshuaj uas raug raws li cov qauv xaiv (xws li Cov Kauj Ruam Kho Mob, Thov Tso Cai Ua Ntej, Tsis Siv Ntau Tshaj Li Qhov Txwv thiab lwm yam); cov ntawv thov siv tshuaj uas tsis nyob hauv lawv cov npe tshuaj raug xaiv yuav tau txais kev tshuaj xyuas seb puas yog kev kho mob tsim nyog. Yog tias cov tshuaj kho mob uas tsis muaj nyob hauv cov ntaub ntawv npe tshuaj, yuav muaj cov tshuaj raug zam tau thov kom pab them. Kev kho mob tsim nyog lossis cov npe tshuaj raug zam rau cov kev thov yuav raug tshuaj xyuas raws li cov tshuaj tshwj xeeb rau cov qauv xaiv kev tso cai ua ntej lossis cov qauv txheej txheem daim ntawv xaj yuav cov tshuaj tsis-muaj hauv cov npe tshuaj raws li cov qauv xaiv. Nkag mus hauv www.molinahealthcare.com txhawm rau tshuaj xyuas cov kev pab them nyiaj.

COV TXHEEJ TXHEEM THOV KEV TSO CAI UA NTEJ

Cov ntawv yuav tshuaj txog cov tshuaj uas yuav tsum tau txais kev tso cai ua ntej lossis cov tshuaj tsis muaj nyob hauv Molina Cov Npe Tshuaj yuav tsum tau txais kev tso cai thaum yog kev kho mob tsim nyog thiab thaum pom tias kev xaiv siv lwm yam tshuaj yuav muaj txiaj ntsig zoo dua. Thaum cov xwm txheej kev zam no muaj ntau ntxiv, tus kws kho mob yuav fev daim ntawv foos sau thov kev tso cai ua ntej mus rau Molina ntawm (866) 508-6445. Cov ntawv foos tuaj yeem nrhiav pom nyob rau hauv tus website www.molinahealthcare.com. Cov qauv tshuaj siv ib ntus yuav tsis xam tias yog cov tshuaj uas yuav tsum tau thov kev tso cai siv ua ntej.

COV LUS QHIA MUAJ TXIAJ NTSIG ZOO TXOG THOV TSO CAI UA NTEJ

Txhawm rau kom tau txais cov lus teb sai tshaj plaws los ntawm Molina Healthcare ntawm California Lub Chaw Haujlwm Saib Xyuas Chaw Muag Tshuaj, thov muab cov ntaub ntawv uas cuam tshuam nrog tsab ntawv thov Tso Cai Ua Ntej. Txuas ntxiv no yog cov piv txwv:

Chav Siv Tshuaj Kho Mob/Kuaj ob

Txo Qis Cov Roj Hauv Cov Ntshav

Ntxhav qab zib

Cov Tshuaj Kho Mob Tsis Muaj Nyob
Hauv Cov Qauv Tshuaj/Tsis-Xav Tau

Thov Cov Ntaub Ntawv Kev Kuaj Mob

Cov pheej hmoo Cov Roj Hauv Lub Cev, Cov Roj Hauv
Cov Ntshav

A1c Ntawv Hais Qhia

Cov Npe Tshuaj Kho Mob thiab/lossis Cov Ntawv Sau Txog
Kev Nce Qeb ntawm kev siv cov tshuaj Muaj Hauv Cov Qauv
dhau los

COV TSHUAJ KHO MOB UAS TSI PAB THEM

Thov nco ntsoov tias muaj qee cov tshuaj kho mob yuav tsis tau txais kev pab them. Cov no suav nrog, tab sis tsis tas rau:

- Cov tshuaj tau siv kom muaj qhov txawv txav txog kev sib deev
- Cov tshuaj uas siv rau lub hom phiaj ua kom zoo nkauj
- Cov tshuaj sim kho mob lossis tshawb nrhiav qhov tseeb
- Cov tshuaj tsis muaj ntaub ntawv lo (benzoic thiab salicylic acid ointment, salicylic acid cream, ointment, lossis cov tshuaj ua kua, sodium chloride, zinc oxide paste)
- Cov tshuaj tsis muaj ntawv lo noj kom mob ntaug
- Cov tshuaj noj ntxiv dag zog rau lub cev lossis hloov lwm yam
- Tshuaj qab los rau cov neeg > hnuv nyoog 5 xyoos (zam rau cov tshuaj qab los pojniam cev xeeb tub)
- Cov tshuaj ntxiv zog lossis lwm yam tshuaj uas tsis yog-FDA cov tshuaj raug tso cai
- Cov tshuaj zoo Hnoos thiab Los Ntswg tsis muaj ntaub ntawv lo (Cov tshuaj OTC muaj cov kuab tshuaj guaifenesin lossis dextromethorphan)
- Cov tshuaj siv hauv tsev (tshuaj pleev tes taw, tshuaj ua kom tawv nqaij noo)
- Tshuaj estrogens, conjugated lossis esterified nrog methyltestosterone
- Tshuaj belladonna alkaloids nrog phenobarbital
- Tshuaj silver nitrate 75% thiab potassium nitrate 25% topical applicator sticks
- Tshuaj kho mob silver nitrate topical
- Cov khoom kho hniav
- Cov tshuaj beprev, lstalol thiab bromfenac sodium
- Cov tshuaj kho mob raug txiav txim los ntawm Tsoomfwv Lub Chaw Tswjhwmm Tshuaj Kho Mob (FDA) kom siv tsawg dua qhov muaj feem tsis zoo thiab xaiv yam tshuaj cuam tshuam lossis zoo sib xws (feem ntau yog hais txog hom tshuaj “DESI 55 thiab 6”)

COV TSHUAJ UAS TXIAV TAWM (cov tshuaj kho mob tau pab them raws li Medi-Cal Cov Nqi Kho Mob)

Hom tshuaj kho mob txuas ntxiv no yog cov pab them ncaj qha los ntawm Medi-Cal Cov Kev Pab Kho Mob (FFS), txawm tias thaum tus tswv cuab tau rau npe hauv Molina managed care lawm los xij. Muaj lus nug txog cov nyiaj pab lossis cov kev pab muaj npe ntawm no, thov hu rau Medi-Cal Qhov Chaw Pab Txhawb ntawm 1-800-541-5555.

- Tshuaj Kho Txoj Kev Xav
- Tshuaj Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOIs)
- Tshuaj Xaiv Antiparkinsonian Agents
- Tshuaj Kho Kev Ntxhov Siab Mood Stabilizers
- Tshuaj Kho HIV
- Tshuaj Detoxification Agents
- Cov Tshuaj Kho Kab Mob Hauv Cov Ntshav Hemophiliac

COV TXHEEJ TXHEEM THOV NTAWV XAJ YUAV TSHUAJ

Molina Healthcare tau xaiv CVS Caremark ua Lub Tuam Txhab Tswj Hwm Chaw Muag Tshuaj (Pharmacy Benefit Management (PBM)) txhawm rau tuav tswj cov nyiaj pab ntawv xaj yuav tshuaj rau Molina cov tswv cuab.

- Cov lus nug txog cov txheej txheem thov, xwm txheej ntawm cov tshuaj teev tseg lossis cov kev thov uas raug tsis kam lees yuav raug xa ncaj qha mus rau CVS Caremark Lub Chaw Pab Cuam ntawm (800) 770-8014.
- Cov tswv cuab thiab cov neeg muaj cai li kev txhawj xeeb yuav tau txais kev hais daws uas yogh u rau Molina Lub Chaw Pab Cuam Tswvcuab ntawm (888) 665-4621.
- Cov lus nug cuam tshuam txog-kws kho mob yuav raug hais daws uas yog hu rau Molina Lub Chaw Pab Cuam Nrhiav Chaw Kho Mob ntawm (888) 665-4621.

TSAB CAI KEV KHO MOB MAJ CEEV THIAB KHO MOB TOM QAB LAWJ HAUJLWM

Txhawm rau tiv thaiv cov tswvcuab tus mob kom tsis txhob muaj kev phom sij hauv qhov xwm txheej maj ceev, nws yog ib qho tsim nyog kom siv sij hawm 72 xuj moos los muab kev pab kho mob ua ntej tau txais kev tso cai los ntawm Molina. (piv txwv tus tswv cuab raug tso tawm ntawm lub tsev kho mob tom qab cov xuj moos ua haujlwm nrog cov kev xaj yuav tshuaj kho mob tshwj xeeb).

Cov chaw muag tshuaj tau qhia kom siv lawv cov tshuaj uas raug hloov pauv. Molina yuav them nyiaj rov qab rau cov tshuaj kho mob siv 72 xuj moos uas yog tus mob maj ceev ntawm them uas tau cog lus tseg rau cov ntawv xaj yuav tshuaj no. Cov chaw muag tshuaj yuav tiv toj CVS Caremark Lub Chaw Pab Cuam ntawm (800) 770-8014 txhawm rau kom tau txais ntawv tso cai rau siv cov tshuaj kho mob 72 xuj moos.

Cov chaw muag tshuaj yuav hu rau Molina ntawm (888) 665-4621 ntawm cov hnuv ua haujlwm kom tau txais kev tso cai txhawm rau kho mob maj ceev lossis kho mob tom qab lawj haujlwm rau cov txheej txheem hauv online. Nws yog cov lus qhia thiab teev tseg tias lub khw muag tshuaj yuav maub cov laj thawj sau tseg txog cov teebmeem uas cov tshuaj kho mob rau raug siv raws li cov xwm txheej kho mob maj ceev no.

NTAWV LO QHIA

HNUB NYOOG	Lub Hnub Nyoog Txwv
OTC	Cov tshuaj tsis muaj ntawv yuav tshuaj, tau txais kev pab them nrog cov tshuaj muaj ntawv xaj yuav tshuaj
PA	Kev Tso Cai Ua Ntej
PA, QL	Kev Txwv Tsis Pub Siv Ntau Tshaj tau siv tom qab Kev Tso Cai Ua Ntej raug tso cai
QL	Kev Txwv Tsis Pub Siv Ntau Tshaj
SP	Cov Tshuaj Tshwj Xeeb; cov tshuaj no yuav tsum tau txais los ntawm cov chaw muag tshuaj tshwj xeeb
ST	Cov Kauj Ruam Kho Mob
†	Qhov NDCs tshwj xeeb yuav tsis tau txais them nyiaj rov qab raws li Molina Qhov Kev Pab Them Nqi Hauv Chaw Muag Tshuaj
boldface	Qhia pom txog cov tshuaj uas muaj, boldface yuav siv tsis tau rau txhua yam tshuaj nyaum lossis tshuaj ntsiav raws li cov npe tshuaj
tso tawm qeeb (delayed-rel)	Tso tawm qeeb (Delayed-release) (kuj tseem hu tias enteric-coated), ntsig txog cov tshuaj muaj npe txhawm rau qhia meej
ext-rel	Tshuaj nthuav tawm ntxiv (Extended-release) (kuj tseem hu tias sustained-release), ntsig txog cov tshuaj muaj npe ua pov thawj txhawm rau qhia meej

KEV THOV KOM HLOOV COV THSUAJ MUAJ NPE TEEV TSEG

Yog tias koj yog tus kws xaj yuav tshuaj thiab xav thov kom hloov cov npe tshuaj muaj npe teev tseg, thov xa koj daim ntawv thov thiab muab xa mus rau Molina Lub Chaw Haujlwm Saib Xyuas Chaw Muag Tshuaj nrog rau koj cov ntaub ntawv tiv toj.

Fev: 562-499-0790

NTAWV CEEBTOOM

Cov ntsiab lus uas tau sau hauv tsab ntawv no yog cov ntaub ntawv ua qauv. Cov ntsiab lus yuav tsis raug luam tag nrho lossis ib feem yam tsis tau txais kev tso cai ua ntej. ©2017. Pov hwm txhua cov cai ntiag tug.

Tsab ntawv no muaj cov ntaub ntawv ua pov thawj txog cov tshuaj muaj suab npe uas yog cov muaj cim lag luam lossis rau npe hauv cim lag luam ntawm cov chaw tsim ua tshuaj kho mob.

សេចក្តីផ្តើម

យើងខ្ញុំមានសេចក្តីសោមនស្សរីករាយដើម្បីផ្តល់ជូននូវ *បញ្ជីឱសថដែលត្រូវការនៅក្នុងរដ្ឋ California*) ឆ្នាំ2017 *Molina Healthcare* ក្នុងកម្មវិធីរូបមន្តឱសថ (សម្រាប់ជាបញ្ជីយោងដែលមានប្រយោជន៍ និងជាមធ្យោបាយទទួលបានព័ត៌មានផងដែរ។ ឯកសារនេះអាច ជួយអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងការជ្រើសរើសផលិតផលដែលសមស្របផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងមានតម្លៃសមរម្យសម្រាប់អ្នកជំងឺ។

(P&T) ឱសថដែលបានបង្ហាញ ត្រូវបានត្រួតពិនិត្យដោយគណៈកម្មការឱសថស្ថាន និងមន្ទីរព្យាបាល និងទទួលបានការអនុម័តិយល់ព្រមផ្តាច់មុខ។ ឯកសារនេះ ឆ្លុះបញ្ចាំងពីការប្រើប្រាស់ឱសថក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ន គឺត្រឹមកាលបរិច្ឆេទនៃការត្រួតពិនិត្យ។

ព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងឯកសារនេះ និងក្នុងឧបសម្ព័ន្ធនៃឯកសារនេះ ត្រូវផ្តល់ជូនសម្រាប់បង្កភាពងាយស្រួលដល់អ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រប៉ុណ្ណោះ។ យើងពុំមានការរ៉ាប់រង ឬការធានាលើភាពត្រឹមត្រូវនៃព័ត៌មានទាំងនេះនោះទេ ហើយឯកសារនេះក៏ពុំមានបំណង ផ្តល់ការយល់ដឹងស៊ីជម្រៅនោះទេ។ គ្រប់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលមាននៅក្នុងឯកសារនេះ ត្រូវបានផ្តល់ជូន ជាឯកសារយោងសម្រាប់ការជ្រើសរើសឱសថព្យាបាល។

ឯកសារនេះស្ថិតក្រោមច្បាប់និងបទបញ្ញត្តិផ្ទៃក្នុងកំណត់របស់រដ្ឋ រួមមានប៉ុន្តែមិនកំណត់ត្រឹម ច្បាប់ស្តីពីការជំនួសឱសថទូទៅ តារាងពេលវេលាកំណត់ការគ្រប់គ្រងឱសថ ទំនោរនៃ ការប្រើប្រាស់ឱសថដែលមានយឺតយ៉ាវ និងឱសថប្រភេទទូទៅដែលមានអាណត្តិ ដែលមានជាធរមាន។

យើងពុំទទួលខុសត្រូវសម្រាប់សកម្មភាពឬការលុបចោលនៃអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយ ផ្នែកលើភាពអាចពឹងពាក់បាន ទោះបីដោយផ្នែកឬទាំងស្រុងក្តី ទៅលើព័ត៌មានដែលមាន នៅក្នុងឯកសារនេះ។ អ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រគួរធ្វើការប្រឹក្សាយោបល់ជាមួយក្រុមហ៊ុនផលិតឱសថអំពី ប្រវត្តិផលិតផល ឬអំណះអំណាងស្តង់ដារនានាសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។

បុព្វកថា

ឯកសារនេះត្រូវបានរៀបចំជាផ្នែកៗ។ ផ្នែកនីមួយៗត្រូវបានបែងចែកទៅតាមប្រភេទឱសថព្យាបាល ដែលកំណត់ដោយយន្តការនៃសកម្មភាពព្យាបាល។ ផលិតផលនានាត្រូវបានចុះបញ្ជីតាមឈ្មោះប្រភេទទូទៅជាមួយនឹងឈ្មោះយឺតយ៉ាវ សម្រាប់ការយោងតែប៉ុណ្ណោះ។ លើកលែងតែឱសថដែលបានដកស្រង់ អាចស្វែងរកបានជាប្រភេទឱសថ ប្រភេទថ្នាំចាក់ ឬលើកលែងតែមានការកំណត់ចំណាំជាពិសេស ជាទូទៅគ្របទម្រង់ឱសថ ដែលអាចប្រើប្រាស់បានទាំងអស់ ហើយកម្លាំងឱសថដែលដកស្រង់ មានរាប់បញ្ចូលនៅក្នុងឯកសារនេះ។

គណៈកម្មការឱសថស្ថាន និងមន្ទីរព្យាបាល (P&T)

សេវានានារបស់គណៈកម្មការឱសថស្ថាន និងមន្ទីរព្យាបាល ("គណៈកម្មការ" ("P&Tត្រូវបាន ប្រើប្រាស់ដើម្បីបញ្ជាក់ពីសុវត្ថិភាព និងការព្យាបាលដោយឱសថប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ គណៈកម្មការ គឺជាស្ថាប័នប្រឹក្សាយោបល់នៃអ្នក P&Tជំនាញផ្នែកគ្លីនិកសាស្ត្រ។ សមាជិកជ្រើសតាំងតាមរយៈការបោះឆ្នោតរបស់គណៈកម្មការ រួមមានគ្រូពេទ្យ P&T និងឱសថការី ដែលអ្នកទាំងអស់នេះមានចំណេះដឹងទូលំទូលាយផ្នែកគ្លីនិកសាស្ត្រ និងជាអ្នកជំនាញ ផ្នែកស៊ីក្យាទាក់ទងនឹងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា។ សមាជិកជ្រើសតាំងតាមរយៈការបោះឆ្នោតរបស់គណៈកម្មការ ត្រូវបញ្ចេញព័ត៌មានទាក់ទងនឹងទំនាក់ទំនងហិរញ្ញវត្ថុ ឬទំនាក់ទំនងផលប្រយោជន៍ជាមួយក្រុមហ៊ុន ផលិតឱសថណាមួយ។

ការពិពណ៌នាអំពីបញ្ជីឱសថ

ដើម្បីជួយដល់ការយល់ដឹងពីកម្លាំង និងទម្រង់ឱសថដែលមានរៀបរាប់នៅក្នុងឯកសារនេះ គោលការណ៍ទូទៅមួយចំនួនត្រូវបានកត់សម្គាល់នៅផ្នែកខាងក្រោម។

- ផលិតផលដែលមានចុះបញ្ជីនៅក្នុងឯកសារនេះ ជាទូទៅរួមមានកម្លាំង និងទម្រង់ឱសថ នៃផលិតផលដែលមានឈ្មោះយឺតយ៉ាវដែលបានដកស្រង់។

- នៅពេលដែលកម្លាំង ឬទម្រង់ខុសធម្មតាបញ្ជាក់ នោះមានតែតែកម្លាំងឬទម្រង់ ខុសធម្មតាដែលមានបញ្ជាក់ទេដែលមាននៅក្នុងឯកសារនេះ។ កម្លាំងទម្រង់ខុសធម្មតាទៀត / រួមមានទម្រង់ខុសធម្មតាដែលអាចចាក់បាននៃផលិតផលយោង មិនត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុងឯកសារនេះទេ។
- ប្រសិនបើខុសធម្មតាផ្សេងៗ និងខុសធម្មតាផ្សេងៗនៃផលិតផលនេះត្រូវបានរ៉ាប់រង ដូចនេះប្រភេទកម្លាំងទម្រង់ខុសធម្មតាទាំងពីរប្រភេទនេះត្រូវបានចុះក្នុងបញ្ជី/
- ផលិតផលឆាប់រលាយ និងផលិតផលខ្លាំងក្រាយ តម្រូវឱ្យមានការចុះបញ្ជីដោយខ្លួនឯង។
- ទម្រង់ខុសធម្មតានៅក្នុងឯកសារនេះ នឹងមានភាពស្របគ្នាជាមួយប្រភេទ និងការប្រើប្រាស់ដែល មានក្នុងបញ្ជី។

បរិមាណខុសធម្មតាដែលមានផ្សេងៗ

ផ្សេងៗត្រូវសរសេរចូលជាលាយលក្ខណ៍អក្សរសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់នៃខុសធម្មតាចំនួន រហូតដល់កម្រិតនៃការផ្គត់ផ្គង់អតិបរមា (បរិមាណដែលសមស្របសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺ) បរមាណ -60 ថ្ងៃ សម្រាប់ខុសធម្មតាដែលមានផ្សេងៗប្រចាំខែមួយចំនួន។ បរិមាណសាកល្បង អាចត្រូវបានគេប្រើនៅពេលរៀបចំការព្យាបាលថ្មី ប្រសិនបើសមស្រប។

ច្បាប់ស្តីពីការជំនួសខុសធម្មតាប្រភេទទូទៅ

ច្បាប់ស្តីពីការជំនួសខុសធម្មតាប្រភេទទូទៅ គឺជាវិធានការផ្នែកខុសធម្មតា ដែលមានការ ចែកចាយប្រភេទខុសធម្មតា ជាជាងផលិតផលមានឈ្មោះយីហោដែលមានផ្សេងៗ **ប្រភេទដិត Boldface) (type** បង្ហាញពីប្រភេទទូទៅដែលអាចស្វែងរកបាន។ ក៏ប៉ុន្តែ ពុំមែនកម្លាំង និងទម្រង់ ខុសធម្មតាទាំងអស់នៃប្រភេទឈ្មោះទូទៅនៃប្រភេទដិតសុទ្ធតែអាចស្វែងរកបានជាប្រភេទទូទៅនោះទេ។ ក្នុងឧទាហរណ៍ភាគច្រើន ខុសធម្មតាឈ្មោះយីហោសម្រាប់ផលិតផលទូទៅដែលអាចស្វែងរកបាន នឹងមិនក្លាយជាប្រភេទរូបមន្តខុសធម្មតាទៀតនោះទេ ដែលមានផលិតផលទូទៅ ដែលមានការរ៉ាប់រងនៅក្នុងកន្លែង នៅពេលបញ្ចេញផលិតផលប្រភេទទូទៅនៅលើទៅផ្សារ។ ក៏ប៉ុន្តែ ឯកសារនេះត្រូវស្ថិតក្រោមច្បាប់ និងបទប្បញ្ញត្តិជាកំណត់របស់រដ្ឋ ទាក់ទងនឹង ច្បាប់ស្តីពីការជំនួសខុសធម្មតាប្រភេទទូទៅ និងប្រភេទច្បាប់ស្តីពីខុសធម្មតាអាណត្តិ ដែល ត្រូវអនុវត្តនៅក្រុងចំណុចណាដែលអាចអនុវត្តបាន។

ខុសធម្មតាប្រភេទទូទៅ ជាទូទៅត្រូវបានគិតថ្លៃទាបជាងប្រភេទខុសធម្មតាឈ្មោះយីហោ ដែលមានលក្ខណៈប្រហាក់ប្រហែលគ្នា។ ខុសធម្មតាដែលមានផ្សេងៗគឺ៖

- ទទួលបានការអនុម័តយល់ព្រមដោយរដ្ឋបាលខុសធម្មតា និងចំណីអាហារសហរដ្ឋអាមេរិក សម្រាប់សុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាព និងត្រូវបានផលិតឡើងនៅក្រោយស្តង់ដារគីមីវិទ្យា ដូចគ្នាដែលអនុវត្តចំពោះខុសធម្មតាឈ្មោះយីហោដែរ។
- សាកល្បងជាមួយមនុស្សដើម្បីធានាថាប្រភេទទូទៅត្រូវបានស្រូបចូលទៅក្នុងចរន្ត ឈាមដូចគ្នានឹងអត្រា និងឥទ្ធិពលដែលប្រៀបធៀបទៅនឹងខុសធម្មតាឈ្មោះយីហោ ។ (មានសមមូលផ្នែកជីវសាស្ត្រ) ប្រភេទទូទៅអាចមានភាពខុសគ្នាពីប្រភេទខុសធម្មតាឈ្មោះយីហោត្រង់ទំហំ ពណ៌ និងសមាធាតុ ផ្សំអសកម្ម ប៉ុន្តែនេះពុំមានន័យថាវាផ្លាស់ប្តូរប្រសិទ្ធភាព ឬសុវត្ថិភាពក្នុងការស្រូបយកនោះទេ គឺវាមានលក្ខណៈដូចគ្នានឹងខុសធម្មតាឈ្មោះយីហោដែរ។
- ផលិតឡើងដោយមានកម្លាំង និងទម្រង់ខុសធម្មតាដូចគ្នានឹងខុសធម្មតាឈ្មោះយីហោដែរ។

នៅពេលដែលខុសធម្មតាប្រភេទទូទៅត្រូវបានជំនួសដោយខុសធម្មតាឈ្មោះយីហោ អ្នកអាចរំពឹងទុក ថាខុសធម្មតាប្រភេទទូទៅផ្តល់ប្រសិទ្ធភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងសុវត្ថិភាពដូចគ្នានឹងខុសធម្មតាឈ្មោះយីហោដែរ មា)នសមមូលផ្នែកព្យាបាល។(

ការរចនាប្លង់

ឯកសារនេះគំណាងខុសធម្មតាការរចនាប្លង់រូបមន្តខុសធម្មតា។ ខុសធម្មតាដែលមាននៅក្នុងឯកសារនេះត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោងដែលបានគំណាង។ ខុសធម្មតាជាក់លាក់មួយចំនួននៅក្នុងបញ្ជីត្រូវបានរ៉ាប់រង ប្រសិនបើលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃ

ការគ្រប់គ្រងប្រើប្រាស់បំពេញបាន .១,២) ដំណាក់កាលព្យាបាល ការអនុញ្ញាតជាមុន បរិមាណកំណត់ ។ល។ (សំណើនានាសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថនោះនៅក្រៅលក្ខខណ្ឌតម្រូវដែលមានក្នុងបញ្ជី និងត្រូវធ្វើការត្រួតពិនិត្យសម្រាប់ភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ ប្រសិនបើឱសថមិនចុះក្នុងឯកសារនេះនោះទេ ការលើកលែងចំពោះរូបមន្តឱសថអាចត្រូវបានគេស្នើសុំធ្វើការរ៉ាប់រង។ ភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬសំណើសុំការលើកលែងចំពោះរូបមន្តឱសថ នឹងត្រូវបាន គេត្រួតពិនិត្យផ្នែកទៅលើលក្ខខណ្ឌនៃការទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុននៃឱសថជាក់លាក់មួយចំនួន ឬលក្ខខណ្ឌស្តង់ដារនៃការស្នើសុំឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលមានជាមួយរូបមន្តឱសថ។ ចុះឈ្មោះចូលទៅក្នុងគេហទំព័រ www.molinahealthcare.com ដើម្បីធ្វើការត្រួតពិនិត្យពីការរ៉ាប់រង។

នីតិវិធីនៃការស្នើសុំការអនុញ្ញាតជាមុន

វេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ឱសថមួយចំនួន តម្រូវឱ្យមានការឯកភាពជាមុន ឬសម្រាប់ឱសថមួយចំនួនដែលមិនមាននៅក្នុងរូបមន្តឱសថរបស់ អាចត្រូវ Molina បានគេអនុម័តិយល់ព្រមនៅពេលមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងនៅពេលដែលជម្រើសរូបមន្តឱសថបានបង្ហាញពីភាពគ្មានប្រសិទ្ធិភាព។ នៅពេលដែលស្ថានភាពនៃការលើកលែងនេះកើតមានឡើង ត្រូវព្យាយាមធ្វើទូរសារទម្រង់សុំការអនុញ្ញាតឱសថជាមុនមួយពេញលេញទៅ តាមរយៈលេខ Molina (866) 6445-5089 ទម្រង់នៃអាចទទួលបានតាមរយៈការចុះឈ្មោះទៅក្នុងគេហទំព័រ www.molinahealthcare.com។ ការសាកល្បងនៃកំរិតឱសថមួយចំនួន នឹងមិនត្រូវបានយកមកពិចារណាជា អំណះអំណាងសម្រាប់ការអនុម័តិយល់ព្រមសំណើសុំការអនុញ្ញាតជាមុននោះទេ។

កន្លឹះសំខាន់ៗសម្រាប់ការសុំការអនុញ្ញាតជាមុន

ដើម្បីធានានូវការឆ្លើយតបឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបានពី នាយកដ្ឋានឱសថស្ថានរដ្ឋ California សូមផ្តល់នូវព័ត៌មានដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយនឹងសំណើសុំការអនុញ្ញាតជាមុន។ Molina Healthcare នៃកម្មវិធីខាងក្រោមនេះគឺជាឧទាហរណ៍៖

ចំណាត់ថ្នាក់ឱសថការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ/

ព័ត៌មានគ្លីនិកសាស្ត្រដែលស្នើសុំ

ការបញ្ជូនជាតិកូឡេស្តេរ៉ូល

ការធ្វើតេស្តឈាមរកជាតិខ្លាញ់កកក្តៅហានិភ័យ , ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង

ជម្ងឺទឹកនោមផ្អែក

របាយការណ៍ A1c

ឱសថមិនមែនរូបមន្តឱសថមិនតម្រូវ/

កំណត់ត្រាឱសថ និងឬ កំណត់ចំណាំពី/ ការវិវឌ្ឍដែលបានធ្វើជាឯកសារពីការប្រើប្រាស់ពីមុននៃឱសថរូបមន្ត

ឱសថដែលមិនមានការរ៉ាប់រង

សូមកត់សម្គាល់ថា មានឱសថជាក់លាក់មួយចំនួនដែលពុំមានការរ៉ាប់រង។ ឱសថទាំងនោះរួមមាន ប៉ុន្តែមិនកំណត់ត្រឹម៖

- ឱសថប្រើប្រាស់សម្រាប់បញ្ហាអសមត្ថភាពផ្លូវភេទ
- ឱសថប្រើប្រាស់សម្រាប់គោលបំណងគ្រឿងសម្អាង
- ឱសថពិសោធន៍ ឬឱសថដែលកំពុងស្នើបអង្កេត
- ការរៀបចំឱសថគ្មានស្លាកសញ្ញា ប្រេងដែលមានជាតិអាស៊ីតបង់ហ្ស៊ីអ៊ីច និងស៊ីលីលិក) ក្រែមដែលមានជាតិអាស៊ីតស៊ីលីលិក ថ្នាំរឹត ឬសារធាតុរាវ សូដ្យូមក្លរួ ថ្នាំខាប់មាន (ជាតិស៊ីដូស៊ីអុកស៊ីត
- ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់ដែលគ្មានស្លាកសញ្ញា
- ការបញ្ជូល ឬការជំនួសសារធាតុចិញ្ចឹមបន្ថែម
- ការផ្សព្វផ្សាយសម្រាប់មនុស្ស 5 < ឆ្នាំ (លើកលែងតែវិទ្យាសាស្ត្រពេលសម្រាល)
- អាហារបំប៉ន ឬផលិតផលដែលមិនមានការអនុម័តិយល់ព្រមពី FDA

- ថ្នាំក្អក ឬថ្នាំផ្កាសាយដែលគ្មានស្លាកសញ្ញា ផលិតផលឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា ដែកមានក្នុងឱសថ (dextromethorphan ឬ ឱសថ guaifenesin
- ផលិតផលក្នុងផ្ទះ (ឡេណបដៃ ឡេផ្តល់សំណើម ។ល។)
- ឱសថដែលមានអរម៉ូនអ៊ីស្ត្រូសែនផ្សំ ឬលាយជាមួយនឹងម៉េទីលតេស្តូស្តេរ៉ូន
- អាស់កាឡូអ៊ីត បេឡាដូនា ផ្សំជាមួយផេណូបារ៉ូប៊ីតាល
- ប្រាក់នីត្រាត %75និងប៉ូតាស្យូមនីត្រាត %25ជាប្រភេទបន្សុំស្ថិតធម្មតា
- ប្រាក់នីត្រាតជាប្រភេទទឹកធម្មតា
- ផលិតផលធ្មេញ
- bromfenac និងសូដ្យូម Bepreve, Istalol
- ឱសថដែលកំណត់ដោយរដ្ឋបាលឱសថសហព័ន្ធ ថាមានប្រសិទ្ធភាពទាប (FDA) និងមានលក្ខណៈដូចគ្នាបេះបិទ ឬពាក់ព័ន្ធ ឬស្រដៀងគ្នាទៅនឹងឱសថផ្សេងទៀត DESI 5" ជាធម្មតាសំដៅលើ ឧសថ)និង ("6

ឱសថដែលបានដកចេញ (Cal-Medi ឱសថដែលរ៉ាប់រងដោយសេវាឥតគិតថ្លៃរបស់)

ប្រភេទឱសថខាងក្រោម ត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយកម្មវិធីសេវាឥតគិតថ្លៃរបស់ (Cal (FFS-Mediដោយផ្ទាល់ ទោះបីជានៅពេលដែលសមាជិកបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងការថែទាំគ្រប់គ្រងរបស់ ក៏ដោយ។ Molina 5555។-541-800-1 សម្រាប់សំណួរអំពីអត្ថប្រយោជន៍ ឬសេវាដែលមាននៅក្នុងឯកសារនេះ សូមទូរសព្ទទៅលេខ

- ឱសថសរសៃប្រសាទ
- ប្រភេទឱសថប្រឆាំងនឹងជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត (MAOIs)
- ជ្រើសរើសភ្នាក់ងារប្រឆាំងជំងឺ Parkinson
- ឱសថរដ្ឋាបអារម្មណ៍
- ថ្នាំរីវុស HIV
- ភ្នាក់ងារកម្ចាត់ជាតិពុល
- ផលិតផលក្រហម (អេម៉ូក្លូប៊ីន)

អ្នកត្រួតពិនិត្យការបែងចែកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា

Molina Healthcareបានជ្រើសរើស (PBM) ជាក្រុមហ៊ុនគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍ឱសថស្ថាន CVS Caremark Molina។ ដើម្បីគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់សមាជិករបស់

- សំណួរពាក់ព័ន្ធនឹងការទាមទារដំណើរការ ស្ថានភាពរូបមន្តឱសថ ឬការបដិសេធការទាមទារ អាចត្រូវសួរដោយផ្ទាល់ទៅខ្សែទូរសព្ទផ្តល់ជំនួយរបស់ 800) តាមរយៈលេខ CVS Caremark) 8014។-770
- បញ្ហាភ្នែកនៃសិទ្ធិទទួលបាន និងសមាជិកភាព អាចដោះស្រាយបានដោយទូរសព្ទ ទៅផ្នែកសេវាសមាជិករបស់ 888) តាមរយៈលេខ Molina) 4621។-665
- សំណួរដែលពាក់ព័ន្ធនឹងអ្នកផ្តល់សេវា អាចដោះស្រាយបានតាមរយៈការទូរសព្ទទៅខ្សែ ទូរសព្ទផ្តល់ជំនួយផ្នែកសេវាអ្នកផ្តល់សេវារបស់ 888) តាមរយៈលេខ Molina) 4621។-665

គោលការណ៍ឱសថបន្ទាន់ និងបន្ទាប់ពីម៉ោងការងារ

ដើម្បីការពារកុំឱ្យស្ថានភាពរបស់សមាជិកកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរនៅក្នុងស្ថានភាពបន្ទាន់ វាអាចជាការចាំបាច់ក្នុងការផ្តល់ឱសថក្នុងរយៈពេលផ្គត់ផ្គង់ ម៉ោងនៃឱសថស្រួចស្រាវ មុន 72 ពេលទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុនពី .ទា.ខ) Molina។ សមាជិកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យបន្ទាប់ពីម៉ោងធ្វើការងារធម្មតា ដោយមានវេជ្ជបញ្ជាឱ្យប្រើឱសថអង់ទីប្យូទិចពីសេស ។(

ឱសថស្ថាននានាត្រូវបានគេណែនាំឱ្យប្រើប្រាស់ការវិនិច្ឆ័យបែបវិជ្ជាជីវៈរបស់ពួកគេ។ Molina ម៉ោងនៃឱសថស្រួចស្រាវ 72 នឹងទូទាត់ប្រាក់ដល់ឧសថស្ថាននានាសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល ទៅតាមតម្លៃដែលបានចុះកិច្ចសន្យាសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាទាំងអស់នេះ។ ឱសថស្ថាននានាអាចទំនាក់ទំនងទៅខ្សែទូរសព្ទផ្តល់ជំនួយរបស់ CVS Caremark តាមរយៈលេខ 800)) 8014-770 ម៉ោង។ 72 ដើម្បីទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់លើសពី

ឱសថស្ថាននានាអាចទូរស័ព្ទទៅ 888) តាមរយៈលេខ Molina) នៅក្នុងថ្ងៃធ្វើ 4621-665 ការបន្ទាប់ដើម្បីទទួលបានការអនុញ្ញាត ដើម្បីចេញវេជ្ជបញ្ជាបន្ទាន់ ឬបន្ទាប់ពីម៉ោង ធ្វើការដើម្បីទិញឱសថតាមអនុញ្ញាតបាន។ វាជាអនុសាសន៍ និងរំពឹងទុកថា ឱសថស្ថាននឹងផ្តល់ឯកសារដែលសមស្របនៃ ករណីនានាដែលឱសថមួយចំនួនត្រូវបានចែកចាយក្នុងកាលៈទេសៈបន្ទាន់បែបនេះ។

ស្លាកសញ្ញា

- អាយុ** អាយុកំណត់
- OTC** ឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា អត្ថប្រយោជន៍រ៉ាប់រងជាមួយនឹងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា
- PA** ការអនុញ្ញាតជាមុន
- PA, QL** បរិមាណកំណត់
ត្រូវអនុវត្តបន្ទាប់ពីមានការអនុម័តិយល់ព្រមលើការអនុញ្ញាតជាមុន
- QL** បរិមាណកំណត់
- SP** ឱសថឯកទេសឱសថទាំងអស់នេះត្រូវទទួលបាននៅតាមឱសថស្ថានឯកទេស ,
- ST** ការព្យាបាលតាមដំណាក់កាល
- +** ជាក់លាក់មួយចំនួន NDCsមិនអាចស្វែងរកការទូទាត់ប្រាក់ស្ថិតក្រោមកម្មវិធី ឱសថស្ថានរបស់ នោះទេ។ Molina
- អក្សរដិត** បង្ហាញពីប្រភេទឱសថទូទៅដែលអាចស្វែងរកបាន , អក្សរដិតអាចមិនអនុវត្តចំពោះកម្លាំង ឬទម្រង់កម្រិតឱសថដែលស្ថិតក្រោមឈ្មោះឱសថទូទៅដែលបានចុះក្នុងបញ្ជីនោះទេ
- ផ្តាំក្រវលាយ** ផ្តាំក្រវលាយ)ស្គាល់ម៉្យាងទៀតថាជាឱសថមានស្រោបពីក្រៅសំដៅលើយីហោយោង (ដែលចុះបញ្ជីសម្រាប់ធ្វើចំណាត់ថ្នាក់
- ផ្តាំរលាយឆាប់** ផ្តាំរលាយឆាប់ សំដៅលើយីហោយោងដែល (ស្គាល់ម៉្យាងទៀតថាជាឱសថឆាប់រលាយ) ចុះបញ្ជីសម្រាប់ធ្វើចំណាត់ថ្នាក់

ការស្នើសុំផ្លាស់ប្តូររូបមន្តឱសថ

ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា និងចង់ស្នើសុំផ្លាស់ប្តូររូបមន្តឱសថ សូមដាក់សំណើ របស់អ្នកនិងមូលហេតុទៅកាន់នាយកដ្ឋានឱសថស្ថានរបស់ ដោយមានភ្ជាប់នូវ Molina ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកផងដែរ។

ទូរសារ៖0790-499-562

សេចក្តីជូនដំណឹង

ព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងឯកសារនេះ គឺជាព័ត៌មានកម្មសិទ្ធិ។ ព័ត៌មាននេះអាចមិនមានការថតចម្លង ផ្នែកណាមួយ ឬទាំងស្រុងដោយគ្មានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនោះទេ។ .2017© រក្សាសិទ្ធិគ្រប់បែបយ៉ាង។

ឯកសារនេះមានព័ត៌មានយោងលើឱសថមានឈ្មោះយីហោដែលមានវេជ្ជបញ្ជា ដែលជាពាណិជ្ជសញ្ញា ឬបានចុះពាណិជ្ជសញ្ញាក្រុមហ៊ុនផលិតឱសថ។

소개

유용한 참조 자료이자 정보 도구인 2017 Molina Healthcare of California *우대 의약품 목록(처방집)*을 소개합니다. 이 문서는 의료 제공자가 환자에게 임상적으로 적절하고 비용 효율적인 제품을 선택할 수 있도록 도와줍니다.

표시된 약물은 약학 및 치료학(P&T) 위원회의 심사를 거쳤으며, 처방집에 포함하도록 승인을 받았습니다. 이 문서는 검토일 현재의 의료 관행을 반영합니다.

이 문서에 포함된 정보 및 부록은 의료 제공자의 편의를 위해서만 제공됩니다. 당사는 그러한 정보의 정확성을 보증하거나 보장하지 않으며, 사실상의 포괄적인 정보를 제공하지도 않습니다. 이 문서의 모든 정보는 약물 치료 선택을 위한 참조 자료로 제공됩니다.

이 문서는 국가별 규정 및 규칙의 적용 대상입니다. 해당하는 경우, 제네릭 대체, 규제 약물 목록, 브랜드 선호도 및 필수 제네릭을 포함하되 이에 국한되지는 않습니다.

당사는 본서에 포함된 정보의 전부 또는 일부를 신뢰함으로써 발생하는 의료 제공자의 행위 또는 부작용에 대한 책임을 지지 않습니다. 의료 제공자는 보다 자세한 정보를 위해 약물 제조자의 제품 문헌이나 표준 참고 자료를 참조해야 합니다.

머리말

이 문서는 섹션별로 구성됩니다. 각 섹션은 주로 행동 메커니즘에 의해 정의된 치료 약물 등급으로 나뉩니다. 제품은 일반 약물명으로 표시되며 상표명은 단지 참고용입니다. 인용된 약물을 주사제로 사용할 수 없거나, 예외가 특별히 언급되지 않는 한, 일반적으로 인용되는 약물의 모든 적용 가능한 제형과 강도가 문서에 포함됩니다.

약학 및 치료학(P&T) 위원회

약학 및 치료학 위원회("P&T 위원회")는 안전하고 임상적으로 효과적인 약물 치료법을 승인하는 역할을 수행합니다. P&T 위원회는 임상 전문가 자문 기관입니다. P&T 위원회의 심사 위원에는 의사와 약사가 포함되며, 이들은 모두 처방약에 관한 광범위한 임상 및 학문적 배경을 가지고 있습니다. P&T 위원회의 심사 위원은 제약 회사와의 금전적인 관계 또는 이해 상충 상황을 공개해야 합니다.

약물 목록 제품 설명

이 문서가 다루는 특정 강도 및 제형이 무엇인지 이해하는 데 도움이 되는 일반적인 원칙이 아래에 나와 있습니다.

- 문서상에 열거된 제품은 일반적으로 언급된 상표명 제품의 모든 강도 및 제형을 포함합니다.
- 강도 또는 제형이 명시되면, 지정된 강도 및 제형만 문서에 표시됩니다. 참조 제품의 주사용 투약 등 다른 강도/제형은 표시되지 않습니다.
- 제품이 OTC(일반의약품) 및 처방전 버전에 적용되는 경우 두 가지 모두 표시됩니다.
- 연장 방출성 제제 및 지연 방출성 제제는 자체 항목이 필요합니다.
- 문서 내 제형은 나열된 카테고리와 사용과 일치합니다.

처방약 수량

처방약은 월별로 처방되는 일부 약품에 대해 최대 60일분의 치료 약품 공급량(질병을 적절하게 치료하는 양)에 대해 처방되어야 합니다. 적절한 경우 새로운 치료를 시작할 때 시험 용량을 사용할 수 있습니다.

일반 대체제

일반 대체제는 처방되는 브랜드 제품이 아닌 제네릭 버전이 배포되는 약국에 적용됩니다. **굵은 글씨**는 제네릭의 가용성을 나타냅니다. 그러나, 굵은 글씨의 모든 강도나 제형이 일반적으로 이용 가능하지는 않습니다. 대부분의 경우, 제네릭 제품이 출시되는 브랜드 약품은 시장에 제네릭 의약품이 출시되면, 비처방 의약품이 되며, 제네릭 제품이 대신 적용됩니다. 그러나 이 문서는 국가별 규정 및 제네릭 대체에 관한 규칙의 적용을 받으며 적절한 경우 필수적인 제네릭 규칙이 적용됩니다.

제네릭은 일반적으로 동등한 브랜드 제품보다 가격이 저렴합니다. 처방 제네릭 의약품은 다음과 같습니다.

- 안전과 효과면에서 미국 식품의약국(FDA)의 승인을 얻었으며 브랜드 의약품과 동일한 엄격한 기준에 따라 제조되었습니다.
- 제네릭이 브랜드 의약품과 비슷한 속도와 범위로 혈류에 흡수된다는 것을 확인하기 위해 인간에 시험했습니다(생물학 동등성). 제네릭은 크기, 색상 및 비활성 성분이 브랜드와 다를 수 있지만 브랜드 의약품처럼 흡수될 수 있는 효과나 능력이 변경되지는 않습니다.
- 브랜드 의약품과 동일한 강도 및 복용량 형태로 제조되었습니다.

제네릭 의약품을 브랜드 의약품으로 대체하면 제네릭이 브랜드 의약품과 동일한 임상 효과 및 안전성 프로파일을 산출할 것으로 기대할 수 있습니다(치료 동등성).

플랜 설계

이 문서는 폐쇄식 처방전 플랜 설계를 나타냅니다. 이 문서에 나와 있는 의약품은 표시된 대로 플랜의 적용을 받습니다. 이용 관리 기준(예: 단계적 치료, 사전 승인, 수량 제한 등)이 충족되면 목록에 있는 특정 의약품이 보장됩니다. 나열된 기준을 벗어난 의약품 사용이 요청되면 의학적 필요성이 검토됩니다. 의약품이 문서에 등재되어 있지 않은 경우, 보장을 받기 위해 처방집 예외가 요구될 수 있습니다. 의료적 필요성 또는 처방집 예외 요청은 의약품 관련 사전 승인 기준 또는 표준 비처방적 처방 요청 기준에 따라 검토됩니다. 보장 여부를 확인하려면 www.molinahealthcare.com에 로그인하십시오.

사전 승인 요청 절차

사전 승인이 필요한 의약품 또는 Molina 의약품 처방집에 포함되지 않은 의약품 처방은 의학적으로 필요할 때나 처방집 옵션이 효과가 없는 것으로 입증된 경우 승인될 수 있습니다. 이러한 예외적인 상황이 발생하면 의사는 Molina에 (866) 508-6445번으로 작성된 의약품 사전 승인서를 팩스로 보낼 수 있습니다. 양식은 웹 사이트 www.molinahealthcare.com에 로그인하여 얻을 수 있습니다. 의약품 샘플의 시험은 사전 승인 요청을 허가하는 근거로 간주되지 않습니다.

사전 승인을 위한 도움말

Molina Healthcare of California 약국부가 신속하게 대응할 수 있도록 사전 승인 요청과 관련된 정보를 제공해주시요. 다음은 예제입니다.

약물 치료/진단의 종류

요청된 임상 정보

콜레스테롤 낮추기

지질 검사, 심혈관 위험 인자

당뇨병

A1c 보고서

비처방전/비우대 약물

이전에 처방전 의약품 사용으로 기록된 약물 투여 기록 및/또는 경과 기록

비보장 의약품

특정 의약품은 보장 대상이 아닙니다. 여기에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다.

- 성기능 장애에 사용되는 약물
- 화장용 의약품
- 실험용 또는 임상용 약물
- 범례에 없는 약제(벤조산 및 살리실산 연고, 살리실산 크림, 연고 또는 액상, 염화나트륨, 산화아연 연고)
- 범례에 없는 진통제
- 장내 영양 보충제 또는 대체제
- 5세 이상을 위한 비타민 복합제(산전 비타민 제외)
- 보충제 또는 기타 비-FDA 승인 제품
- 범례에 없는 기침 및 감기약(구아이페네신 또는 덱스트로메토르판 포함 일반의약품)
- 생활 용품(핸드 로션, 보습제 등)
- 메틸테스토스테론과 결합되거나 에스테르화 된 에스트로겐
- 페노바르비탈을 포함한 벨라돈나제
- 질산은 75%와 질산 칼륨 25% 국소 도포제 스틱
- 질산은 국소 용액
- 치과용 제품
- 비프레브, 이스타롤 및 브롬페낙 나트륨
- 미국식약국(FDA)이 유사한 약물과 관련하여 효과가 적으며, 동일성이 적다고 판단한 의약품(일반적으로 “DESI 5 및 6” 의약품이라고 함)

특별 공급(carved-out) 의약품(Medi-Cal 진료별 지불(Fee-for-Service)에 해당되는 의약품)

가입자가 Molina에서 관리하는 치료에 등록되어 있는 경우에도 Medi-Cal 진료별 지불(Fee-for-Service, FFS) 프로그램에 따라 다음과 같은 유형의 의약품이 직접 보장됩니다. 여기에 나열된 혜택이나 서비스에 관한 질문은 Medi-Cal 지원부에 1-800-541-5555번으로 문의하십시오.

- 정신과 약물
- 모노아민 산화효소 억제제(MAOI)
- 향파킨슨병 제제류
- 기분 안정제

- HIV 의약품
- 중독 치료제
- 혈우병 혈액 제품

처방전 청구 처리자

Molina Healthcare는 Molina 가입자의 처방 혜택을 관리하기 위해 약국 급여 관리(Pharmacy Benefit Management, PBM) 회사인 CVS Caremark를 선택했습니다.

- 청구 처리, 처방집 상태 또는 거부된 청구에 대한 질문은 CVS Caremark 헬프 데스크에 800-770-8014번으로 직접 문의할 수 있습니다.
- 회원 및 자격 문제는 Molina 회원 서비스에 888-665-4621번으로 전화하여 해결할 수 있습니다.
- 공급자 관련 질문은 Molina 공급자 서비스 헬프 데스크에 888-665-4621번으로 전화하여 해결할 수 있습니다.

긴급 및 업무 후 의약품 정책

긴급 상황에서 가입자의 상태가 악화되는 것을 막기 위해 Molina로부터 사전 승인을 얻기 전에 급성 약물을 72시간 동안 공급할 수 있습니다. (예: 회원이 특별한 항생제 처방전을 받고 정규 업무 시간이 지난 후에 병원에서 퇴원함)

약국은 그들의 전문적인 판단을 이용해야 합니다. Molina는 이러한 처방약에 대해 계약된 요율로 72시간 급성 약물에 대한 금액을 약국에 상환합니다. 약국은 CVS Caremark 헬프 데스크에 (800) 770-8014번으로 연락하여 72시간 공급량에 대한 지출금을 받을 수 있습니다.

약국은 다음 영업일에 Molina에 (888) 665-4621번으로 전화하여 긴급 또는 시간외 처방전을 온라인으로 처리할 수 있는 권한을 얻을 수 있습니다. 약국이 이러한 긴급한 상황에서 의약품이 처방된 경우에 대한 근거 문서를 제공할 것을 권고하고 기대합니다.

범례

연령	연령 제한
OTC	처방전 없이 혜택이 보장되는 일반의약품
PA	사전 승인(Prior Authorization)
PA, QL	수량 제한(Quantity Limit)은 사전 승인이 허가된 후에 적용됩니다.
QL	수량 제한(Quantity Limit)
SP	전문 약국을 통해 받아야 하는 전문 의약품
ST	단계적 치료(Step Therapy)
†	Molina 약국 프로그램에 따라 특정 NDC가 상환되지 않을 수 있습니다.
굵은 글씨	일반적인 가용성을 나타냅니다. 굵은 글씨는 나열된 제네릭에 따라 모든 강도나 제형에 적용되지 않을 수도 있습니다.
자연-방출성	자연 방출성 제제(장용 코팅이라고도 함)는 설명을 위해 나열된 기준 브랜드를 참조하십시오

연장 방출성 연장 방출성 제제(지효성 약이라고도 함)는 설명을 위해 나열된 기준 브랜드를 참조하십시오.

처방집 변경 요청

귀하가 처방자이며, 처방집 변경을 요청하려면 Molina의 약국부에 귀하의 요청과 근거를 귀하의 연락처 정보와 함께 제출하십시오.

팩스: 562-499-0790

주의

이 문서에 포함된 정보는 당사의 자산입니다. 서면 허가없이 정보의 전부 또는 일부를 복사할 수 없습니다. © 2017. 모든 판권 소유.

이 문서는 제약 회사의 상표 또는 등록 상표인 브랜드 처방약에 대한 참조를 포함합니다.

ВВОДНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Мы рады представить *Список предпочитаемых лекарств («Формуляр»)* компании *Molina Healthcare of California на 2017 год*, который является полезным справочным и информативным инструментом. Этот документ поможет поставщикам медицинских услуг при выборе клинически одобренных и экономичных препаратов для своих пациентов.

Представленные лекарства рассматривались аптечно-терапевтическим комитетом и были одобрены для включения в Формуляр. Документ отражает современную медицинскую практику на момент рассмотрения.

Информация, включенная в настоящий документ и приложения к нему, представлена исключительно для удобства поставщиков медицинских услуг. Мы не гарантируем и не обеспечиваем точность такой информации, которая также не является исчерпывающей. Все сведения в документе представлены в справочных целях для использования при выборе медикаментозной терапии.

На документ распространяется действие положений и правил, действующих в разных штатах, включая, помимо прочего, нормативные акты касательно замещения дженериками, схем назначения учетных препаратов, предпочтения патентованных лекарств и обязательного использования дженериков по мере возможности.

Мы не несем ответственности за действия или бездействие любого поставщика медицинских услуг, предпринятые им - частично или полностью - на основании информации, изложенной в настоящем документе. Чтобы получить более подробную информацию, поставщику медицинских услуг следует ознакомиться с литературой о препаратах, представленной их производителями, или воспользоваться стандартными справочниками.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Документ разбит на разделы. Каждый раздел делится на терапевтические классы лекарств, определяемые преимущественно их механизмом действия. Препараты перечислены по непатентованным названиям; брендовые названия приводятся только для справки. Если специально не указано, что упоминаемый препарат доступен в инъекционной форме, или отсутствует примечание об исключении, то, как правило, в документ включены все применимые лекарственные формы и дозировки препарата.

АПТЕЧНО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КОМИТЕТ

Услуги аптечно-терапевтического комитета («Комитета АТ») используются для утверждения лекарственных средств, безопасность и эффективность которых клинически доказаны. Комитет АТ является консультативным органом, состоящим из профессионалов-клиницистов. В число членов Комитета АТ с правом голоса входят врачи и фармацевты, обладающие обширным опытом клинической и академической экспертизы в отношении отпускаемых по рецепту лекарств. Обладающие правом голоса члены Комитета АТ обязаны предать гласности любые финансовые отношения или конфликты интересов с любыми производителями лекарственных средств.

ОПИСАНИЕ СПИСКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Ниже изложены общие принципы, которые помогут понять, какие именно дозировки и лекарственные формы, упомянутые в документе, покрываются компанией.

- Перечисленные в документе препараты обычно приведены со всеми дозировками и лекарственными формами упомянутого патентованного препарата.
- Если указана конкретная дозировка или лекарственная форма, то покрывается только указанная дозировка или лекарственная форма. Другие дозировки/лекарственные формы, в том числе инъекционные лекарственные формы упомянутого препарата, не покрываются.
- Если в список включены отпускаемые без рецепта и по рецепту версии препарата, то обе они покрываются.
- Препараты длительного действия и с замедленным высвобождением действующего вещества указаны отдельно.
- Лекарственные формы в документе соответствуют категории и способу применения, к которым они отнесены в списке.

НАЗНАЧАЕМОЕ КОЛИЧЕСТВО

Рецепты следует выписывать на то количество лекарства, которое требуется для проведения курса лечения (количество, необходимое для лечения заболевания), - максимум для 60-дневного курса для некоторых лекарств, назначаемых ежемесячно. Если необходимо, возможно использование пробных количеств для начала нового лечения.

ЗАМЕЩЕНИЕ ДЖЕНЕРИКАМИ

Замещение дженериками - это действие аптеки, в соответствии с которым вместо назначенного патентованного препарата выдается его непатентованная (дженерическая) версия. **Выделение жирным шрифтом** указывает на доступность дженерика. Однако некоторые дозировки или лекарственные формы обозначенного жирным шрифтом непатентованного названия могут для дженерика отсутствовать. В большинстве случаев патентованный препарат, имеющий непатентованную версию, исключается из формуляра после выпуска на рынок непатентованной версии, которая покрывается вместо него. Однако этот документ подпадает под действие специальных положений и правил, касающихся замещения дженериками, а также правил касательно обязательного замещения дженериками при наличии такой возможности.

Непатентованные препараты обычно дешевле, чем их патентованные эквиваленты. Отпускаемые по рецепту дженерические препараты - это лекарственные средства, которые:

- одобрены Управлением США по контролю качества продуктов питания и лекарственных средств (FDA) с учетом их безопасности и эффективности, и производятся с соблюдением тех же строгих стандартов, которые применяются к патентованным лекарственным средствам;
- испытывались на людях, чтобы убедиться в их всасывании в кровоток с такой же скоростью и в таком же объеме, как и патентованный препарат (биоэквивалентность). Дженерики могут отличаться от патентованного препарата по размеру, цвету и неактивным ингредиентам, но это не влияет на их эффективность и способность всасываться так же, как патентованный препарат.
- производятся в таких же дозировках и лекарственных формах, как и патентованные препараты.

При замещении патентованного лекарственного препарата дженериком ожидается, что дженерик обеспечит тот же клинический эффект и профиль безопасности, что и патентованный препарат (терапевтическая эквивалентность).

ДИЗАЙН ПЛАНА

Документ представлен в виде закрытого справочника. Препараты, перечисленные в документе, покрываются планом. Некоторые лекарственные средства в списке покрываются при условии соблюдения критериев управления использованием (ступенчатая терапия, предварительное разрешение, ограничения количества и т. д.); просьбы об использовании таких лекарств вне указанных критериев рассматриваются при наличии медицинских показаний. Если лекарство не указано в документе, то для его покрытия может быть запрошено исключение из формуляра. Медицинские показания или исключение из формуляра рассматриваются на основе критериев предварительного разрешения для конкретных препаратов или на основе стандартных критериев запроса рецепта на препараты, не включенные в формуляр. Чтобы проверить, покрывается ли тот или иной препарат, посетите веб-сайт www.molinahealthcare.com.

ПРОЦЕДУРА ЗАПРОСА ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО РАЗРЕШЕНИЯ

Назначение лекарств, для которых требуется предварительное разрешение, или лекарств, не включенных в формуляр лекарственных средств компании Molina, может быть одобрено, если оно необходимо по медицинским показаниям, и если доказано, что включенные в формуляр варианты в данном случае неэффективны. В таких исключительных ситуациях врач может отправить заполненную форму предварительного разрешения на выдачу препарата в компанию Molina по факсу (866) 508-6445. Форму можно найти на веб-сайте www.molinahealthcare.com. Испытания образцов лекарственных средств не рассматриваются как обоснования для утверждения запроса о предварительном разрешении.

ПОЛЕЗНЫЕ СОВЕТЫ ПО ПРЕДВАРИТЕЛЬНОМУ РАЗРЕШЕНИЮ

Чтобы как можно быстрее получить ответ аптечного отдела компании Molina Healthcare в штате Калифорния, просим предоставить важную информацию вместе с запросом о предварительном разрешении. Ниже приведены примеры:

Класс лекарственного средства/диагноз	Необходимая клиническая информация
Средство для снижения уровня холестерина	Липидограмма («липидная панель»), факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний
Сахарный диабет	Отчет об уровне A1c
Препарат, не включенный в формуляр/препарат, не являющийся предпочтительным	Журнал выдачи лекарств и/или выписка из истории болезни, подтверждающие предварительное использование включенных в формуляр лекарств

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, КОТОРЫЕ НЕ ПОКРЫВАЮТСЯ

Пожалуйста, помните, что некоторые лекарства не покрываются. Помимо прочего, это:

- Лекарства, используемые для лечения половой дисфункции
- Лекарства, используемые в косметических целях
- Экспериментальные или исследуемые лекарственные средства
- Лекарственные препараты, отпускаемые без рецепта (бензойная и салициловая кислоты в виде крема, салициловая кислота в виде мази, крема или раствора, хлорид натрия, оксид цинка в виде пасты)
- Обезболивающие, отпускаемые без рецепта
- Пищевые добавки или заменители для энтерального питания
- Комплексы витаминов для лиц старше 5 лет (кроме витаминов для приема в пренатальном периоде)

- Добавки и другие не одобренные FDA препараты
- Лекарства от кашля и простуды, отпускаемые без рецепта (препараты с гвайфенезином или декстрометорфаном в составе, которые отпускаются без рецепта)
- Препараты для использования в быту (лосьоны для рук, увлажнители и т. д.)
- Эстрогены, конъюгированные или этерифицированные с метилтестостероном
- Алкалоиды красавки с фенобарбиталом
- Нитрат серебра 75 % и нитрат калия 25 % в карандашах для местного нанесения
- Нитрат серебра в растворе для местного нанесения
- Препараты для ухода за зубами
- Глазные капли Verpreve, Istalol и бромфенак натрия
- Фармацевтические препараты, определенные Управлением США по контролю качества продуктов питания и лекарственных средств (FDA) как менее эффективные и идентичные, родственные или сходные препараты (часто упоминаются как лекарства "DESI 5 and 6")

ВЫДЕЛЕННЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА (препараты, покрываемые на условиях сдельной оплаты (Fee-for-Service) в рамках программы Medi-Cal)

Следующие типы лекарств покрываются непосредственно программой Medi-Cal на условиях сдельной оплаты (Fee-for-Service, FFS), даже если участник зарегистрирован в программе организованного медицинского обслуживания компании Molina. С вопросами о льготах или услугах, перечисленных здесь, обращайтесь в службу поддержки программы Medi-Cal по телефону 1-800-541-5555.

- Препараты для лечения психических расстройств
- Ингибиторы моноаминоксидазы (ингибиторы MAO)
- Некоторые противопаркинсонические средства
- Стабилизаторы настроения
- Лекарственные средства для лечения ВИЧ
- Лекарственные средства для дезинтоксикации
- Лекарственные средства для лечения гемофилии

ОПЕРАТОР ЗАЯВОК НА ВЫДАЧУ НАЗНАЧЕННЫХ ЛЕКАРСТВ

Компания Molina Healthcare выбрала компанию CVS Caremark как компанию по управлению аптечными льготами (PBM) для координирования выдачи назначенных лекарств участникам плана Molina.

- Вопросы по поводу обработки заявок, наличия лекарств в формуляре или отказов в удовлетворении заявок можно направлять в справочную службу компании CVS Caremark по телефону (800) 770-8014.
- С вопросами по поводу участия и проблемами с покрытием можно обращаться в Отдел обслуживания участников компании Molina по телефону (888) 665-4621.
- С вопросами, связанными с поставщиками медицинских услуг, можно обращаться в справочную службу Отдела по работе с поставщиками компании Molina по телефону (888) 665-4621.

ПРАВИЛА ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВАМИ ДЛЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ И В НЕРАБОЧЕЕ ВРЕМЯ

Чтобы предотвратить ухудшение состояния участника в неотложной ситуации, может потребоваться выдача лекарства для лечения острого состояния в количестве, необходимом для 72-часового периода, прежде чем будет получено предварительное разрешение компании Molina. (например, участник выписывается из больницы по истечении обычного рабочего времени, и ему назначили антибиотик).

Аптекам поручено самостоятельно принимать профессиональные решения. Компания Molina возместит аптеке стоимость лекарства, необходимого для лечения острого состояния на протяжении 72 часов

согласно ценам, предусмотренным в договоре. Аптеки могут обращаться в справочную службу компании CVS Caremark по телефону (800) 770-8014, чтобы получить переопределение для 72-часового количества лекарства.

Аптеки могут позвонить в компанию Molina по телефону (888) 665-4621 на следующий рабочий день, чтобы получить разрешение на обработку срочного или выданного в нерабочее время рецепта в режиме онлайн. Рекомендуется и ожидается, что аптека предоставит обосновывающую документацию в случаях выдачи ими лекарств для неотложного лечения.

ОБОЗНАЧЕНИЯ

AGE	Возрастной лимит
OTC	Over-the-counter — лекарства, которые отпускаются без рецепта
PA	Предварительное разрешение (Prior Authorization)
PA, QL	Ограничение количества, применяемое после получения предварительного разрешения
QL	Ограничение количества (Quantity Limit)
SP	Специализированный препарат (Specialty Drug); такие лекарства отпускаются в специализированных аптеках
ST	Ступенчатая терапия (Step Therapy)
†	Некоторые препараты (некоторые национальные коды лекарственных средств) могут не подлежать возмещению в рамках аптечной программы компании Molina
выделение жирным шрифтом	Указывает на наличие дженерика; выделение жирным шрифтом может не применяться к некоторым дозировкам или лекарственным формам указанного непатентованного названия
delayed-rel	Препарат с замедленным высвобождением действующего вещества (delayed-release) (или "с кишечнорастворимым покрытием"), относится к эталонному патентованному препарату, указанному для ясности
ext-rel	Препарат длительного действия (extended-release) (или "продолженного действия"), относится к эталонному патентованному препарату, указанному для ясности

ЗАПРОС О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ФОРМУЛЯР

Если вы являетесь врачом, который назначает лекарства, и хотите попросить о внесении изменений в формуляр, отправьте свой запрос и его обоснование в аптечный отдел компании Molina, указав ваши контактные данные.

Факс: 562-499-0790

ПРИМЕЧАНИЕ

Информация, содержащаяся в этом документе, является собственностью компании. Запрещается частично или полностью копировать информацию без письменного разрешения. ©2017. Все права защищены.

Этот документ содержит ссылки на отпускаемые по рецепту патентованные лекарственные препараты, которые являются товарными знаками или зарегистрированными товарными знаками производителей лекарственных средств.

INTRODUKSYON

Ikinalulugod naming ibigay ang *2017 Listahan ng Piniling Gamot (Pormularyo) ng Molina Healthcare of California* bilang kapaki-pakinabang na sanggunian at tool na nagbibigay-kaalaman. Makakatulong ang dokumentong ito sa mga medikal na provider sa pagpili ng mga produktong naaangkop sa klinika at mura para sa kanilang mga pasyente.

Ang mga ipinapakitang gamot ay sinuri ng Pharmacy and Therapeutics (P&T) Committee at inaprubahan para mapabilang. Sinasalamin sa dokumento ang kasalukuyang medikal na kasanayan sa panahon ng pagsusuri.

Ang nilalamang impormasyon sa dokumentong ito at sa mga apendise nito ay ibinigay lamang para sa kaginhawaan ng mga medikal na provider. Hindi namin ginagarantiya o tinitiyak ang katumpakan ng naturang impormasyon at hindi rin ito nilalayong maging kumprehensibo. Lahat ng impormasyon sa dokumento ay ibinigay bilang sanggunian para sa pagpili ng drug therapy.

Napapailalim ang dokumento sa mga regulasyon at patakarang partikular sa estado, kabilang ang, ngunit hindi nililimitahan sa, mga may kaugnayan sa pagpapalit ng generic, mga iskedyul ng kinokontrol na gamot, kagustuhan para sa mga brand at mga mandatoryong generic kapag naaangkop.

Hindi namin inaako ang responsibilidad para sa mga pagkilos o pag-aalis ng sinumang medikal na provider batay sa pagtitiwala, sa kabuuan o sa bahagi nito, sa impormasyong nakapaloob dito. Dapat konsultahin ng medikal na provider ang polyeto ng produkto o mga karaniwang sanggunian ng manufacturer ng gamot para sa higit pang detalyadong impormasyon.

PANIMULA

Nakaayos ang dokumento ayon sa mga seksyon. Ang bawat seksyon ay hinati ayon sa uri ng therapeutic na gamot na pangunahing tinukoy sa pamamagitan ng mekanismo ng pagkilos. Nakalista ang mga produkto ayon sa generic na pangalan na may pangalan ng brand para lamang maging batayan. Maliban kung ang nabanggit na gamot ay maaaring iiniksyon o partikular na naitala ang isang pagbubukod, sa pangkalahatan, ang lahat ng naaangkop na anyo ng dosis at tapang ng nabanggit na gamot ay isasama sa dokumento.

PHARMACY AND THERAPEUTICS (P&T) COMMITTEE

Ginagamit ang mga serbisyo ng Pharmacy and Therapeutics Committee ("P&T Committee") upang aprubahan ang mga ligtas at mabisang pangklinikang drug therapy. Ang P&T Committee ay isang grupong tagapayo ng mga propesyunal sa klinika. Kasama sa mga bumobotong kasapi ng P&T Committee ang mga doktor at pharmacist, kung saan ang lahat sa kanila ay may malawak na background sa pangklinika at pang-akademyang kahusayan hinggil sa mga inireresetang gamot. Dapat ihayag ng mga bumobotong kasapi ng P&T Committee ang anumang pinansyal na ugnayan o salungatan ng interes sa sinumang manufacturer ng gamot.

MGA PAGLALARAWAN NG PRODUKTO SA LISTAHAN NG GAMOT

Upang tumulong sa pag-unawa kung aling partikular na tapang o anyo ng dosis sa dokumento ang sinasaklaw, nakatala sa ibaba ang mga pangkalahatang batayan.

- Sa pangkalahatan ay kasama ng mga nakalistang produkto sa dokumento ang lahat ng tapang at anyo ng dosis ng nabanggit na brand-name na produkto.
- Kapag tinukoy ang tapang o anyo ng dosis, tanging ang tinukoy na tapang at anyo ng dosis lamang ang nasa dokumento. Hindi kasama ang iba pang tapang/anyo ng dosis, gayundin ang mga anyo ng dosis na naiiniksyon ng sangguniang produkto.
- Kung sinasaklaw ang mga OTC at inireresetang bersyon ng mga produkto, parehong nakalista ang mga ito.

- Ang mga extended-release at delayed-release na produkto ay nangangailangan ng kanilang sariling entry.
- Ang mga anyo ng dosis ay iaayon sa kategorya at gamit kung saan nakalista.

DAMI NG INIRERESETA

Nakasulat dapat ang mga inirereseta para sa isang therapeutic na supply ng mga gamot (ang dami upang angkop na magamot ang isang medikal na kundisyon) hanggang sa maximum na 60 araw na supply para sa ilang gamot na inirereseta nang buwanan. Maaaring gamitin ang mga sinusubukang dami kapag nagsisimula ng mga bagong paggamot, kung naaangkop.

PAGPAPALIT NG GENERIC

Ang pagpapalit ng generic ay isang pagkilos ng parmasya kung saan ang isang generic na bersyon ang ibinibigay sa halip na ang iniresetang brand-name na produkto. Kapag naka-**bold**, ibig sabihin ay may available na generic. Gayunpaman, hindi lahat ng tapang o anyo ng dosis ng generic na pangalan na naka-boldface ay available sa pangkalahatan. Kadalasan, kapag nagkaroon ng generic na produkto para sa isang brand-name na gamot, aalisin na ito sa pormularyo at papalitan ng generic na produkto, kapag nailabas na ang generic na produkto sa pamilihan. Gayunpaman, napapailalim ang dokumento sa mga partikular sa pang-estadong regulasyon at patakaran hinggil sa pagpapalit ng generic at nalalapat ang mga mandatoryong patakaran sa generic kung saan naaangkop.

Karaniwang mas mababa ang presyo ng mga generic na gamot kaysa sa mga brand-name na katumbas nito. Ang mga inireresetang gamot na generic ay:

- Aprubado ng Food and Drug Administration ng U.S. para sa kaligtasan at pagkamabisa, at ginagawa sa ilalim ng mahihigpit na pamantayang nalalapat sa mga brand-name na gamot.
- Sinubukan sa mga tao upang tiyaking pumapasok ang generic sa bloodstream sa katulad na rate at saklaw ng brand-name na gamot (bioequivalence). Maaaring naiiba ang mga generic sa brand pagdating sa laki, kulay at hindi aktibong sangkap, ngunit hindi nito pinapalitan ang pagkamabisa o ang kakayanan ng gamot na makapasok nang katulad sa brand-name na gamot.
- Ginawa sa tapang at uri ng dosis na katulad sa mga brand-name na gamot.

Kapag ipinalit ang isang generic na gamot sa brand-name na gamot, maaasahan mo ang generic na magbigay ng klinikal na epekto at profile ng kaligtasan na katulad sa brand-name na gamot (therapeutic equivalence).

DISENYO NG PLANO

Nagpapakita ang dokumento ng saradong disenyo ng plano ng pormularyo. Ang mga nakalistang gamot sa dokumento ay sinasaklaw ng plano tulad ng ipinapakita. Sinasaklaw ang ilang partikular na gamot sa listahan kung natutugunan ang mga pamantayan sa pamamahala ng paggamit (ibig sabihin ay Step Therapy, Paunang Pahintulot, Mga Limitasyon ng Damit, atbp.); ang mga kahilingan sa paggamit ng mga naturang gamot sa labas ng mga nakalistang pamantayan ng mga ito ay susuriin para sa pangangailangang medikal. Kung hindi nakalista sa dokumento ang isang gamot, maaaring humiling ng pagbubukod sa pormularyo para sa pagsaklaw. Susuriin ang mga kahilingan sa pangangailangang medikal o pagbubukod ng pormularyo batay sa mga pamantayan sa paunang pahintulot na partikular sa gamot o sa mga karaniwang pamantayan sa kahilingan ng inirereseta na wala sa pormularyo. Mag-log in sa www.molinahealthcare.com upang tingnan ang saklaw.

PAMAMARAAN SA PAGHILING NG PAUNANG PAHINTULOT

Ang mga reseta para sa mga gamot na nangangailangan ng paunang pag-apruba o para sa mga gamot na wala sa Pormularyo ng Gamot ng Molina ay maaaring aprubahan kapag medikal na kinakailangan at kapag nakitang hindi mabisa ang mga opsyon sa pormularyo. Kapag nagkaroon ng mga ganitong natatanging sitwasyon, maaaring mag-fax ang doktor ng nakumpletong form sa paunang pahintulot ng gamot sa Molina sa

(866) 508-6445. Makukuha ang mga form sa pamamagitan ng pag-log in sa www.molinahealthcare.com. Ang mga pagsubok ng mga parmasyutikong sample ay hindi ituturing na batayang katwiran para sa pag-apruba ng kahilingan sa paunang pahintulot.

MGA IDEYANG MAKAKATULONG SA PAUNANG PAHINTULOT

Upang matiyak ang posibleng pinakamabilis na pagtugon mula sa Departamento ng Parmasya ng Molina Healthcare of California, mangyaring magbigay ng kaugnay na impormasyon sa kahilingan ng Paunang Pahintulot. Ang mga halimbawa nito ay ang sumusunod:

Uri ng Gamot/Diagnosis

Pagpapababa ng Cholesterol

Diabetes

Gamot na Wala sa Pormularyo/Hindi Pinili

Hiniling na Klinikal na Impormasyon

Lipid Panel, mga salik na maaaring magdulot ng panganib sa cardiovascular

Ulat ng A1c

Log ng Gamot at/o Mga Tala ng Pag-unlad na nagdodokumento sa nakaraang paggamit ng mga gamot sa Pormularyo

MGA HINDI SAKLAW NA GAMOT

Pakitandaan na hindi sinasaklaw ang ilang partikular na gamot. Kasama sa mga ito ang, ngunit hindi nililimitahan sa:

- Mga gamot na ginagamit para sa sekswal na dysfunction
- Mga gamot na ginagamit para sa mga layuning pampanganda
- Mga gamot na eksperimental o pinag-aaralan
- Mga paghahanda ng non-legend na gamot (benzoic at salicylic acid ointment, salicylic acid cream, ointment, o liquid, sodium chloride, zinc oxide paste)
- Mga non-legend na analgesic
- Mga enteral na suplemento o pamalit ng nutrisyon
- Mga kumbinasyon ng vitamin para sa mga taong > 5 taong gulang (maliban sa mga prenatal na vitamin)
- Mga suplemento o iba pang produktong hindi aprubado ng FDA
- Non-legend na Gamot para sa Ubo at Sipon (mga OTC na produktong naglalaman ng guaifenesin o dextromethorphan)
- Mga gamit sa bahay (mga lotion sa kamay, moisturizer, atbp.)
- Mga estrogen, conjugated o esterified na may methyltestosterone
- Mga belladonna alkaloid na may phenobarbital
- Silver nitrate 75% at potassium nitrate 25% na ipinapahid na applicator stick
- Ipinapahid na solution ng silver nitrate
- Mga produktong para sa ngipin
- Bepreve, Istalol at bromfenac sodium
- Mga parmasyutikong tinukoy ng Federal Drug Administration (FDA) na hindi masyadong mabisa at magkakamukha, magkakaugnay o magkakaparehong gamot (kadalasang tinutukoy bilang mga gamot na "DESI 5 at 6")

MGA CARVED-OUT NA GAMOT (mga gamot na saklaw sa ilalim ng Medi-Cal Fee-for-Service)

Ang mga sumusunod na uri ng mga gamot ay direktang sinasaklaw ng programang Medi-Cal Fee-for-Service (FFS), kahit na naka-enrol ang miyembro sa pinamamahalaang pangangalaga ng Molina. Para sa mga tanong tungkol sa benepisyo o serbisyong nakalista rito, pakitawagan ang Suporta ng Medi-Cal sa 1-800-541-5555.

- Mga Psychiatric na Gamot
- Mga Monoamine Oxidase Inhibitor (MAOI)
- Piling Antiparkinsonian Agent
- Mga Stabilizer ng Mood
- Mga Gamot sa HIV
- Mga Detoxification Agent
- Mga Produkto para sa Hemophiliac Blood

PROCESSOR NG MGA CLAIM SA RESETA

Pinili ng Molina Healthcare ang CVS Caremark bilang Kumpanya sa Pamamahala ng Benepisyo ng Parmasya (Pharmacy Benefit Management, PBM) upang pamahalaan ang benepisyo sa reseta para sa mga miyembro ng Molina.

- Maaaring idirekta ang mga tanong sa pagproseso ng mga claim, status ng pormularyo o tinanggihang claim sa Help Desk ng CVS Caremark sa (800) 770-8014.
- Maaaring matugunan ang mga alalahanin sa membership at pagiging kwalipikado sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Membership ng Molina sa (888) 665-4621.
- Maaaring matugunan ang mga tanong na may kaugnayan sa provider sa pamamagitan ng pagtawag sa Help Desk ng Mga Serbisyo ng Provider ng Molina sa (888) 665-4621.

PATAKARAN SA AGARAN AT PAGKATAPOS NG ILANG ORAS NA PAGBIBIGAY NG GAMOT

Upang maiwasan ang paglala ng kundisyon ng miyembro sa isang agarang sitwasyon, maaaring kailanganing magbigay ng 72 oras na supply ng lubhang kinakailangang gamot (acute medication) bago maaaring makuha ang paunang pahintulot mula sa Molina. (hal. inilabas na sa ospital ang isang miyembro pagkatapos ng regular na oras ng negosyo na may iniresetang espesyal na antibiotic).

Binigyan ng tagubilin ang mga parmasyang gamitin ang kanilang propesyunal na pagpapasya. Babayaran ng Molina ang mga parmasya para sa 72 oras na supply ng lubhang kinakailangang gamot sa mga rate na nasa kontrata para sa mga inireresetang ito. Maaaring makipag-ugnayan ang mga parmasya sa Help Desk ng CVS Caremark sa (800) 770-8014 upang makakuha ng override para sa 72 oras na supply.

Maaaring tawagan ng mga parmasya ang Molina sa (888) 665-4621 sa susunod na araw ng negosyo upang makakuha ng pahintulot na papayagang maproseso online ang mga agaran o pagkatapos ng ilang oras na reseta. Ipinapayo at inaasahan mula sa parmasyang magbibigay ito ng makatuwirang dokumentasyon ng mga kaso kung saan ibinigay ang mga gamot sa ilalim ng mga ganitong agarang sitwasyon.

LEGEND

EDAD	Limitasyon ng Edad
OTC	Over-the-counter, saklaw na benepisyo sa isang reseta
PA	Paunang Pahintulot
PA, QL	Nalalapat ang Limitasyon sa Dami pagkatapos maaprubahan ang Paunang Pahintulot
QL	Limitasyon sa Dami
SP	Specialty Drug; dapat kunin ang mga gamot na ito sa pamamagitan ng isang specialty pharmacy
ST	Step Therapy
†	Maaaring hindi mabayaran ang ilang partikular na NDC sa ilalim ng Programa sa Parmasya ng Molina
bold	Ipinahihiwatig ang pagkakaroon ng generic; maaaring hindi nalalapat ang bold sa bawat tapang o anyo ng dosis sa ilalim ng nakalistang pangalan ng generic
delayed-rel	Delayed-release (kilala rin bilang enteric-coated), tumutukoy sa batayang brand na nakalista para sa paglilinaw
ext-rel	Extended-release (kilala rin bilang sustained-release), tumutukoy sa batayang brand na nakalista para sa paglilinaw

PAGHILING NG MGA PAGBABAGO SA PORMULARYO

Kung isa kang prescriber at gustong humiling ng pagbabago sa pormularyo, pakisumite ang iyong kahilingan at batayang katwiran sa Departamento ng Parmasya ng Molina kasama ng iyong impormasyon sa pakikipag-ugnayan.

Fax: 562-499-0790

PAUNAWA

Nakalaan sa may-ari ang impormasyong nakapaloob sa dokumentong ito. Hindi maaaring kopyahin ang kabuuan o bahagi ng impormasyon nang walang nakasulat na pahintulot. ©2017. Nakalaan ang lahat ng karapatan.

Naglalaman ang dokumentong ito ng mga pagbanggit sa mga brand-name na inireresetang gamot na mga trademark o rehistradong trademark ng mga manufacturer ng gamot.

簡介

我們很高興能提供 2017 年加利福尼亞 Molina Healthcare 首選藥物列表 (處方集) 作為實用參考和資訊工具。本文件可幫助醫療服務提供者為患者選擇臨床適用且具成本效益的產品。

其中描述的藥物已經過藥學與治療學 (P&T) 委員會審核並獲得內含物批准。文件反映的是到審核之日為止的當前醫療實踐情況。

我們會單獨提供本文件中所含資訊及其附錄，從而為醫療服務提供者帶來便利。我們不會保證或擔保此類資訊的準確性，以及是否有意向達成本質上的全面性。本文件中的所有資訊均作為藥物治療選擇的參考而提供。

本文件受制于各州具體規章和制度，包括但不限於無論何時都適用的關於學名藥替代、受管制物質列表、首選原廠藥和強制性學名藥。

我們不對任何基於信任的醫療服務提供者的全部或部分關於在此所含資訊的行為或遺漏而承擔責任。醫療服務提供者應諮詢製藥商的产品資料或標準參照，以獲得更多詳盡資訊。

序言

本文件按各部分編排。各部分根據由主要按作用機制定義的治療藥物等級而劃分。各產品按照學名藥名稱列明，附原廠藥名稱僅作參考。除非引述的藥物作為血管注射劑而使用，或特別註明例外情況，一般來說，引述的藥物的所有適用劑型和強度均包含在本文件中。

藥學與治療學 (P&T) 委員會

藥學與治療學委員會 (簡稱「P&T 委員會」) 的服務用於批准安全且在臨床上有效的藥物治療。P&T 委員會是由臨床專家組成的顧問團。P&T 委員會中有表決權的成員包括醫生和藥劑師，所有人都擁有關於處方藥的臨床及學術專業知識廣泛背景。P&T 委員會中有表決權的成員必須披露其本人與任何藥品製造商之間的財務關係或利益衝突。

藥物列表產品說明

為了幫助理解本文件中所涵蓋的具體強度和劑型，下方註明了一般原則。

- 本文件中列明的產品通常包含引述的原廠藥產品的所有強度和劑型。
- 當強度或劑型為指定時，只有所指定的強度和劑型會出現在文件中。其他強度/劑型，包括參照產品的注射劑型則不會出現。
- 如果涵蓋產品的非處方 (OTC) 和處方版本，則兩者均會列明。
- 延續釋放型及緩釋型產品需要其各自的條目。
- 本文件中的劑型將與所列明的類別及用途保持一致。

處方數量

處方應根據藥物的治療供應量 (即適當治療病情所需的量) 寫明，按月最大可達到開出的一些藥物的 60 天供應量。在適當情況下，啟用新治療方案時可使用試驗量。

學名藥替代

學名藥替代是一種藥房行為，藉以分發學名藥版本，而非處方原廠藥產品。**粗體字類型**表示學名藥可用性。但是，以粗體字表示的學名藥名稱的強度或劑型並非都適用。多數情況下，學名藥產品可用的原廠藥品將變為非處方集，前提是適當承保的學名藥產品在市場上出售之後。但是，本文件受制于關於學名藥替代的各州具體規章和制度，在適當情況下，適用強制性學名藥制度。

學名藥的價格通常低於同等原廠藥。處方學名藥滿足以下條件：

- 因安全性和效力而獲得美國食品藥品監督管理局批准，並根據適用於原廠藥的相同嚴格標準而製造。
- 已經過人體測試，確保學名藥以與原廠藥類似的速度及範圍吸收到血流之中(生物等效性)。學名藥可能在大小、顏色和非活性成分上有別於原廠藥，但這並不會改變其與原廠藥一樣的效力或吸收能力。
- 以與原廠藥相同的強度和劑型而製造。

當用學名藥替代原廠藥時，您可以期望學名藥產生等同於原廠藥的臨床效果和安全性(治療等效性)。

方案設計

本文件展示了閉合式處方集方案設計。本文件中列明的藥物按照所展示情況由該方案承保。如果滿足使用管理標準(即階梯治療、事先授權、數量限制等)，則列表中的某些藥物可承保；在所列明標準之外申請使用此類藥物將需要評估醫療必要性。如果一種藥物未列在本文件中，則可申請承保處方集例外。醫療必要性或處方集例外申請將根據藥物特異性事先授權標準或標準非處方集處方藥申請標準進行評估。登入 www.molinahealthcare.com 查看承保範圍。

事先授權申請程序

需要事先批准的藥物處方或未包含在 Molina 藥物處方集中的藥物可在有醫療必要性之時以及處方集選項已證明無效時獲得批准。當出現這些特殊情況時，醫生可以將填寫完整的藥物事先授權表傳真給 Molina，號碼為 (866) 508-6445。可登入 www.molinahealthcare.com 網站獲取表格。藥物樣品試驗將不會被視為批准事先授權申請的理由。

事先授權的實用提示

為了確保盡可能最快速地從加利福尼亞 Molina Healthcare 藥品部得到回應，請提供與事先授權申請相關的資訊。示例如下：

藥物/診斷等級

降膽固醇

糖尿病

非處方集/非首選藥物

應要求的臨床資訊

血脂分析、心血管危險因子

A1c 報告

記錄先前使用處方集藥物的服藥記錄表和/或病程記錄

不承保藥物

請注意，某些藥物不在承保範圍內。其中包括但不限於：

- 用於治療性功能障礙的藥物
- 用於美容用途的藥物
- 實驗性或研究性藥物
- 非處方藥物製劑(苯甲酸水楊酸軟膏、水楊酸乳膏、軟膏或液體、氯化鈉、氧化鋅糊劑)
- 非處方鎮痛藥
- 腸內營養補充劑或替代品
- 針對 5 歲以上人群的複合維生素(不包含產前維生素)
- 補充劑或其他非 FDA 認可的產品
- 非處方咳嗽及感冒藥(含愈創甘油醚或右美沙芬在內的非處方產品)
- 日用品(護手霜、潤膚霜等)
- 雌激素, 與甲巯酮結合或酯化
- 含苯巴比妥的顛茄生物鹼
- 含 75% 硝酸銀和 25% 硝酸鉀的外用敷藥棒
- 硝酸銀外用溶液
- 牙科產品
- Bepreve、Istalol 和 溴芬酸鈉
- 被美國食品藥品監督管理局 (FDA) 認定為效力較低, 且等同、相關或類似的藥物(通常簡稱為「DESI 5 and 6」藥物)

例外藥物(由 Medi-Cal 一次一付醫療費承保的藥物)

以下類型的藥物直接由 Medi-Cal 一次一付醫療費 (FFS) 計畫承保, 即使是成員已參與 Molina 管理式醫療的情況亦應如此。如對此處列明的福利或服務存有疑問, 請致電 Medi-Cal 支援部門, 電話為 1-800-541-5555。

- 精神病治療藥物
- 單胺氧化酶抑制劑 (MAOIs)
- 選擇性抗帕金森病藥物
- 情緒安定劑
- 抗愛滋病藥物
- 解毒藥物
- 抗血友病血液製品

處方索賠處理程序

Molina Healthcare 已選擇 CVS Caremark 作為藥品福利管理 (PBM) 公司, 管理 Molina 成員的處方福利。

- 關於處理索賠、處方集狀態或被拒索賠的問題, 請聯繫 CVS Caremark 服務台, 電話為 (800) 770-8014。
- 致電 Molina 會員服務部可幫助解決會員及資格問題, 電話為 (888) 665-4621。
- 致電 Molina 醫療服務提供者服務部的服務台, 可幫助解決醫療服務提供者相關問題, 電話為 (888) 665-4621。

緊急與工作時間之外的藥物政策

為了防止會員病情在緊急情況下惡化, 有必要在獲得 Molina 事先授權之前分發急性藥物的 72 小時供應量。(例如, 會員在正常工作時間之後出院並帶有特殊抗生素處方)。

藥房受指示以運用他們的專業判斷。Molina 將為藥房報銷急性藥物的 72 小時供應量，價錢為這些處方的合同價。藥房可聯繫 CVS Caremark 服務台獲取 72 小時供應量的代理佣金，電話為 (800) 770-8014。

藥房可在下一個工作日撥打 Molina 電話 (888) 665-4621 獲得授權，以在線上處理緊急與工作時間之外的處方。建議並期望藥房提供案例的合理文件，藥物則根據其中緊急狀況而分發。

處方

AGE	年齡限制
OTC	非處方，憑處方可承保福利
PA	事先授權
PA、QL	獲得事先授權批准後應用數量限制
QL	數量限制
SP	特種藥物；必須透過特種藥房獲得此類藥物
ST	階梯治療
†	根據 Molina 藥房計畫，不會報銷特定的 NDC。
boldface	表示學名藥可用性；粗體字可能不適用於所列學名藥名稱下的每一個強度或劑型。
delayed-rel	緩釋型（也稱為腸衣型），指的是用於說明的所列參照品牌
ext-rel	延續釋放型（也稱持續釋放型），指的是用於說明的所列參照品牌

申請變更處方集

如果您是開藥者，且想申請變更處方集，那麼請將申請和理由提交給 Molina 的藥品部，並附上您的聯絡資訊。

傳真：562-499-0790

注意

本文件中所含資訊均為專有。未經書面同意，不得全部或部分複製此資訊。©2017。版權所有。

本文件中包含藥品製造商商標或註冊商標的原廠處方藥的參考資料。

GIỚI THIỆU

Chúng tôi hân hạnh cung cấp *Danh mục thuốc được đề nghị của Molina Healthcare of California (Danh mục thuốc)* năm 2017 như một tài liệu tham chiếu hữu ích và công cụ thông tin. Tài liệu này có thể hỗ trợ các nhà cung cấp dịch vụ y tế trong việc lựa chọn các sản phẩm phù hợp về mặt lâm sàng và hiệu quả về chi phí cho bệnh nhân của họ.

Các loại thuốc được đưa ra đã được Ủy ban Dược phẩm và Trị liệu (P&T) xem xét và phê duyệt sử dụng. Tài liệu này phản ánh thực tiễn y tế hiện tại tính đến ngày xét duyệt.

Thông tin trong tài liệu này và các phụ lục của nó chỉ được cung cấp để các nhà cung cấp dịch vụ y tế thuận tiện tham khảo. Chúng tôi không cam kết hoặc bảo đảm tính chính xác của thông tin đó và cũng tính toàn diện của các thông tin đó. Mọi thông tin trong tài liệu này được cung cấp như một tài liệu tham khảo cho việc lựa chọn liệu pháp điều trị.

Tài liệu này phải tuân thủ theo các quy định và quy tắc cụ thể của nhà nước, bao gồm, nhưng không giới hạn, những quy định về thay thế thuốc gốc, chương trình kiểm soát chất gây nghiện, ưu tiên các thương hiệu và các loại thuốc gốc bắt buộc bất cứ khi nào có thể.

Chúng tôi không chịu trách nhiệm về các hành động hoặc thiếu sót của bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ y tế nào dựa trên sự phụ thuộc vào, toàn bộ hay một phần, các thông tin có trong tài liệu này. Nhà cung cấp dịch vụ y tế cần tham khảo tài liệu sản phẩm của nhà sản xuất thuốc hoặc các tài liệu tham khảo chuẩn để biết thêm thông tin.

LỜI NÓI ĐẦU

Tài liệu này được sắp xếp theo các phần. Mỗi phần được phân chia theo các loại thuốc điều trị chủ yếu được xác định theo cơ chế hoạt động. Sản phẩm chỉ được liệt kê theo tên gốc có tên biệt dược để tham khảo. Trừ khi thuốc được trích dẫn có sẵn dưới dạng thuốc tiêm hoặc trường hợp ngoại lệ được ghi nhận cụ thể, nói chung, tất cả các dạng bào chế và nồng độ của thuốc được trích dẫn đều được đưa vào trong tài liệu.

ỦY BAN DƯỢC PHẨM VÀ TRỊ LIỆU (P&T)

Các dịch vụ của Ủy ban Dược phẩm và Trị liệu ("Ủy ban P&T") được sử dụng để phê duyệt các liệu pháp dược phẩm có hiệu quả về mặt lâm sàng và an toàn. Ủy ban P&T là một cơ quan cố vấn của các chuyên gia lâm sàng. Các thành viên bỏ phiếu của Ủy ban P&T bao gồm các bác sĩ và dược sĩ, tất cả những người này có kiến thức sâu rộng về lâm sàng và chuyên môn liên quan đến các loại thuốc theo toa. Các thành viên bỏ phiếu của Ủy ban P&T phải tiết lộ bất kỳ mối quan hệ tài chính hoặc mâu thuẫn lợi ích nào với bất kỳ nhà sản xuất dược phẩm nào.

MÔ TẢ SẢN PHẨM DANH MỤC THUỐC

Để giúp hiểu được các nồng độ và dạng bào chế cụ thể trong tài liệu được đề cập đến, các nguyên tắc chung được nêu dưới đây.

- Các sản phẩm được liệt kê trên tài liệu này nói chung bao gồm tất cả các nồng độ và dạng bào chế của sản phẩm với tên biệt dược được trích dẫn.
- Khi xác định nồng độ hoặc dạng bào chế, chỉ nồng độ và dạng bào chế đã được xác định mới được ghi trong tài liệu này. Các nồng độ/dạng bào chế khác, kể cả dạng bào chế thuốc tiêm của sản phẩm tham chiếu cũng không được nêu trong tài liệu này.
- Nếu các phiên bản OTC và Đơn thuốc của sản phẩm được bảo hiểm, thì cả hai đều được liệt kê.

- Các sản phẩm extended-release (giải phóng kéo dài) và delayed-release (giải phóng chậm) cần được nhập riêng.
- Dạng bào chế trên tài liệu sẽ phù hợp với loại và cách sử dụng được liệt kê.

KHỐI LƯỢNG ĐƠN THUỐC

Các đơn thuốc phải được viết để cung cấp thuốc trị liệu (số lượng để điều trị bệnh lý một cách thích hợp) tối đa là 60 ngày cho một số loại thuốc kê đơn hàng tháng. Số lượng thử nghiệm có thể được sử dụng khi bắt đầu các biện pháp điều trị mới, nếu thích hợp.

THAY THẾ BẰNG THUỐC GỐC

Thay thế bằng thuốc gốc là hành động của nhà thuốc, theo đó một phiên bản thuốc gốc được phát chứ không phải là một sản phẩm thuốc biệt dược được kê đơn. **Kiểu chữ đậm** chỉ ra tính sẵn có chung. Tuy nhiên, không phải tất cả các nồng độ hoặc dạng bào chế của tên gốc có dạng in đậm có thể có sẵn chung. Trong hầu hết các trường hợp, nếu một loại thuốc biệt dược có sẵn một sản phẩm gốc thì thuốc biệt dược sẽ không có trong danh mục thuốc, với sản phẩm gốc được bao trả thay cho sản phẩm biệt dược, ngay khi sản phẩm gốc được phát hành ra thị trường. Tuy nhiên, tài liệu này phải tuân thủ các quy định và quy tắc cụ thể của tiểu bang liên quan đến việc thay thế bằng thuốc gốc và các quy tắc chung bắt buộc áp dụng nếu phù hợp.

Các loại thuốc gốc thường có giá thấp hơn các thuốc biệt dược tương đương. Các loại thuốc gốc kê đơn là:

- Được Food and Drug Administration (Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm) Hoa Kỳ chấp thuận về sự an toàn và hiệu quả và được sản xuất theo các tiêu chuẩn nghiêm ngặt tương tự áp dụng cho các loại thuốc biệt dược.
- Được thử nghiệm trên người để đảm bảo các loại thuốc gốc được hấp thụ vào máu với tỷ lệ và nồng độ tương đương so với thuốc biệt dược (tương đương sinh học). Các loại thuốc gốc có thể khác với các loại thuốc biệt dược về kích thước, màu sắc và các thành phần không hoạt tính, nhưng điều này không làm thay đổi hiệu quả hoặc khả năng hấp thụ của chúng giống như thuốc biệt dược.
- Được sản xuất với cùng nồng độ và dạng bào chế như các loại thuốc biệt dược.

Khi một loại thuốc gốc được thay thế cho một loại thuốc biệt dược, quý vị có thể mong đợi thuốc gốc có cùng hiệu quả lâm sàng và hồ sơ an toàn như thuốc biệt dược (tương đương về mặt điều trị).

THIẾT KẾ CHƯƠNG TRÌNH

Tài liệu này trình bày một thiết kế chương trình danh mục thuốc khép kín. Các loại thuốc được liệt kê trong tài liệu được bảo hiểm bao trả theo chương trình như được trình bày. Một số loại thuốc nhất định trong danh sách này được bao trả nếu đáp ứng các tiêu chí quản lý sử dụng (tức là Liệu pháp Từng bước, Sự Cho phép trước, Giới hạn số lượng, v.v...); yêu cầu sử dụng các loại thuốc đó ngoài các tiêu chuẩn được liệt kê sẽ được xem xét vì sự cần thiết về mặt y tế. Nếu một loại thuốc không được liệt kê trong tài liệu này, một trường hợp ngoại lệ danh mục thuốc có thể được yêu cầu để được bao trả bảo hiểm. Sự cần thiết về mặt y tế hoặc các yêu cầu ngoại lệ về danh mục thuốc sẽ được xem xét dựa trên các tiêu chí cho phép trước của loại thuốc cụ thể hoặc tiêu chí yêu cầu kê đơn thuốc không thuộc danh mục thuốc tiêu chuẩn. Đăng nhập vào www.molinahealthcare.com để kiểm tra bao trả bảo hiểm.

QUY TRÌNH YÊU CẦU CHO PHÉP TRƯỚC

Các đơn thuốc cần được chấp thuận trước hoặc đối với các loại thuốc không có trong Danh Mục Thuốc của Molina có thể được chấp thuận khi cần thiết về mặt y tế và khi các tùy chọn danh mục thuốc cho thấy không hiệu quả. Khi nảy sinh những tình huống ngoại lệ này, bác sĩ có thể fax một mẫu đơn yêu cầu cho phép trước thuốc đã được điền đầy đủ thông tin đến Molina theo số (866) 508-6445. Có thể tải mẫu đơn bằng cách đăng nhập vào trang web www.molinahealthcare.com. Các thử nghiệm mẫu dược phẩm sẽ không được coi là lý do để phê duyệt một yêu cầu cho phép trước.

GỢI Ý HỮU ÍCH VỀ CHO PHÉP TRƯỚC

Để đảm bảo nhận được phản hồi nhanh nhất có thể từ Phòng Dược phẩm của Molina Healthcare of California, vui lòng cung cấp thông tin có liên quan cùng với yêu cầu Cho Phép Trước. Sau đây là các ví dụ:

Loại Thuốc/Chẩn đoán

Hạ mức cholesterol

Bệnh Tiểu Đường

Thuốc không được đề nghị/không thuộc danh mục thuốc

Thông tin Lâm sàng Được Yêu cầu

Bảng mỡ máu, các yếu tố nguy cơ tim mạch

Báo cáo A1c

Nhật ký thuốc và/hoặc Lưu ý tiến trình ghi chép việc sử dụng các loại thuốc thuộc Danh mục thuốc trước đây

CÁC LOẠI THUỐC KHÔNG ĐƯỢC BẢO HIỂM BAO TRẢ

Xin lưu ý rằng một số loại thuốc không được bảo hiểm bao trả. Các loại thuốc này bao gồm, nhưng không chỉ giới hạn ở:

- Các loại thuốc được sử dụng cho rối loạn chức năng tình dục
- Các loại thuốc dùng cho mục đích mỹ phẩm
- Thuốc thử nghiệm hoặc nghiên cứu
- Các chế phẩm thuốc không cần kê đơn (thuốc mỡ axit benzoic và salicylic, kem axit salicylic, thuốc mỡ, chất lỏng, natri clorid, bột kẽm oxit)
- Thuốc giảm đau không cần kê đơn
- Các thực phẩm chức năng hoặc thay thế dinh dưỡng đường uống
- Các vitamin tổng hợp cho người > 5 tuổi (ngoại trừ vitamin trước khi sinh)
- Các thực phẩm chức năng hoặc các sản phẩm không được FDA chấp thuận khác
- Thuốc Cough và Cold (Ho và Cảm lạnh) không cần kê đơn (sản phẩm OTC (không cần kê đơn) có chứa guaifenesin hoặc dextromethorphan)
- Các sản phẩm thuốc tự bào chế (kem dưỡng da, kem dưỡng ẩm, v.v...)
- Estrogen, kết hợp hoặc este hóa với methyltestosterone
- Alkaloid Belladonna với phenobarbital
- Tắm bông bôi thuốc bạc nitrat 75% và kali nitrat 25%
- Dung dịch bạc nitrat
- Sản phẩm răng miệng
- Bepreve, Istalol và natri bromfenac
- Dược phẩm được Federal Drug Administration (FDA, Cục Quản lý Dược Liên bang) xác định là các loại thuốc kém hiệu quả và giống nhau, có liên quan hoặc tương tự (thường được gọi là thuốc "DESI 5 và 6")

CÁC LOẠI THUỐC BỎ RA (các loại thuốc được bao trả theo Tính Phí Dịch Vụ của Medi-Cal)

Các loại thuốc sau được bao trả trực tiếp theo chương trình Medi-Cal Fee-for-Service (FFS, Tính Phí Dịch Vụ), ngay cả khi thành viên đó được đăng ký vào chương trình chăm sóc có quản lý của Molina. Nếu có bất kỳ câu hỏi nào về một quyền lợi hoặc dịch vụ được liệt kê ở đây, vui lòng gọi điện cho bộ phận Hỗ trợ Medi-Cal theo số 1-800-541-5555.

- Thuốc thần kinh
- Thuốc ức chế Oxidase Monoamine (MAOI)
- Chọn các thuốc chống suy nhược
- Thuốc ổn định tâm lý
- Thuốc HIV
- Thuốc giải độc
- Sản phẩm điều trị chứng máu loãng khó đông

ĐƠN VỊ XỬ LÝ YÊU CẦU BỒI THƯỜNG VỀ ĐƠN THUỐC

Molina Healthcare đã chọn CVS Caremark làm Pharmacy Benefit Management (PBM, Công ty Quản lý Quyền Lợi Dược) để quản lý quyền lợi thuốc kê toa cho các thành viên của Molina.

- Các câu hỏi về việc xử lý các yêu cầu bồi thường, tình trạng danh mục thuốc hoặc các yêu cầu bồi thường bị từ chối có thể được chuyển tới CVS Caremark Help Desk (Bàn Trợ Giúp) theo số (800) 770-8014.
- Các quan ngại về tình trạng thành viên và điều kiện hội đủ có thể được giải quyết bằng cách gọi cho Dịch Vụ Thành Viên Molina theo số (888) 665-4621.
- Các câu hỏi liên quan đến nhà cung cấp có thể được giải quyết bằng cách gọi cho Help Desk của Dịch Vụ Nhà Cung Cấp Molina theo số (888) 665-4621.

CHÍNH SÁCH VỀ THUỐC SAU GIỜ LÀM VIỆC VÀ KHẨN CẤP

Để phòng tránh tình trạng xấu đi của một thành viên trong trường hợp khẩn cấp, có thể cần thiết cấp phát một loại thuốc cấp tính trong vòng 72 giờ trước khi có thể nhận được sự cho phép trước từ Molina. (Ví dụ như: một thành viên được cho xuất viện sau giờ làm việc thông thường với một toa thuốc kháng sinh đặc biệt).

Nhà thuốc được chỉ dẫn sử dụng khả năng đánh giá chuyên nghiệp của họ. Molina sẽ bồi hoàn cho các nhà thuốc cho tiếp liệu thuốc cấp tính dùng trong 72 giờ theo mức giá hợp đồng cho các đơn thuốc này. Các nhà thuốc có thể liên hệ với CVS Caremark Help Desk theo số (800) 770-8014 để có quyền cung cấp tiếp liệu thuốc 72 giờ.

Các nhà thuốc có thể gọi cho Molina theo số (888) 665-4621 vào ngày làm việc sau đây để nhận chấp thuận cho phép kê toa trong trường hợp khẩn cấp hoặc ngoài giờ làm việc trực tuyến. Nhà thuốc được tư vấn và được mong đợi sẽ cung cấp các tài liệu hợp lý về các trường hợp trong đó thuốc đã được cấp phân theo những trường hợp khẩn cấp này.

CHÚ THÍCH

TUỔI	Giới hạn tuổi
OTC (KHÔNG CẦN KÊ TOA)	Tại quầy, quyền lợi được bao trả với đơn thuốc
PA	Cho phép trước

PA, QL	Giới hạn số lượng được áp dụng sau khi có phê duyệt Cho Phép Trước
QL	Giới hạn số lượng
SP	Thuốc đặc trị; những loại thuốc này phải mua tại một hiệu thuốc chuyên khoa
ST	Phương Pháp Trị Liệu Từng Bước
†	Các NDC cụ thể có thể không được bồi hoàn theo Chương trình Dược phẩm Molina
in đậm	Cho biết sự sẵn có của thuốc gốc; chữ in đậm có thể không áp dụng cho mọi nồng độ hoặc dạng bào chế theo tên gốc được liệt kê
delayed-rel	Thuốc giải phóng lâu dài (còn được gọi là thuốc viên bao đường uống), hãy tham khảo nhãn hiệu tham khảo được liệt kê để làm rõ
ext-rel	Thuốc giải phóng lâu dài (còn được gọi là giải phóng chậm), hãy tham khảo nhãn hiệu tham khảo được liệt kê để làm rõ

YÊU CẦU THAY ĐỔI DANH MỤC THUỐC

Nếu quý vị là người kê đơn và muốn yêu cầu thay đổi danh mục thuốc, vui lòng gửi yêu cầu và lý do của quý vị tới Phòng Dược phẩm của Molina kèm theo thông tin liên lạc của mình.

Fax: 562-499-0790

THÔNG BÁO

Thông tin trong tài liệu này là thuộc sở hữu riêng. Không được sao chép toàn bộ hay một phần thông tin này mà không có sự cho phép trước bằng văn bản. ©2017. Bảo lưu toàn quyền.

Tài liệu này có các tham chiếu về các loại thuốc biệt dược có kê đơn mà chúng là các nhãn hiệu hoặc nhãn hiệu đã được đăng ký của các nhà sản xuất dược phẩm.

ANALGESICS

ANALGESICS, OTHER

Tier 1	acetaminophen OTC	TYLENOL
--------	-------------------	---------

NSAIDs

NSAID use in the following conditions deserves special consideration of potential risks: history of GI bleeding or ulcer, chronic anticoagulation, asthma, aspirin allergy, renal failure, hypertension or congestive heart failure.

Tier 1	diclofenac potassium	
Tier 1	diclofenac sodium delayed-rel	
Tier 1	diclofenac sodium ext-rel	
Tier 1	etodolac tabs	
Tier 1	flurbiprofen	
Tier 1	ibuprofen	
Tier 1	ibuprofen OTC	MOTRIN
Tier 1	indomethacin caps AGE	Covered for ages 64 years old & under
Tier 1	ketoprofen	
Tier 1	ketorolac AGE, QL	Covered for ages 64 years old & under; Max #20/month
Tier 1	meloxicam tabs	MOBIC
Tier 1	nabumetone	
Tier 1	naproxen	NAPROSYN
Tier 1	naproxen delayed-rel	EC-NAPROSYN
Tier 1	naproxen sodium OTC	ALEVE
Tier 1	naproxen sodium	ANAPROX
Tier 1	oxaprozin PA	DAYPRO
Tier 1	piroxicam PA	FELDENE
Tier 1	salsalate	
Tier 1	sulindac	

NSAIDs, TOPICAL

Tier 1	diclofenac gel PA	VOLTAREN GEL
--------	-------------------	--------------

COX-2 INHIBITORS

Tier 1	celecoxib PA	CELEBREX
--------	--------------	----------

GOUT

Tier 1	allopurinol	ZYLOPRIM
Tier 1	colchicine tabs QL	Max #30/90 days COLCRYS
Tier 1	colchicine/probenecid	
Tier 1	probenecid	

OPIOID ANALGESICS

(Limited to 4 grams of acetaminophen per day)

Tier 1	butalbital/acetaminophen/caffeine/ codeine 50/325/40/30 mg QL	Max #240/month
Tier 1	codeine sulfate 15 mg, 30 mg QL	Max #360/month
Tier 1	codeine sulfate 60 mg QL	Max #240/month

Tier 1	codeine/acetaminophen soln QL	Max #3750 mL/month	TYLENOL w/CODEINE
Tier 1	codeine/acetaminophen tabs QL	Max #180/month	TYLENOL w/CODEINE
Tier 1	fentanyl transdermal PA, QL	Max #10/month	DURAGESIC
Tier 1	hydrocodone/acetaminophen 5/325 mg, 7.5/325 mg, 10/325 mg QL	Max #180/month	NORCO
Tier 1	hydrocodone/acetaminophen soln 7.5/325 mg/15 mL QL	Max #3750 mL/month	HYCET
Tier 1	hydromorphone tabs 2 mg QL	Max #360/month	DILAUDID
Tier 1	hydromorphone tabs 4 mg QL	Max #360/month	DILAUDID
Tier 1	morphine sulfate ext-rel 15 mg, 30 mg, 60 mg, 100 mg QL	Max #90/month	MS CONTIN
Tier 1	morphine sulfate soln PA, QL	Max #450 mL/month	
Tier 1	morphine sulfate tabs QL	Max #90/month	
Tier 1	oxycodone QL	Max #90/fill, max 1 fill/90 days	
Tier 1	oxycodone soln 5 mg/5 mL QL	Max #240 mL/fill, max 1 fill/90 days	
Tier 1	oxycodone/acetaminophen 5/325 mg, 7.5/325 mg, 10/325 mg QL	Max #180/month	PERCOCET
Tier 1	tramadol QL	Max #240/month	ULTRAM

NON-OPIOID ANALGESICS

Tier 1	butalbital/acetaminophen AGE	Covered for ages 64 years old & under	
Tier 1	butalbital/acetaminophen/caffeine 50/325/40 mg		ESGIC
Tier 1	butalbital/aspirin/caffeine AGE	Covered for ages 64 years old & under	FIORINAL

VISCOSUPPLEMENTS

Tier 1	sodium hyaluronate PA, SP		EUFLEXXA
--------	---------------------------	--	----------

ANTI-INFECTIVES

ANTIBACTERIALS

Aminoglycosides

Tier 1	neomycin		
--------	----------	--	--

Cephalosporins

First Generation

Tier 1	cefadroxil susp AGE	Covered for ages 12 years old & under	
Tier 1	cephalexin 250 mg, 500 mg		KEFLEX
Tier 1	cephalexin susp AGE	Covered for ages 12 years old & under	KEFLEX

Second Generation

Tier 1	cefprozil susp AGE	Covered for ages 12 years old & under	
Tier 1	cefuroxime axetil tabs QL	Max #20/10 days	

Third Generation

Tier 1	cefdinir caps		
Tier 1	cefdinir susp AGE	Covered for ages 12 years old & under	

Erythromycins/Macrolides

Tier 1	azithromycin powder packet, tabs QL		ZITHROMAX
Tier 1	azithromycin susp AGE, QL	Covered for ages 12 years old & under; Max 1 fill/45 days	ZITHROMAX
Tier 1	clarithromycin susp AGE	Covered for ages 12 years old & under	BIAXIN
Tier 1	clarithromycin tabs		BIAXIN
Tier 1	erythromycin base		
Tier 1	erythromycin delayed-rel		Ery-Tab
Tier 1	erythromycin ethylsuccinate susp AGE	Covered for ages 12 years old & under	E.E.S. GRANULES
Tier 1	erythromycin ethylsuccinate susp 200 mg/5 mL AGE	Covered for ages 12 years old & under	ERYPED
Tier 1	erythromycin ethylsuccinate tabs		E.E.S.
Tier 1	erythromycin stearate		ERYTHROCIN

Fluoroquinolones

Tier 1	ciprofloxacin 250 mg, 500 mg, 750 mg QL		CIPRO
Tier 1	levofloxacin oral soln PA		
Tier 1	levofloxacin tabs QL	Max #10/10 days, max 1 fill/45 days	LEVAQUIN

Penicillins

Tier 1	amoxicillin caps, tabs		
Tier 1	amoxicillin susp AGE	Covered for ages 12 years old & under	
Tier 1	amoxicillin/clavulanate chew tabs AGE	Covered for ages 12 years old & under	AUGMENTIN
Tier 1	amoxicillin/clavulanate susp		AUGMENTIN
Tier 1	amoxicillin/clavulanate tabs QL	Max #20/10 days	AUGMENTIN
Tier 1	ampicillin caps		
Tier 1	ampicillin susp AGE	Covered for ages 12 years old & under	
Tier 1	dicloxacillin		
Tier 1	penicillin VK		

Sulfonamides

Tier 1	sulfamethoxazole/trimethoprim		BACTRIM
--------	-------------------------------	--	---------

Tetracyclines

Contraindicated for children less than 8 years old or pregnant and nursing mothers.

Tier 1	doxycycline monohydrate caps 50 mg, 100 mg		MONODOX
Tier 1	doxycycline monohydrate tabs 100 mg		ADOXA
Tier 1	minocycline caps 50 mg, 100 mg		MINOCIN

ANTIFUNGALS

Tier 1	fluconazole susp AGE, QL	Covered for ages 12 years old & under; Max #35 mL/month	DIFLUCAN
Tier 1	fluconazole tabs 100 mg, 200 mg QL	Max #21/month	DIFLUCAN
Tier 1	fluconazole tabs 150 mg QL	Max #2/month	DIFLUCAN
Tier 1	fluconazole/dextrose inj 200 mg/100 mL, 400 mg/200 mL PA		
Tier 1	fluconazole/NaCl 0.9% inj 200 mg/100 mL, 400 mg/200 mL PA		

Tier 1	griseofulvin microsize susp		
Tier 1	ketoconazole tabs 200 mg		
Tier 1	nystatin		
Tier 1	terbinafine tabs QL	Max #30/month, max 6 fills/year	LAMISIL

ANTIMALARIALS

Tier 1	chloroquine tabs 250 mg QL	Max #10/3 days	
Tier 1	chloroquine tabs 500 mg QL	Max #5/3 days	
Tier 1	mefloquine QL	Max #120/month	
Tier 1	primaquine		PRIMAQUINE

ANTIRETROVIRAL AGENTS

The Department of Health Services through the Medi-Cal Fee-for-Service (FFS) Program has assumed responsibility for select HIV medications listed below. This list may not be all-inclusive. Pharmacies must bill these medications directly to Medi-Cal Fee-for-Service. Prior Authorization from the plan is not required. Medi-Cal 1-800-541-5555.

Antiretroviral Adjuvants

(# Indicates a Medi-Cal FFS Carved-Out Drug)

Tier 1	cobicistat PA, #		TYBOST
--------	------------------	--	--------

Antiretroviral Combinations

(# Indicates a Medi-Cal FFS Carved-Out Drug)

Tier 1	abacavir/dolutegravir/lamivudine #		TRIUMEQ
Tier 1	abacavir/lamivudine #		EPZICOM
Tier 1	abacavir/lamivudine/zidovudine #		TRIZIVIR
Tier 1	atazanavir/cobicistat #		EVOTAZ
Tier 1	darunavir/cobicistat #		PREZCOBIX
Tier 1	efavirenz/emtricitabine/tenofovir #		ATRIPLA
Tier 1	elvitegravir/cobicistat/emtricitabine/tenofovir #		STRIBILD
Tier 1	elvitegravir/cobicistat/emtricitabine/tenofovir alafenamide #		GENVOYA
Tier 1	emtricitabine/rilpivirine/tenofovir #		COMPLERA
Tier 1	emtricitabine/rilpivirine/tenofovir alafenamide #		ODEFSEY
Tier 1	emtricitabine/tenofovir #		TRUVADA
Tier 1	emtricitabine/tenofovir alafenamide #		DESCOVY
Tier 1	lamivudine/zidovudine #		COMBIVIR

Chemokine Receptor Antagonists

(# Indicates a Medi-Cal FFS Carved-Out Drug)

Tier 1	maraviroc #		SELZENTRY
--------	-------------	--	-----------

Integrase Inhibitors

(# Indicates a Medi-Cal FFS Carved-Out Drug)

Tier 1	dolutegravir #		TIVICAY
Tier 1	raltegravir #		ISENTRESS

Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors
 (# Indicates a Medi-Cal FFS Carved-Out Drug)

Tier 1	efavirenz #	SUSTIVA
Tier 1	etravirine SP, #	INTELENCE
Tier 1	nevirapine #	VIRAMUNE
Tier 1	nevirapine ext-rel #	VIRAMUNE XR
Tier 1	rilpivirine #	EDURANT

Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors
 (# Indicates a Medi-Cal FFS Carved-Out Drug)

Tier 1	abacavir soln #	ZIAGEN
Tier 1	abacavir tabs #	ZIAGEN
Tier 1	didanosine delayed-rel caps	VIDEX EC
Tier 1	emtricitabine #	EMTRIVA
Tier 1	lamivudine #	EPIVIR
Tier 1	stavudine caps #	ZERIT
Tier 1	zidovudine	RETROVIR

Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors
 (# Indicates a Medi-Cal FFS Carved-Out Drug)

Tier 1	tenofovir #	VIREAD
--------	-------------	--------

Protease Inhibitors
 (# Indicates a Medi-Cal FFS Carved-Out Drug)

Tier 1	atazanavir #	REYATAZ
Tier 1	darunavir #	PREZISTA
Tier 1	fosamprenavir tabs #	LEXIVA
Tier 1	lopinavir/ritonavir soln #	KALETRA
Tier 1	lopinavir/ritonavir tabs #	KALETRA
Tier 1	nelfinavir #	VIRACEPT
Tier 1	ritonavir #	NORVIR
Tier 1	saquinavir mesylate tabs #	INVIRASE

ANTITUBERCULAR AGENTS

Tier 1	ethambutol	MYAMBUTOL
Tier 1	isoniazid	
Tier 1	pyrazinamide	
Tier 1	rifampin	RIFADIN
Tier 1	rifapentine QL	Max #32/month PRIFTIN

ANTIVIRALS

Cytomegalovirus Agents

Tier 1	valganciclovir PA	VALCYTE
--------	-------------------	---------

Hepatitis Agents

Hepatitis B

(# Indicates a Medi-Cal FFS Carve-Out Drug)

Tier 1	adefovir dipivoxil		HEPSERA
Tier 1	entecavir		BARACLUDE
Tier 1	lamivudine tabs #		EPIVIR-HBV

Hepatitis C

Tier 1	dasabuvir/ombitasvir/paritaprevir/ritonavir ext-rel PA, SP		VIEKIRA XR
Tier 1	elbasvir/grazoprevir PA, SP	Preferred agent for Genotypes 1 and 4	ZEPATIER
Tier 1	ledipasvir/sofosbuvir PA, SP		HARVONI
Tier 1	ombitasvir/paritaprevir/ritonavir with dasabuvir PA, SP		VIEKIRA PAK
Tier 1	ribavirin caps 200 mg PA, SP		REBETOL
Tier 1	ribavirin tabs 200 mg PA, SP		COPEGUS
Tier 1	sofosbuvir PA, SP		SOVALDI
Tier 1	sofosbuvir/velpatasvir PA, SP		EPCLUSA

Herpes Agents

Tier 1	acyclovir caps, susp, tabs		ZOVIRAX
Tier 1	famciclovir		
Tier 1	valacyclovir		VALTREX

Influenza Agents

Tier 1	oseltamivir QL	Max #1 treatment per flu season	TAMIFLU
Tier 1	rimantadine QL		FLUMADINE
Tier 1	zanamivir QL		RELENZA

MISCELLANEOUS

Tier 1	albendazole PA, QL	Max #2/month	ALBENZA
Tier 1	atovaquone		MEPRON
Tier 1	clindamycin 150 mg, 300 mg		CLEOCIN
Tier 1	clindamycin soln AGE	Covered for ages 18 years old & under	CLEOCIN
Tier 1	dapsone		
Tier 1	ivermectin		STROMEKTOL
Tier 1	linezolid susp PA, QL	Max 7 day supply	ZYVOX
Tier 1	linezolid tabs PA, QL	Max 7 day supply	ZYVOX
Tier 1	metronidazole tabs		FLAGYL
Tier 1	metronidazole/NaCl 0.74% inj 500 mg/100 mL PA		METRO IV
Tier 1	metronidazole/NaCl 0.79% inj 500 mg/100 mL PA		
Tier 1	nitrofurantoin ext-rel AGE	Covered for ages 64 years old & under	MACROBID
Tier 1	nitrofurantoin macrocrystals 50 mg, 100 mg AGE	Covered for ages 64 years old & under	MACRODANTIN
Tier 1	nitrofurantoin susp AGE, QL	Covered for ages 12 years old & under; Max 40 mL/day; Max 10 days supply	FURADANTIN
Tier 1	paromomycin		

Tier 1	pyrantel OTC	REESES PINWORM MEDICINE
Tier 1	trimethoprim	
Tier 1	vancomycin PA	VANCOCIN

ANTINEOPLASTIC AGENTS

ALKYLATING AGENTS

Tier 1	chlorambucil	LEUKERAN
Tier 1	cyclophosphamide caps	
Tier 1	lomustine	GLEOSTINE
Tier 1	melphalan	ALKERAN
Tier 1	temozolomide PA, SP	TEMODAR

ANTIMETABOLITES

Tier 1	capecitabine PA, SP	XELODA
Tier 1	mercaptopurine	
Tier 1	methotrexate	
Tier 1	methotrexate inj 25 mg/mL, 50 mg/2 mL	

CYTOPROTECTIVE AGENTS

Tier 1	leucovorin calcium	
--------	--------------------	--

HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS

Antiandrogens

Tier 1	bicalutamide	CASODEX
Tier 1	flutamide	

Antiestrogens

Tier 1	tamoxifen	
--------	-----------	--

Aromatase Inhibitors

Tier 1	anastrozole	ARIMIDEX
Tier 1	letrozole	FEMARA

Luteinizing Hormone-releasing Hormone (LHRH) Agonists

Tier 1	goserelin acetate PA, SP	ZOLADEX
--------	--------------------------	---------

Progestins

Tier 1	megestrol acetate	MEGACE
--------	-------------------	--------

IMMUNOMODULATORS

Tier 1	lenalidomide PA, SP	REVLIMID
Tier 1	thalidomide PA, SP	THALOMID

KINASE INHIBITORS

Tier 1	dasatinib PA, SP	SPRYCEL
Tier 1	imatinib mesylate PA, SP	GLEEVEC
Tier 1	lapatinib PA, SP	TYKERB
Tier 1	sorafenib PA, SP	NEXAVAR

Tier 1	sunitinib PA, SP	SUTENT
--------	------------------	--------

MISCELLANEOUS

Tier 1	etoposide PA	
Tier 1	hydroxyurea	HYDREA
Tier 1	mitotane	LYSODREN
Tier 1	procarbazine PA	MATULANE
Tier 1	tretinoin caps PA	

CARDIOVASCULAR

ACE INHIBITORS

Tier 1	benazepril	LOTENSIN
Tier 1	captopril	
Tier 1	enalapril	VASOTEC
Tier 1	fosinopril	
Tier 1	lisinopril	ZESTRIL
Tier 1	quinapril	ACCUPRIL
Tier 1	ramipril	ALTACE
Tier 1	trandolapril	MAVIK

ACE INHIBITOR/DIURETIC COMBINATIONS

Tier 1	benazepril/hydrochlorothiazide	LOTENSIN HCT
Tier 1	captopril/hydrochlorothiazide	
Tier 1	enalapril/hydrochlorothiazide	VASERETIC
Tier 1	fosinopril/hydrochlorothiazide	
Tier 1	lisinopril/hydrochlorothiazide	ZESTORETIC
Tier 1	quinapril/hydrochlorothiazide	ACCURETIC

ADRENOLYTICS, CENTRAL

Tier 1	clonidine tabs	CATAPRES
Tier 1	guanfacine	

ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS

Tier 1	spironolactone	ALDACTONE
--------	----------------	-----------

ALPHA BLOCKERS

Tier 1	doxazosin	CARDURA
Tier 1	prazosin	MINIPRESS
Tier 1	terazosin	

ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS/DIURETIC COMBINATIONS

Tier 1	irbesartan	AVAPRO
Tier 1	irbesartan/hydrochlorothiazide	AVALIDE
Tier 1	losartan	COZAAR
Tier 1	losartan/hydrochlorothiazide	HYZAAR

ANTIARRHYTHMICS

Tier 1	amiodarone 200 mg	
Tier 1	disopyramide	NORPACE

Tier 1	flecainide		
Tier 1	propafenone		
Tier 1	sotalol		BETAPACE
Tier 1	sotalol		BETAPACE AF

ANTILIPEMICS

Bile Acid Resins

Tier 1	cholestyramine cans	Powder packets are not covered	QUESTRAN/ QUESTRAN LIGHT
Tier 1	colestipol tabs		COLESTID

Cholesterol Absorption Inhibitors

Tier 1	ezetimibe ST	Requires prior use of an HMG-CoA Reductase Inhibitor	ZETIA
--------	--------------	--	-------

Fibrates

Tier 1	fenofibrate		LOFIBRA
Tier 1	fenofibrate tabs 48 mg		TRICOR
Tier 1	fenofibrate, micronized caps 43 mg		
Tier 1	fenofibric acid 35 mg		FIBRICOR
Tier 1	gemfibrozil		LOPID

HMG-CoA Reductase Inhibitors

Tier 1	atorvastatin		LIPITOR
Tier 1	lovastatin		MEVACOR
Tier 1	pravastatin		PRAVACHOL
Tier 1	simvastatin 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg		ZOCOR

Niacins

Tier 1	niacin		Niacor
--------	--------	--	--------

PCSK9 Inhibitors

Tier 1	evolocumab 140 mg/mL PA, QL, SP	Max #2 mL/month	REPATHA
Tier 1	evolocumab 420 mg/3.5 mL PA, QL, SP	Max #3.5 mL/month	REPATHA PUSHTRONEX

BETA-BLOCKERS

Tier 1	acebutolol		
Tier 1	atenolol		TENORMIN
Tier 1	bisoprolol		ZEBETA
Tier 1	carvedilol		COREG
Tier 1	labetalol		TRANDATE
Tier 1	metoprolol succinate ext-rel		TOPROL-XL
Tier 1	metoprolol tartrate		LOPRESSOR
Tier 1	nadolol		CORGARD
Tier 1	propranolol		
Tier 1	propranolol ext-rel		INDERAL LA

BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS

Tier 1	atenolol/chlorthalidone	TENORETIC
Tier 1	bisoprolol/hydrochlorothiazide	ZIAC

CALCIUM CHANNEL BLOCKERS

Dihydropyridines

Tier 1	amlodipine	NORVASC
Tier 1	felodipine ext-rel 2.5 mg QL	Max #30/month
Tier 1	felodipine ext-rel 5 mg, 10 mg	
Tier 1	nifedipine AGE	Covered for ages 64 years old & under
Tier 1	nifedipine ext-rel	PROCARDIA ADALAT CC
Tier 1	nifedipine ext-rel	PROCARDIA XL

Nondihydropyridines

Tier 1	diltiazem	CARDIZEM
Tier 1	diltiazem ext-rel	Dilt-XR
Tier 1	diltiazem ext-rel	TIAZAC
Tier 1	diltiazem ext-rel 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	CARDIZEM CD
Tier 1	verapamil	CALAN
Tier 1	verapamil ext-rel	CALAN SR
Tier 1	verapamil ext-rel	VERELAN
Tier 1	verapamil ext-rel 100 mg, 300 mg	VERELAN PM

DIGITALIS GLYCOSIDES

Tier 1	digoxin 0.125 mg, 0.25 mg	LANOXIN
Tier 1	digoxin soln AGE	Covered for ages 12 years old & under

DIURETICS

Carbonic Anhydrase Inhibitors

Tier 1	acetazolamide	
Tier 1	acetazolamide ext-rel	DIAMOX SEQUELS

Loop Diuretics

Tier 1	bumetanide	
Tier 1	furosemide soln AGE	Covered for ages 12 years old & under
Tier 1	furosemide tabs	LASIX
Tier 1	torsemide	DEMADEX

Potassium-sparing Diuretics

Tier 1	amiloride	
--------	-----------	--

Thiazides and Thiazide-like Diuretics

Tier 1	chlorthalidone	
Tier 1	hydrochlorothiazide	
Tier 1	indapamide	
Tier 1	metolazone	

Diuretic Combinations

Tier 1	amiloride/hydrochlorothiazide		
Tier 1	spironolactone/hydrochlorothiazide		ALDACTAZIDE
Tier 1	triamterene/hydrochlorothiazide caps 37.5/25 mg		DYAZIDE
Tier 1	triamterene/hydrochlorothiazide tabs		MAXZIDE

NITRATES

Oral

Tier 1	isosorbide dinitrate oral tabs 5 mg, 10 mg, 20 mg, 30 mg		ISORDIL
Tier 1	isosorbide mononitrate		
Tier 1	isosorbide mononitrate ext-rel		
Tier 1	nitroglycerin ext-rel		

Sublingual

Tier 1	nitroglycerin sublingual		NITROSTAT
--------	--------------------------	--	-----------

Transdermal

Tier 1	nitroglycerin transdermal 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr		NITRO-DUR
--------	--	--	-----------

PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION

Endothelin Receptor Antagonists

Tier 1	ambrisentan PA, QL, SP	Max #30/month	LETAIRIS
Tier 1	bosentan PA, SP		TRACLEER
Tier 1	macitentan PA, QL, SP	Max #30/month	OPSUMIT

Phosphodiesterase Inhibitors

Tier 1	sildenafil PA, SP		REVATIO
--------	-------------------	--	---------

Prostacyclin Receptor Agonists

Tier 1	selexipag PA, QL, SP	Max #60/month	UPTRAVI
--------	----------------------	---------------	---------

Prostaglandin Vasodilators

Tier 1	treprostinil PA, SP		REMODULIN
--------	---------------------	--	-----------

MISCELLANEOUS

Tier 1	hydralazine		
Tier 1	methyldopa AGE	Covered for ages 64 years old & under	
Tier 1	midodrine		
Tier 1	minoxidil		
Tier 1	ranolazine ext-rel ST	Requires trial of beta blocker/ calcium channel blockers and long-acting nitrate	RANEXA

CENTRAL NERVOUS SYSTEM

ANTI-ANXIETY

Benzodiazepines

Tier 1	alprazolam tabs AGE	Covered for ages 18 years old & over	XANAX
Tier 1	chlordiazepoxide AGE	Covered for ages 6-64 years old	
Tier 1	clonazepam tabs		KLONOPIN
Tier 1	clorazepate AGE	Covered for ages 6-64 years old	TRANXENE T-TAB
Tier 1	diazepam AGE	Covered for ages 64 years old & under	VALIUM
Tier 1	diazepam oral concentrate 5 mg/mL AGE, PA	Covered for ages 64 years old & under	DIAZEPAM INTENSOL
Tier 1	lorazepam AGE	Covered for ages 12 years old & over	ATIVAN
Tier 1	oxazepam AGE	Covered for ages 6 years old & over	

Miscellaneous

Tier 1	buspirone tabs 5 mg, 7.5 mg, 10 mg, 15 mg AGE	Covered for ages 6 years old & over	
Tier 1	clomipramine		ANAFRANIL
Tier 1	fluvoxamine		

ANTICONVULSANTS

Tier 1	carbamazepine		TEGRETOL
Tier 1	carbamazepine ext-rel		CARBATROL
Tier 1	carbamazepine ext-rel		TEGRETOL-XR
Tier 1	clobazam tabs PA		ONFI
Tier 1	diazepam rectal gel QL	Max #2 kits/month	DIASTAT
Tier 1	divalproex sodium delayed-rel		DEPAKOTE
Tier 1	divalproex sodium ext-rel		DEPAKOTE ER
Tier 1	divalproex sodium sprinkle caps		DEPAKOTE SPRINKLE
Tier 1	ethosuximide		ZARONTIN
Tier 1	gabapentin QL		NEURONTIN
Tier 1	lacosamide PA		VIMPAT
Tier 1	lamotrigine chewable dispersible tabs 5 mg, 25 mg		LAMICTAL CHEWABLE TABS
Tier 1	lamotrigine tabs		LAMICTAL
Tier 1	levetiracetam		KEPPRA
Tier 1	levetiracetam ext-rel 500 mg QL	Max #180/month	KEPPRA XR
Tier 1	levetiracetam ext-rel 750 mg QL	Max #120/month	KEPPRA XR
Tier 1	oxcarbazepine		TRILEPTAL
Tier 1	phenobarbital elixir AGE	Covered for ages 12 years old & under	
Tier 1	phenobarbital tabs		
Tier 1	phenytoin chewable tabs		DILANTIN INFATABS
Tier 1	phenytoin sodium extended		DILANTIN
Tier 1	phenytoin susp		DILANTIN
Tier 1	primidone		MYSOLINE
Tier 1	rufinamide PA		BANZEL
Tier 1	tiagabine 2 mg, 4 mg PA		GABITRIL
Tier 1	topiramate sprinkle caps, tabs		TOPAMAX
Tier 1	valproic acid		DEPAKENE
Tier 1	vigabatrin PA, SP		SABRIL
Tier 1	zonisamide		ZONEGRAN

ANTIDEMENTIA

Tier 1	donepezil 5 mg, 10 mg	ARICEPT
Tier 1	galantamine ext-rel	RAZADYNE ER
Tier 1	galantamine tabs	RAZADYNE
Tier 1	memantine	NAMENDA
Tier 1	rivastigmine	
Tier 1	rivastigmine transdermal PA	EXELON PATCH

ANTIDEPRESSANTS

The Department of Health Services through the Medi-Cal Fee-for-Service (FFS) Program has assumed responsibility for select drugs listed below. This list may not be all-inclusive. Pharmacies must bill these medications directly to Medi-Cal Fee-for-Service. Prior Authorization from the plan is not required. Medi-Cal 1-800-541-5555.

Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOIs)

(# Indicates a Medi-Cal FFS Carved-Out Drug)

Tier 1	phenelzine #	NARDIL
Tier 1	tranylcypromine #	PARNATE

Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs)

Tier 1	citalopram	CELEXA
Tier 1	escitalopram	LEXAPRO
Tier 1	fluoxetine 10 mg, 20 mg	PROZAC
Tier 1	fluoxetine soln	
Tier 1	paroxetine HCl tabs	PAXIL
Tier 1	sertraline	ZOLOFT

Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitors (SNRIs)

Tier 1	duloxetine delayed-rel PA	CYMBALTA
Tier 1	venlafaxine	
Tier 1	venlafaxine ext-rel caps	venlafaxine ext-rel tabs are not covered EFFEXOR XR

Tricyclic Antidepressants (TCAs)

Tier 1	amitriptyline AGE	Covered for ages 64 years old & under
Tier 1	desipramine	NORPRAMIN
Tier 1	doxepin AGE	Covered for ages 64 years old & under
Tier 1	imipramine HCl	TOFRANIL
Tier 1	nortriptyline caps	PAMELOR
Tier 1	protriptyline	

Miscellaneous Agents

Tier 1	bupropion	
Tier 1	bupropion ext-rel	WELLBUTRIN SR
Tier 1	bupropion ext-rel	WELLBUTRIN XL
Tier 1	maprotiline	
Tier 1	mirtazapine tabs 15 mg, 30 mg, 45 mg	REMERON
Tier 1	trazodone 50 mg, 100 mg, 150 mg	

ANTIPARKINSONIAN AGENTS

(# Indicates a Medi-Cal FFS Carved-Out Drug)

The Department of Health Services through the Medi-Cal Fee-for-Service (FFS) Program has assumed responsibility for selected medications listed below. This list may not be all-inclusive. Pharmacies must bill these medications directly to Medi-Cal Fee-for-Service. Prior Authorization from the plan is not required. Medi-Cal 1-800-541-5555.

Tier 1	amantadine caps, syp #		
Tier 1	benztropine #		
Tier 1	bromocriptine		PARLODEL
Tier 1	carbidopa/levodopa		SINEMET
Tier 1	carbidopa/levodopa ext-rel		SINEMET CR
Tier 1	carbidopa/levodopa/entacapone ST	Requires prior use of carbidopa/levodopa	STALEVO
Tier 1	entacapone ST	Requires prior use of carbidopa/levodopa	COMTAN
Tier 1	pramipexole		MIRAPEX
Tier 1	ropinirole		REQUIP
Tier 1	selegiline caps, tabs		
Tier 1	trihexyphenidyl elixir PA, #		
Tier 1	trihexyphenidyl tabs #		

ANTIPSYCHOTICS

The Department of Health Services through the Medi-Cal Fee-for-Service (FFS) Program has assumed responsibility for select antipsychotic medications listed below. This list may not be all-inclusive. Pharmacies must bill these medications directly to Medi-Cal Fee-for-Service. Prior Authorization from the plan is not required. Medi-Cal 1-800-541-5555.

Atypicals

(# Indicates a Medi-Cal FFS Carved-Out Drug)

Tier 1	aripiprazole PA, #		ABILIFY
Tier 1	aripiprazole ext-rel inj PA, #		ABILIFY MAINTENA
Tier 1	aripiprazole lauroxil ext-rel inj PA, #		ARISTADA
Tier 1	asenapine PA, #		SAPHRIS
Tier 1	clozapine #		CLOZARIL
Tier 1	iloperidone PA, #		FANAPT
Tier 1	lurasidone PA, #		LATUDA
Tier 1	olanzapine pamoate ext-rel inj PA, #		ZYPREXA RELPREVV
Tier 1	olanzapine tabs ST, #	Requires trial of risperidone or quetiapine or clozapine	ZYPREXA
Tier 1	paliperidone ext-rel PA, #		INVEGA
Tier 1	paliperidone palmitate ext-rel inj PA, #		INVEGA SUSTENNA
Tier 1	paliperidone palmitate ext-rel inj PA, #		INVEGA TRINZA
Tier 1	quetiapine 25 mg PA, #		SEROQUEL
Tier 1	quetiapine 50 mg, 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg #		SEROQUEL
Tier 1	quetiapine ext-rel PA, #		SEROQUEL XR
Tier 1	risperidone #		RISPERDAL
Tier 1	risperidone long-acting inj PA, #		RISPERDAL CONSTA

Tier 1	risperidone orally disintegrating tabs #	RISPERDAL M-TABS
Tier 1	ziprasidone #	GEODON

Miscellaneous

(# Indicates a Medi-Cal FFS Carved-Out Drug)

Tier 1	chlorpromazine #	
Tier 1	fluphenazine decanoate inj #	
Tier 1	fluphenazine HCl inj #	
Tier 1	fluphenazine HCl tabs #	
Tier 1	haloperidol #	
Tier 1	haloperidol decanoate inj #	HALDOL DECANOATE
Tier 1	haloperidol lactate inj #	HALDOL
Tier 1	loxapine #	
Tier 1	perphenazine #	
Tier 1	thioridazine #	
Tier 1	thiothixene #	
Tier 1	trifluoperazine #	

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

Tier 1	amphetamine/dextroamphetamine mixed salts 5 mg, 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg AGE, QL	Covered for ages 18 years old & under; Max #90/month	ADDERALL
Tier 1	amphetamine/dextroamphetamine mixed salts 7.5 mg AGE, QL	Covered for ages 18 years old & under; Max #150/month	ADDERALL
Tier 1	amphetamine/dextroamphetamine mixed salts 30 mg AGE, QL	Covered for ages 18 years old & under; Max #60/month	ADDERALL
Tier 1	amphetamine/dextroamphetamine mixed salts ext-rel AGE, QL	Covered for ages 6-18 years old; Max #30/month	ADDERALL XR
Tier 1	atomoxetine AGE, QL	Covered for ages 6-18 years old	STRATTERA
Tier 1	dexmethylphenidate AGE, QL	Covered for ages 18 years old & under	FOCALIN
Tier 1	dextroamphetamine ext-rel 5 mg, 10 mg PA, QL	Max #120/month	DEXEDRINE SPANSULE
Tier 1	dextroamphetamine ext-rel 15 mg PA, QL	Max #60/month	DEXEDRINE SPANSULE
Tier 1	dextroamphetamine tabs 5 mg, 10 mg AGE, QL	Covered for ages 3-18 years old	
Tier 1	methylphenidate AGE, QL	Covered for ages 6-18 years old	RITALIN
Tier 1	methylphenidate ext-rel AGE, QL	Covered for ages 6-18 years old	CONCERTA
Tier 1	methylphenidate ext-rel AGE, QL	Covered for ages 6-18 years old	METADATE CD
Tier 1	methylphenidate ext-rel 10 mg AGE, PA, QL	Covered for ages 6-18 years old	RITALIN LA
Tier 1	methylphenidate ext-rel 20 mg, 30 mg, 40 mg AGE, QL	Covered for ages 6-18 years old	RITALIN LA
Tier 1	methylphenidate ext-rel 60 mg AGE, PA, QL	Covered for ages 6-18 years old	RITALIN LA
Tier 1	methylphenidate ext-rel tabs 20 mg AGE, QL	Covered for ages 6-18 years old	
Tier 1	methylphenidate soln, tabs AGE, QL	Covered for ages 6-18 years old	METHYLIN

FIBROMYALGIA

Tier 1	pregabalin PA	LYRICA
--------	---------------	--------

HYPNOTICS

Benzodiazepines

Tier 1	estazolam AGE	Covered for ages 18 years old & over	
Tier 1	flurazepam AGE	Covered for ages 15-64 years old	
Tier 1	temazepam 15 mg, 30 mg		RESTORIL
Tier 1	triazolam AGE	Covered for ages 18 years old & over	HALCION

Nonbenzodiazepines

Tier 1	doxylamine OTC		UNISOM
Tier 1	zaleplon ST	Requires prior use of zolpidem	SONATA
Tier 1	zolpidem		AMBIEN

MIGRAINE

Selective Serotonin Agonists

Tier 1	naratriptan QL	Max #9/month	AMERGE
Tier 1	rizatriptan tabs ST, QL	Requires trial of sumatriptan or naratriptan; Max #12/month	MAXALT
Tier 1	sumatriptan tabs QL	Max #9/month	IMITREX

MOOD STABILIZERS

(# Indicates a Medi-Cal FFS Carved-Out Drug)

The Department of Health Services through the Medi-Cal Fee-for-Service (FFS) Program has assumed responsibility for select drugs listed below. This list may not be all-inclusive. Pharmacies must bill these medications directly to Medi-Cal Fee-for-Service. Prior Authorization from the plan is not required. Medi-Cal 1-800-541-5555.

Tier 1	lithium carbonate #		
Tier 1	lithium carbonate ext-rel tabs #		
Tier 1	lithium carbonate ext-rel tabs #		LITHOBID

MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS

Tier 1	dalfampridine ext-rel PA, SP		AMPYRA
Tier 1	dimethyl fumarate delayed-rel PA, SP		TECFIDERA
Tier 1	glatiramer 20 mg/mL PA, SP		COPAXONE
Tier 1	interferon beta-1a PA, SP		AVONEX
Tier 1	interferon beta-1b PA, SP		EXTAVIA

MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS

Tier 1	baclofen		
Tier 1	carisoprodol 350 mg AGE	Covered for ages 18-64 years old	SOMA
Tier 1	chlorzoxazone		PARAFON FORTE DSC
Tier 1	cyclobenzaprine 5 mg, 10 mg		
Tier 1	methocarbamol AGE	Covered for ages 64 years old & under	ROBAXIN
Tier 1	orphenadrine ext-rel		
Tier 1	tizanidine tabs AGE	Covered for ages 64 years old & under	ZANAFLEX

MYASTHENIA GRAVIS

Tier 1	pyridostigmine tabs		MESTINON
--------	---------------------	--	----------

NARCOLEPSY/CATAPLEXY

Tier 1	armodafinil 50 mg, 150 mg, 250 mg AGE, PA	Covered for ages 64 years old & under	NUVIGIL
Tier 1	modafinil 100 mg PA, QL	Max #30 tabs/month	PROVIGIL
Tier 1	modafinil 200 mg PA, QL	Max #60 tabs/month	PROVIGIL
Tier 1	sodium oxybate PA		XYREM

PSYCHOTHERAPEUTIC-MISCELLANEOUS

The Department of Health Services through the Medi-Cal Fee-for-Service (FFS) Program has assumed responsibility for select detoxification medications listed below. This list may not be all-inclusive. Pharmacies must bill these medications directly to Medi-Cal Fee-for-Service. Prior Authorization from the plan is not required. Medi-Cal 1-800-541-5555.

Alcohol Deterrents

Tier 1	disulfiram		ANTABUSE
--------	------------	--	----------

Opioid Antagonists

(# Indicates a Medi-Cal FFS Carved-Out Drug)

Tier 1	naloxone inj 1 mg/mL #		
Tier 1	naloxone nasal spray #		NARCAN
Tier 1	naltrexone #		

Partial Opioid Agonist/Opioid Antagonist Combinations

(# Indicates a Medi-Cal FFS Carved-Out Drug)

Tier 1	buprenorphine/naloxone sublingual tabs #		
--------	--	--	--

Smoking Deterrents

Tier 1	bupropion ext-rel QL	Max 3 fills/year	ZYBAN
Tier 1	nicotine inhaler PA		NICOTROL
Tier 1	nicotine nasal spray PA		NICOTROL NS
Tier 1	nicotine polacrilex gum OTC, QL	Max 3 fills/year	NICORETTE
Tier 1	nicotine polacrilex lozenge OTC, QL	Max 3 fills/year	NICORETTE
Tier 1	nicotine transdermal OTC, QL	Max 3 fills/year	NICODERM CQ
Tier 1	varenicline PA		CHANTIX

MISCELLANEOUS

Tier 1	riluzole PA		RILUTEK
--------	-------------	--	---------

ENDOCRINE AND METABOLIC

ANDROGENS

Tier 1	testosterone cypionate		DEPO-TESTOSTERONE
Tier 1	testosterone enanthate		

CALCIUM RECEPTOR ANTAGONISTS

Tier 1	cinacalcet PA, SP		SENSIPAR
--------	-------------------	--	----------

ANTIDIABETICS

Alpha-glucosidase Inhibitors

Tier 1	acarbose		PRECOSE
--------	----------	--	---------

Biguanides

Tier 1	metformin		GLUCOPHAGE
Tier 1	metformin ext-rel 500 mg, 750 mg		GLUCOPHAGE XR

Biguanide/Sulfonylurea Combinations

Tier 1	glyburide/metformin		GLUCOVANCE
--------	---------------------	--	------------

Dipeptidyl Peptidase-4 (DPP-4) Inhibitors

Tier 1	alogliptin ST	Requires prior use of metformin	NESINA
--------	---------------	---------------------------------	--------

Dipeptidyl Peptidase-4 (DPP-4) Inhibitor/Biguanide Combinations

Tier 1	alogliptin/metformin ST	Requires prior use of metformin	KAZANO
--------	-------------------------	---------------------------------	--------

Dipeptidyl Peptidase-4 (DPP-4) Inhibitor/Insulin Sensitizer Combinations

Tier 1	alogliptin/pioglitazone ST	Requires prior use of metformin	OSENI
--------	----------------------------	---------------------------------	-------

Incretin Mimetic Agents

Tier 1	exenatide PA		BYETTA
--------	--------------	--	--------

Insulins

Tier 1	insulin aspart QL, *	Max #30 mL/month	NOVOLOG
Tier 1	insulin aspart protamine 70%/insulin aspart 30% QL, *	Max #30 mL/month	NOVOLOG MIX
Tier 1	insulin glargine QL	Max #30 mL/month	BASAGLAR
Tier 1	insulin human OTC, QL, *	Max #30 mL/month	HUMULIN R
Tier 1	insulin human OTC, QL, *	Max #30 mL/month	NOVOLIN R
Tier 1	insulin human vial QL	Max #20 mL/month	HUMULIN R U-500 VIAL
Tier 1	insulin isophane human OTC, QL, *	Max #30 mL/month	HUMULIN N
Tier 1	insulin isophane human OTC, QL, *	Max #30 mL/month	NOVOLIN N
Tier 1	insulin isophane human 70%/regular 30% OTC, QL, *	Max #30 mL/month	HUMULIN 70/30
Tier 1	insulin isophane human 70%/regular 30% OTC, QL, *	Max #30 mL/month	NOVOLIN 70/30
Tier 1	insulin lispro QL, *	Max #30 mL/month	HUMALOG U-100
Tier 1	insulin lispro protamine/insulin lispro QL, *	Max #30 mL/month	HUMALOG MIX

*Insulin vials are preferred. Insulin pens are covered only for ages 18 years and under. Prior authorization is available for members with documented retinopathy and neuropathy.

Insulin Sensitizers

Tier 1	pioglitazone		ACTOS
--------	--------------	--	-------

Meglitinides

Tier 1	nateglinide		STARLIX
Tier 1	repaglinide		PRANDIN

Sodium-Glucose Co-transporter 2 (SGLT2) Inhibitors

Tier 1	empagliflozin ST	Requires prior use of metformin	JARDIANCE
--------	------------------	---------------------------------	-----------

Sulfonylureas

Tier 1	chlorpropamide AGE	Covered for ages 64 years old & under	
Tier 1	glimepiride		AMARYL
Tier 1	glipizide		GLUCOTROL
Tier 1	glipizide ext-rel		GLUCOTROL XL
Tier 1	glyburide		
Tier 1	glyburide, micronized		GLYNASE
Tier 1	tolbutamide		

Supplies

Tier 1	alcohol swabs OTC		
Tier 1	blood glucose monitoring kits OTC		TRUE METRIX AIR kits
Tier 1	blood glucose monitoring kits OTC		TRUE METRIX kits
Tier 1	blood glucose test strips OTC, QL, ^		TRUE METRIX test strips
Tier 1	blood glucose test strips OTC, QL, ^		TRUETEST test strips
Tier 1	insulin syringes, needles OTC		
Tier 1	lancets OTC		
Tier 1	urine acetone test strips OTC		KETOCARE test strips

^ Max of #50/month for non-insulin users.
Max of #200/month for insulin users and pregnant members filling prenatal vitamins.

CALCIUM REGULATORS

Bisphosphonates

Tier 1	alendronate tabs		FOSAMAX
Tier 1	ibandronate		BONIVA

Calcitonins

Tier 1	calcitonin-salmon spray AGE	Covered for ages 50 years old & over	MIACALCIN
--------	-----------------------------	--------------------------------------	-----------

Parathyroid Hormones

Tier 1	teriparatide PA, SP		FORTEO
--------	---------------------	--	--------

CARNITINE DEFICIENCY AGENTS

Tier 1	levocarnitine soln		CARNITOR
Tier 1	levocarnitine tabs 330 mg		CARNITOR

CONTRACEPTIVES

Limited to females

EE = ethinyl estradiol

ME = mestranol

Monophasic**20 mcg Estrogen**

Tier 1	levonorgestrel/EE 0.1/20 QL	Max #1 pack/month	Lutera
Tier 1	norethindrone acetate/EE 1/20 QL	Max #1 pack/month	LOESTRIN 1/20
Tier 1	norethindrone acetate/EE 1/20 and iron QL	Max #1 pack/month	LOESTRIN FE 1/20

30 mcg Estrogen

Tier 1	desogestrel/EE 0.15/30 QL	Max #1 pack/month	DESOGEN
Tier 1	drospirenone/EE 3/30 QL	Max #1 pack/month	YASMIN
Tier 1	levonorgestrel/EE 0.15/30 QL	Max #1 pack/month	Levora
Tier 1	norethindrone acetate/EE 1.5/30 QL	Max #1 pack/month	LOESTRIN 1.5/30
Tier 1	norethindrone acetate/EE 1.5/30 and iron QL	Max #1 pack/month	LOESTRIN FE 1.5/30
Tier 1	norgestrel/EE 0.3/30 QL	Max #1 pack/month	Low-Ogestrel

35 mcg Estrogen

Tier 1	ethynodiol diacetate/EE 1/35 QL	Max #1 pack/month	Kelnor 1/35
Tier 1	ethynodiol diacetate/EE 1/35 QL	Max #1 pack/month	Zovia 1/35
Tier 1	norethindrone/EE 0.4/35 QL	Max #1 pack/month	OVCON 35
Tier 1	norethindrone/EE 0.5/35 QL	Max #1 pack/month	
Tier 1	norethindrone/EE 1/35 QL	Max #1 pack/month	ORTHO-NOVUM 1/35
Tier 1	norgestimate/EE 0.25/35 QL	Max #1 pack/month	ORTHO-CYCLEN

50 mcg Estrogen

Tier 1	ethynodiol diacetate/EE 1/50 QL	Max #1 pack/month	Zovia 1/50
Tier 1	norethindrone/ME 1/50 QL	Max #1 pack/month	
Tier 1	norgestrel/EE 0.5/50 QL	Max #1 pack/month	Ogestrel

Triphasic

Tier 1	desogestrel/EE QL	Max #1 pack/month	CYCLESSA
Tier 1	levonorgestrel/EE QL	Max #1 pack/month	
Tier 1	norethindrone/EE QL	Max #1 pack/month	ORTHO-NOVUM 7/7/7
Tier 1	norgestimate/EE QL	Max #1 pack/month	ORTHO TRI-CYCLEN

Extended Cycle

Tier 1	levonorgestrel/EE 0.1/20 and EE 10 QL	Max #1 pack/3 months	Amethia Lo, Camrese Lo
Tier 1	levonorgestrel/EE 0.15/30 QL	Max #1 pack/3 months	Introvale, Jolessa, Quasense, Setlakin
Tier 1	levonorgestrel/EE 0.15/30 and EE 10 QL	Max #1 pack/3 months	Amethia, Ashlyna, Camrese, Daysee

Progestin Only

Tier 1	norethindrone QL	Max #1 pack/month	
Tier 1	norethindrone QL	Max #1 pack/month	ORTHO MICRONOR

Emergency Contraception

Tier 1	levonorgestrel 1.5 mg OTC, QL	Max #4/year	PLAN B ONE-STEP
Tier 1	ulipristal QL	Max #4/year	ELLA

Injectable

Tier 1	medroxyprogesterone acetate 150 mg/mL QL	Max #4 inj/year	DEPO-PROVERA
--------	--	-----------------	--------------

**Progestin Intrauterine Device
(Medical Benefit)**

Tier 1	levonorgestrel-releasing IUD SP		LILETTA
Tier 1	levonorgestrel-releasing IUD SP		MIRENA
Tier 1	levonorgestrel-releasing IUD SP		SKYLA

Vaginal

Tier 1	etonogestrel/EE ring QL	Max #1/month	NUVARING
--------	-------------------------	--------------	----------

Miscellaneous

Tier 1	condoms, male OTC		
Tier 1	diaphragm		DIAPHRAGM , VARIOUS

ENDOMETRIOSIS

Tier 1	nafarelin PA, SP		SYNAREL
--------	------------------	--	---------

ESTROGENS**Limited to ages < 65****Oral**

Tier 1	estradiol		ESTRACE
Tier 1	estrogens, conjugated		PREMARIN
Tier 1	estropipate		

Vaginal**Limited to females**

Tier 1	estradiol vaginal crm		ESTRACE CREAM
Tier 1	estradiol vaginal tabs		VAGIFEM
Tier 1	estrogens, conjugated crm		PREMARIN CREAM

ESTROGEN/PROGESTINS**Limited to ages < 65****Oral**

Tier 1	EE/norethindrone acetate		FEMHRT 0.5 mg/2.5 mcg
Tier 1	estrogens, conjugated/medroxyprogesterone		PREMPHASE
Tier 1	estrogens, conjugated/medroxyprogesterone		PREMPRO

GLUCOCORTICOIDS

Tier 1	dexamethasone elixir, soln 0.5 mg/5 mL		
Tier 1	dexamethasone tabs		
Tier 1	fludrocortisone		

Tier 1	hydrocortisone		CORTEF
Tier 1	methylprednisolone		MEDROL
Tier 1	prednisolone sodium phosphate soln		
Tier 1	prednisolone syrup		
Tier 1	prednisone		

GLUCOSE ELEVATING AGENTS

Tier 1	glucagon, human recombinant QL	Max 1 kit/month	GLUCAGON EMERGENCY KIT
Tier 1	glucose tablets OTC		

HUMAN GROWTH HORMONES

Tier 1	somatropin vials 5.8 mg PA, SP		OMNITROPE
--------	--------------------------------	--	-----------

HYPERPARATHYROID TREATMENT, VITAMIN D ANALOGS

Tier 1	calcitriol caps (1,25-D3)		ROCALTROL
--------	---------------------------	--	-----------

INSULIN-LIKE GROWTH FACTORS

Tier 1	mecasermin PA, SP		INCRELEX
--------	-------------------	--	----------

PHOSPHATE BINDER AGENTS

Tier 1	calcium acetate caps		PHOSLO
--------	----------------------	--	--------

POTASSIUM-REMOVING AGENTS

Tier 1	sodium polystyrene sulfonate oral susp		Kionex
Tier 1	sodium polystyrene sulfonate powder		

PROGESTINS

Limited to females

Tier 1	medroxyprogesterone acetate		PROVERA
Tier 1	norethindrone acetate		AYGESTIN
Tier 1	progesterone, micronized		PROMETRIUM

SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODULATORS

Tier 1	raloxifene AGE	Covered for ages 50 years old & over	EVISTA
--------	----------------	--------------------------------------	--------

THYROID AGENTS

Antithyroid Agents

Tier 1	methimazole		TAPAZOLE
Tier 1	propylthiouracil		

Thyroid Supplements

Tier 1	levothyroxine		LevoxyI
Tier 1	levothyroxine		SYNTHROID
Tier 1	thyroid AGE	Covered for ages 64 years old & under	ARMOUR THYROID
Tier 1	thyroid AGE	Covered for ages 64 years old & under	NATURE-THROID
Tier 1	thyroid AGE	Covered for ages 64 years old & under	WESTHROID
Tier 1	thyroid AGE	Covered for ages 64 years old & under	WP THYROID

VASOPRESSINS

Tier 1	desmopressin spray PA		DDAVP
Tier 1	desmopressin spray PA, SP		STIMATE
Tier 1	desmopressin tabs		DDAVP

MISCELLANEOUS

Tier 1	idursulfase PA, SP		ELAPRASE
Tier 1	leuprolide acetate PA, SP		
Tier 1	leuprolide acetate PA, SP		LUPRON DEPOT-PED
Tier 1	methylergonovine		METHERGINE
Tier 1	octreotide acetate PA, SP		SANDOSTATIN
Tier 1	octreotide acetate PA, ST, SP	Requires prior use of generic octreotide acetate	SANDOSTATIN LAR
Tier 1	thyrotropin alfa PA, SP		THYROGEN

GASTROINTESTINAL

ANTACIDS

Limited to 4 fills per year

Tier 1	aluminum hydroxide/ magnesium carbonate OTC		GAVISCON
Tier 1	aluminum hydroxide/ magnesium hydroxide/simethicone OTC		MYLANTA
Tier 1	aluminum hydroxide/ magnesium trisilicate OTC		
Tier 1	calcium carbonate OTC		TUMS
Tier 1	calcium carbonate/magnesium hydroxide OTC		MYLANTA
Tier 1	sodium bicarbonate tabs OTC		

ANTIDIARRHEALS

Limited to 4 fills per year

Tier 1	bismuth subsalicylate OTC		PEPTO-BISMOL
Tier 1	diphenoxylate/atropine		LOMOTIL
Tier 1	loperamide		
Tier 1	loperamide OTC		IMODIUM A-D

ANTIEMETICS

Tier 1	aprepitant caps PA		EMEND
Tier 1	aprepitant susp PA		EMEND
Tier 1	dextrose/fructose/phosphoric acid OTC		EMETROL
Tier 1	dimenhydrinate tabs OTC		DRAMAMINE
Tier 1	granisetron ST	Requires trial of ondansetron	
Tier 1	meclizine OTC		
Tier 1	meclizine		
Tier 1	metoclopramide		REGLAN
Tier 1	ondansetron orally disintegrating tabs QL	Max #90/month	ZOFRAN ODT
Tier 1	ondansetron soln PA, QL	Max #30 mL/month	ZOFRAN
Tier 1	ondansetron tabs 4 mg, 8 mg QL	Max #90/month	ZOFRAN

Tier 1	prochlorperazine		COMPAZINE
Tier 1	prochlorperazine supp		COMPAZINE
Tier 1	promethazine AGE	Covered for ages 2-64 years old	
Tier 1	promethazine inj AGE	Covered for ages 2-64 years old	
Tier 1	promethazine supp 12.5 mg, 25 mg AGE	Covered for ages 2-64 years old	
Tier 1	promethazine supp 50 mg AGE, PA	Covered for ages 2-64 years old	
Tier 1	scopolamine AGE, PA	Covered for ages 64 years old & under	TRANSDERM SCOP

ANTISPASMODICS

Tier 1	dicyclomine AGE	Covered for ages 64 years old & under	BENTYL
Tier 1	glycopyrrolate tabs		ROBINUL/ ROBINUL FORTE
Tier 1	hyoscyamine sulfate AGE	Covered for ages 64 years old & under	LEVSIN
Tier 1	hyoscyamine sulfate ext-rel tabs AGE	Covered for ages 64 years old & under	LEVBID

CHOLELITHOLYTICS

Tier 1	ursodiol caps		ACTIGALL
Tier 1	ursodiol tabs 250 mg QL	Max #30/month	URSO
Tier 1	ursodiol tabs 500 mg QL	Max #60/month	URSO FORTE

H₂ RECEPTOR ANTAGONISTS

Tier 1	cimetidine 200 mg OTC, QL	Max #120/month	TAGAMET HB
Tier 1	cimetidine 300 mg, 400 mg, 800 mg QL	Max #60/month	
Tier 1	cimetidine soln 300 mg/5 mL QL	Max #1800 mL/month	
Tier 1	famotidine tabs QL	Max #60/month	PEPCID
Tier 1	famotidine tabs OTC, QL	Max #60/month	PEPCID AC
Tier 1	nizatidine ST, QL	Requires trial of two of cimetidine, famotidine or ranitidine; Max #120/month	
Tier 1	ranitidine OTC, QL	Max #120/month	ZANTAC OTC
Tier 1	ranitidine syp AGE, QL	Covered for ages 12 years old & under; Max #600 mL/month	ZANTAC
Tier 1	ranitidine tabs 150 mg QL	Max #120/month	ZANTAC
Tier 1	ranitidine tabs 300 mg QL	Max #60/month	ZANTAC

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Oral Agents

Tier 1	balsalazide		
Tier 1	budesonide delayed-rel caps		ENTOCORT EC
Tier 1	mesalamine ext-rel caps		APRISO
Tier 1	sulfasalazine		AZULFIDINE
Tier 1	sulfasalazine delayed-rel		AZULFIDINE EN-TABS

LAXATIVES/STOOL SOFTENERS

Limited to 4 fills per year

Tier 1	benzocaine/docusate OTC		Enemeez Plus
Tier 1	bisacodyl delayed-rel tabs OTC, QL	Max #90/month	DULCOLAX
Tier 1	bisacodyl supp OTC, QL	Max #30/month	DULCOLAX

Tier 1	calcium polycarbophil OTC		FIBERCON
Tier 1	cellulose powder OTC		UNIFIBER
Tier 1	docusate calcium OTC		
Tier 1	docusate sodium OTC		COLACE
Tier 1	glycerin supp OTC		
Tier 1	lactulose		
Tier 1	magnesium citrate soln OTC		
Tier 1	magnesium hydroxide OTC		MILK OF MAGNESIA
Tier 1	methylcellulose tabs OTC		CITRUCEL
Tier 1	mineral oil OTC		
Tier 1	mineral oil enema OTC		
Tier 1	peg 3350/electrolytes		GOLYTELY
Tier 1	peg 3350/electrolytes		NULYTELY
Tier 1	polyethylene glycol 3350		
Tier 1	polyethylene glycol 3350 OTC		MIRALAX
Tier 1	psyllium OTC		METAMUCIL
Tier 1	senna OTC		
Tier 1	sennosides 8.6 mg OTC, QL	Max #60/month	SENOKOT
Tier 1	sennosides/docusate sodium OTC		SENOKOT-S
Tier 1	sodium phosphates enema OTC		FLEET
Tier 1	sodium phosphates soln OTC		
Tier 1	wheat dextrin powder OTC		BENEFIBER

PANCREATIC ENZYMES

Tier 1	pancrelipase delayed-rel		CREON
Tier 1	pancrelipase delayed-rel		ZENPEP

PROSTAGLANDINS

Tier 1	misoprostol		CYTOTEC
--------	-------------	--	---------

PROTON PUMP INHIBITORS

Tier 1	esomeprazole magnesium delayed-rel OTC		NEXIUM 24HR OTC
Tier 1	lansoprazole delayed-rel OTC, QL		PREVACID 24HR OTC
Tier 1	omeprazole delayed-rel caps 10 mg, 20 mg QL		
Tier 1	omeprazole delayed-rel caps 40 mg		
Tier 1	omeprazole delayed-rel tabs OTC, †		OMEPRAZOLE OTC
Tier 1	omeprazole magnesium delayed-rel OTC, QL		PRILOSEC OTC
Tier 1	omeprazole magnesium delayed-rel caps OTC, QL		
Tier 1	omeprazole oral suspension AGE, QL	Covered for ages 12 years old & under	FIRST-OMEPRAZOLE
Tier 1	pantoprazole delayed-rel tabs QL		PROTONIX

SALIVA STIMULANTS

Tier 1	pilocarpine tabs		SALAGEN
--------	------------------	--	---------

MISCELLANEOUS

Tier 1	dibucaine rectal oint OTC		NUPERCAINAL
Tier 1	glycopyrrolate PA		CUVPOSA

Tier 1	pramoxine/phenylephrine/glycerin/ petrolatum crm OTC		PREPARATION H
Tier 1	simethicone OTC		
Tier 1	sucralfate susp AGE, PA	Covered for ages 18 years old & under	CARAFATE
Tier 1	sucralfate tabs QL		CARAFATE

GENITOURINARY

BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

Limited to males

Tier 1	alfuzosin ext-rel		UROXATRAL
Tier 1	doxazosin		CARDURA
Tier 1	finasteride		PROSCAR
Tier 1	tamsulosin		FLOMAX
Tier 1	terazosin		

URINARY ANTISPASMODICS

Tier 1	flavoxate hydrochloride		
Tier 1	oxybutynin		
Tier 1	oxybutynin ext-rel ST	Requires trial of oxybutynin	DITROPAN XL
Tier 1	tolterodine ST	Requires trial of oxybutynin	DETROL
Tier 1	tropium ST	Requires trial of oxybutynin	

VAGINAL ANTI-INFECTIVES

Limited to females

Tier 1	clindamycin crm		CLEOCIN
Tier 1	clotrimazole OTC		
Tier 1	metronidazole QL	Max #70 grams/5 days	METROGEL-VAGINAL
Tier 1	miconazole OTC		MONISTAT 3, MONISTAT 7
Tier 1	terconazole crm, supp		TERAZOL
Tier 1	tioconazole OTC		VAGISTAT-1

MISCELLANEOUS

Tier 1	acetic acid irrigation soln		
Tier 1	bethanechol		URECHOLINE
Tier 1	phenazopyridine		PYRIDIUM
Tier 1	potassium citrate ext-rel 5 mEq, 10 mEq		UROCIT-K
Tier 1	potassium citrate/citric acid soln		CYTRA-K
Tier 1	sodium chloride irrigation soln		
Tier 1	sodium citrate/citric acid soln		CYTRA-2

HEMATOLOGIC

ANTICOAGULANTS

Injectable

Tier 1	dalteparin PA, SP		FRAGMIN
--------	-------------------	--	---------

Tier 1	enoxaparin SP	Requires PA for treatment longer than 7 days	LOVENOX
Tier 1	heparin sodium inj 1000 units/mL, 5000 units/mL, 10000 units/mL, 20000 units/mL		
Tier 1	heparin sodium PF inj 1000 units/mL, 5000 units/0.5 mL		
Tier 1	heparin sodium/D5W inj 12500 units/250 mL, 20000 units/500 mL, 25000 units/250 mL, 25000 units/500 mL		
Tier 1	heparin sodium/NaCl 0.9% PF inj 2 units/mL		

Oral

Tier 1	rivaroxaban PA		XARELTO
Tier 1	warfarin		COUMADIN

Synthetic Heparinoid-like Agents

Tier 1	fondaparinux PA, SP		ARIXTRA
--------	---------------------	--	---------

ANTIHEMOPHILIC AGENTS

(# Indicates a Medi-Cal FFS Carved-Out Drug)

The Department of Health Services through the Medi-Cal Fee-for-Service (FFS) Program has assumed responsibility for select antihemophilia medications listed below. This list may not be all-inclusive. Pharmacies must bill these medications directly to Medi-Cal Fee-for-Service. Prior Authorization from the plan is not required. Medi-Cal 1-800-541-5555.

Tier 1	antihemophilic factor (recombinant) PA, SP, #		ADVATE
Tier 1	antihemophilic factor (recombinant) PA, SP, #		HELIXATE FS
Tier 1	antihemophilic factor (recombinant) PA, SP, #		KOGENATE FS
Tier 1	antihemophilic factor/von Willebrand factor complex (human) PA, SP, #		HUMATE-P
Tier 1	factor IX concentrate PA, SP, #		BENEFIX

HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS

Tier 1	darbepoetin alfa PA, SP		ARANESP
Tier 1	epoetin alfa PA, SP		EPOGEN
Tier 1	epoetin alfa PA, SP		PROCRIT
Tier 1	filgrastim PA, SP		NEUPOGEN
Tier 1	filgrastim-sndz PA, SP		ZARXIO
Tier 1	pegfilgrastim PA, SP		NEULASTA
Tier 1	sargramostim PA, SP		LEUKINE

PLATELET AGGREGATION INHIBITORS

Tier 1	aspirin OTC		
Tier 1	clopidogrel 75 mg		PLAVIX
Tier 1	dipyridamole		
Tier 1	dipyridamole ext-rel/aspirin PA		AGGRENEX

PLATELET SYNTHESIS INHIBITORS

Tier 1	anagrelide		AGRYLIN
--------	------------	--	---------

MISCELLANEOUS

Tier 1	cilostazol		
Tier 1	pentoxifylline ext-rel		
Tier 1	succimer PA		CHEMET

IMMUNOLOGIC AGENTS

BIOLOGIC DISEASE-MODIFYING AGENTS

Tier 1	adalimumab PA, SP		HUMIRA
Tier 1	etanercept PA, SP		ENBREL

DISEASE-MODIFYING ANTIRHEUMATIC DRUGS (DMARDs)

Tier 1	auranofin		RIDAURA
Tier 1	hydroxychloroquine		PLAQUENIL
Tier 1	leflunomide		ARAVA
Tier 1	methotrexate		
Tier 1	methotrexate inj 25 mg/mL QL	Max #10 mL/month	

IMMUNE GLOBULINS

Tier 1	Rho (D) immune globulin		RHOGAM PLUS
--------	-------------------------	--	-------------

IMMUNOMODULATORS

Interferons

Tier 1	interferon alfa-2b PA, SP		INTRON A
Tier 1	interferon gamma-1b PA, SP		ACTIMMUNE
Tier 1	peginterferon alfa-2a PA, SP		PEGASYS

IMMUNOSUPPRESSANTS

Antimetabolites

Tier 1	azathioprine		IMURAN
Tier 1	mycophenolate mofetil caps, tabs PA		CELLCEPT

Calcineurin Inhibitors

Tier 1	cyclosporine caps PA		SANDIMMUNE
Tier 1	cyclosporine, modified PA		NEORAL
Tier 1	tacrolimus PA		PROGRAF

VACCINES

Tier 1	hepatitis A vaccine AGE, QL	Covered for ages 19 years & older; Max 2 doses per lifetime	HAVRIX, VAQTA
Tier 1	hepatitis A, hepatitis B vaccine AGE	Covered for ages 19 years & older	TWINRIX
Tier 1	hepatitis B vaccine AGE	Covered for ages 19 years & older	ENGERIX-B, RECOMBIVAX HB
Tier 1	human papillomavirus (HPV) vaccine AGE, QL	Covered for ages 19 years & older; Max 3 doses per lifetime	GARDASIL, GARDASIL 9

Tier 1	influenza virus vaccine, quadrivalent AGE	Covered for ages 18 years & older	FLUARIX QUADRIVALENT, FLUCELVAX QUADRIVALENT, FLULAVAL QUADRIVALENT, FLUZONE QUADRIVALENT
Tier 1	influenza virus vaccine, trivalent AGE	Covered for ages 18 years & older	AFLURIA, AFLURIA PF, FLUVIRIN, FLUVIRIN PF
Tier 1	measles, mumps & rubella vaccine AGE, QL	Covered for ages 19 years & older; Max 2 doses per lifetime	M-M-R II
Tier 1	meningococcal conjugate vaccine AGE, QL	Covered for ages 19 years & older; Max 1 dose per lifetime	MENACTRA, MENVEO
Tier 1	meningococcal group B vaccine AGE, QL	Covered for ages 19 years & older; Max 2 doses per lifetime	BEXSERO
Tier 1	meningococcal group B vaccine AGE, QL	Covered for ages 19 years & older; Max 3 doses per lifetime	TRUMENBA
Tier 1	meningococcal polysaccharide vaccine AGE, QL	Covered for ages 19 years & older; Max 1 dose per lifetime	MENOMUNE
Tier 1	pneumococcal conjugate vaccine, 13 valent AGE, QL	Covered for ages 50 years & older; Max 1 dose per lifetime	PREVNAR 13
Tier 1	pneumococcal polysaccharide vaccine, 23 valent AGE, QL	Covered for ages 50 years & older; Max 2 doses per lifetime	PNEUMOVAX 23
Tier 1	rabies vaccine AGE	Covered for ages 19 years & older	IMOVAX RABIES, RABAVERT
Tier 1	tetanus, diphtheria toxoids AGE	Covered for ages 19 years & older	TENIVAC, TETANUS- DIPHThERIA TOXOIDS TD
Tier 1	tetanus, diphtheria, pertussis AGE	Covered for ages 19 years & older	ADACEL, BOOSTRIX
Tier 1	varicella virus vaccine AGE, QL	Covered for ages 19 years & older; Max 2 doses per lifetime	VARIVAX
Tier 1	zoster vaccine AGE, QL	Covered for ages 60 years & older; Max 1 dose per lifetime	ZOSTAVAX

NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS

ELECTROLYTES

Potassium

Tier 1	potassium bicarbonate effer tabs 25 mEq		
Tier 1	potassium chloride ext-rel 20 mEq QL	Max #150/month	K-TAB
Tier 1	potassium chloride ext-rel caps 8 mEq, 10 mEq		MICRO-K
Tier 1	potassium chloride ext-rel tabs 8 mEq, 10 mEq		KLOR-CON
Tier 1	potassium chloride liquid		
Tier 1	potassium chloride microencapsulated crystal ext-rel 10 mEq, 20 mEq		KLOR-CON M10, KLOR-CON M20

Miscellaneous

Tier 1	potassium/sodium phosphates	K-PHOS NEUTRAL
Tier 1	sodium chloride tabs	

VITAMINS AND MINERALS

Folic Acid

Tier 1	folic acid OTC	
Tier 1	folic acid	

Prenatal Vitamins

Limited to females

Tier 1	prenatal vitamin tabs	
Tier 1	prenatal vitamins/DHA	

Miscellaneous

Tier 1	ascorbic acid tabs 500 mg OTC	VITAMIN C
Tier 1	calcium OTC	
Tier 1	calcium/vitamin D OTC	
Tier 1	calcium/vitamin D/minerals OTC	
Tier 1	cholecalciferol (D3) OTC	VITAMIN D
Tier 1	cyanocobalamin OTC	VITAMIN B-12
Tier 1	electrolyte soln, oral OTC	PEDIALYTE
Tier 1	ergocalciferol (D2) QL	
Tier 1	ferrous fumarate OTC	HEMOCYTE
Tier 1	ferrous gluconate OTC	FERGON
Tier 1	ferrous sulfate OTC	FEOSOL
Tier 1	ferrous sulfate drops 15 mg/mL OTC	FER-IN-SOL
Tier 1	ferrous sulfate elixir, liquid 220 mg/5 mL OTC	
Tier 1	ferrous sulfate ext-rel OTC	SLOW FE
Tier 1	iron polysaccharides complex OTC	
Tier 1	magnesium chloride ext-rel OTC	
Tier 1	magnesium gluconate OTC	
Tier 1	magnesium oxide OTC	MAG-OX
Tier 1	multivitamins OTC, AGE	Limited to ages 5 years old & under
Tier 1	multivitamins/fluoride/iron drops, tabs	POLY-VI-FLOR
Tier 1	multivitamins/iron OTC	
Tier 1	multivitamins/minerals OTC	
Tier 1	niacin OTC	
Tier 1	niacin ext-rel caps OTC	
Tier 1	niacin ext-rel tabs OTC	SLO-NIACIN
Tier 1	niacinamide 500 mg OTC	
Tier 1	omega-3 fatty acids OTC	FISH OIL
Tier 1	pediatric multivitamin liquid OTC	Multi-Delyn, Pediavit
Tier 1	pediatric multivitamins OTC	
Tier 1	pediatric multivitamins/iron drops OTC	POLY-VI-SOL
Tier 1	phytonadione	MEPHYTON
Tier 1	pyridoxine ext-rel OTC	
Tier 1	pyridoxine tabs OTC	VITAMIN B-6

Tier 1	riboflavin tabs 100 mg OTC	VITAMIN B-2
Tier 1	sodium fluoride chew tabs, drops	LURIDE
Tier 1	thiamine 50 mg, 100 mg OTC	VITAMIN B-1
Tier 1	vitamin B complex/vitamin C/folic acid OTC	
Tier 1	vitamin B complex/vitamin C/folic acid	NEPHROCAPS
Tier 1	vitamin B complex/vitamin C/folic acid	NEPHRO-VITE RX

MISCELLANEOUS INTRAVENOUS AGENTS

Tier 1	amino acid electrolyte infusion 3% PA	PROCALAMINE
Tier 1	amino acid electrolyte infusion 8.5% PA	AMINOSYN, AMINOSYN II
Tier 1	amino acid electrolyte/calcium 2.75%/D5W, 2.75%/D10W 4.25%/D5W, 4.25%/D10W, 4.25%/D25W, 5%/D15W, 5%/D20W, 5%/D25W PA	CLINIMIX E
Tier 1	amino acid electrolyte-M infusion 3.5% PA	
Tier 1	amino acid infusion 2.75%/D5W, 4.25%/D5W, 4.25%/D10W, 4.25%/D20W, 4.25%/D25W, 5%/D15W, 5%/D20W, 5%/D25W PA	CLINIMIX
Tier 1	amino acid infusion 5.2% PA	AMINOSYN-RF
Tier 1	amino acid infusion 5.4% PA	NEPHRAMINE
Tier 1	amino acid infusion 6% PA	TROPHAMINE
Tier 1	amino acid infusion 6.9% PA	FREAMINE HBC
Tier 1	amino acid infusion 7% PA	AMINOSYN II, AMINOSYN-HBC, AMINOSYN-PF
Tier 1	amino acid infusion 8% PA	Hepatamine
Tier 1	amino acid infusion 10% PA	AMINOSYN, AMINOSYN II, AMINOSYN-PF, FREAMINE III, PREMASOL, TRAVASOL, TROPHAMINE
Tier 1	amino acid infusion 15% PA	AMINOSYN II
Tier 1	amino acids 2.4%/dextrose 6.8%/lipids 3.5%/electrolytes 0.5%	PERIKABIVEN
Tier 1	amino acids 3.3%/dextrose 9.8%/lipids 3.9%/electrolytes 0.7%	KABIVEN
Tier 1	dextrose 5%/lactated ringers inj	
Tier 1	dextrose inj 5%, 10%, 20%, 30%, 40%, 50%, 70%	
Tier 1	dextrose/NaCl inj 2.5%/0.45%, 5%/0.2%, 5%/0.225%, 5%/0.3%, 5%/0.33%, 5%/0.45%, 5%/0.9%, 10%/0.2%	
Tier 1	electrolyte-48/D5W soln inj	D5W/LYTES #48
Tier 1	electrolyte-56/D5W soln inj	PLASMA-LYTE-56 IN D5W
Tier 1	electrolyte-148 soln inj	PLASMA-LYTE-148

Tier 1	electrolyte-A soln inj	PLASMA-LYTE-A
Tier 1	electrolyte-B/D5W soln inj	IONOSOL-B IN D5W
Tier 1	electrolyte-M/D5W soln inj	NORMOSOL-M IN D5W
Tier 1	electrolyte-MB/D5W soln inj	IONOSOL-MB IN D5W
Tier 1	electrolyte-P/D5W soln inj	ISOLYTE-P IN D5W
Tier 1	electrolyte-R (pH 7.4) soln inj	NORMOSOL-R pH 7.4
Tier 1	electrolyte-R/D5W soln inj	NORMOSOL-R IN D5W
Tier 1	electrolyte-S (pH 7.4) soln inj	ISOLYTE-S pH 7.4
Tier 1	electrolyte-S/D5W soln inj	ISOLYTE-S IN D5W
Tier 1	lactated ringer's inj	
Tier 1	parenteral electrolyte soln inj	Hyperlyte-CR
Tier 1	potassium chloride inj 2 mEq/mL, 10 mEq/50 mL, 20 mEq/50 mL, 10 mEq/100 mL, 20 mEq/100 mL, 30 mEq/100 mL, 40 mEq/100 mL	
Tier 1	potassium chloride/D5W inj 20 mEq/L, 30 mEq/L, 40 mEq/L	
Tier 1	potassium chloride/D5W-lactated ringer's inj 20 mEq/L, 40 mEq/L	KCL/D5W/LR
Tier 1	potassium chloride/D5W-NaCl 0.2% inj 10 mEq/L, 20 mEq/L, 30 mEq/L, 40 mEq/L	
Tier 1	potassium chloride/D5W-NaCl 0.33% inj 20 mEq/L	
Tier 1	potassium chloride/D5W-NaCl 0.45% inj 10 mEq/L, 20 mEq/L, 30 mEq/L, 40 mEq/L	
Tier 1	potassium chloride/D5W-NaCl 0.9% inj 20 mEq/L, 40 mEq/L,	
Tier 1	potassium chloride/NaCl 0.45% inj 20 mEq/L	
Tier 1	potassium chloride/NaCl 0.9% inj 20 mEq/L, 40 mEq/L	
Tier 1	ringer's soln inj	
Tier 1	sodium chloride inj 0.45%, 0.9%, 3%, 5%	

RESPIRATORY

ANAPHYLAXIS TREATMENT AGENTS

Tier 1	epinephrine QL	Max #2 pens/month	EPIPEN
Tier 1	epinephrine QL	Max #2 pens/month	EPIPEN JR.
Tier 1	epinephrine pen QL	Max #2 pens/month	

ANTICHOLINERGICS

Tier 1	ipratropium soln		
Tier 1	ipratropium, CFC-free aerosol		ATROVENT HFA
Tier 1	umeclidinium		INCRUSE ELLIPTA

ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS

Short Acting

Tier 1	ipratropium/albuterol soln QL	Max #360 mL/month	
--------	-------------------------------	-------------------	--

Long Acting

Tier 1	umeclidinium/vilanterol QL	Max #1 inhaler/month	ANORO ELLIPTA
--------	----------------------------	----------------------	---------------

ANTI-HISTAMINES**Low Sedating**

Tier 1	cetirizine syp AGE	Covered for ages 12 years old & under	
Tier 1	cetirizine syp OTC, AGE	Covered for ages 12 years old & under	ZYRTEC
Tier 1	cetirizine tabs OTC		ZYRTEC

Nonsedating

Tier 1	fexofenadine tabs 30 mg, 60 mg OTC, PA		ALLEGRA
Tier 1	fexofenadine tabs 180 mg OTC		ALLEGRA
Tier 1	loratadine rapidly-disintegrating tabs 10 mg OTC, AGE, QL	Covered for ages 12 years old & under	CLARITIN
Tier 1	loratadine syp OTC, AGE, QL	Covered for ages 12 years old & under	CLARITIN
Tier 1	loratadine tabs OTC, QL		CLARITIN

Sedating

Tier 1	carbinoxamine		
Tier 1	chlorpheniramine ext-rel OTC		CHLOR-TRIMETON
Tier 1	chlorpheniramine syp, tabs OTC		CHLOR-TRIMETON
Tier 1	clemastine		
Tier 1	clemastine tabs OTC		TAVIST
Tier 1	cyproheptadine AGE	Covered for ages 64 years old & under	
Tier 1	diphenhydramine 25 mg, 50 mg OTC, AGE	Covered for ages 64 years old & under	BENADRYL
Tier 1	diphenhydramine chew tabs 12.5 mg OTC, AGE	Covered for ages 12 years old & under	BENADRYL
Tier 1	diphenhydramine elixir, liquid, syp OTC, AGE	Covered for ages 12 years old & under	BENADRYL
Tier 1	diphenhydramine inj AGE	Covered for ages 64 years old & under	
Tier 1	hydroxyzine HCl AGE	Covered for ages 64 years old & under	
Tier 1	hydroxyzine pamoate AGE	Covered for ages 64 years old & under	VISTARIL

BETA AGONISTS**Inhalants****Short Acting**

Tier 1	albuterol inhalation soln 0.083% QL	Max #225 mL/month	
Tier 1	albuterol inhalation soln 0.5% QL	Max #150 mL/month	
Tier 1	albuterol inhalation soln 0.63 mg/3 mL QL	Max #300 mL/month	
Tier 1	albuterol inhalation soln 1.25 mg/3 mL QL	Max #150 mL/month	
Tier 1	albuterol sulfate, CFC-free aerosol		VENTOLIN HFA

Long Acting

Tier 1	salmeterol xinafoate		SEREVENT
--------	----------------------	--	----------

Oral Agents

Tier 1	albuterol syp, tabs 4 mg		
Tier 1	terbutaline		

COUGH AND COLD

Limited to 4 fills per year.

Antihistamine/Decongestant Combinations

Tier 1	brompheniramine/ pseudoephedrine elixir OTC, QL	Max #480 mL/month	DIMETAPP
Tier 1	cetirizine/pseudoephedrine ext-rel tabs OTC, AGE		ZYRTEC-D
Tier 1	diphenhydramine/phenylephrine liquid 6.25 mg-2.5 mg/5 mL OTC, QL	Max #180 mL/month	TRIAMINIC NT
Tier 1	diphenhydramine/phenylephrine tabs OTC		BENADRYL-D
Tier 1	loratadine/pseudoephedrine ext-rel OTC		CLARITIN-D
Tier 1	promethazine/phenylephrine syp AGE	Covered for ages 64 years old and under	

Antitussives

Tier 1	benzonatate		TESSALON
--------	-------------	--	----------

Antitussive Combinations

Opioid

Tier 1	codeine/guaifenesin AGE, QL	Covered for ages 2 years old & over	Cheratussin AC
Tier 1	codeine/guaifenesin/pseudoephedrine		Cheratussin DAC
Tier 1	codeine/promethazine syp AGE, QL	Covered for ages 2-64 years old	
Tier 1	codeine/promethazine/phenylephrine AGE	Covered for ages 2-64 years old	
Tier 1	codeine/pyrilamine syp OTC, QL	Max #180 mL/month	PRO-CLEAR AC
Tier 1	hydrocodone/homatropine syp		

Non-opioid

Tier 1	dextromethorphan/brompheniramine/ pseudoephedrine syp QL		Bromfed DM
Tier 1	dextromethorphan/promethazine syp AGE, QL	Covered for ages 4-64 years; Max #180 mL/month	

Decongestants

Tier 1	phenylephrine OTC, AGE		SUDAFED PE
Tier 1	pseudoephedrine OTC, AGE		SUDAFED
Tier 1	pseudoephedrine ext-rel 120 mg OTC, AGE		SUDAFED 12 HOUR

CYSTIC FIBROSIS

Tier 1	dornase alfa PA, SP		PULMOZYME
Tier 1	tobramycin inhalation soln PA, SP		TOBI

LEUKOTRIENE MODIFIERS

Tier 1	montelukast chewable tabs 4 mg AGE	Covered for ages 9 years old & under	SINGULAIR
Tier 1	montelukast chewable tabs 5 mg AGE	Covered for ages 14 years old & under	SINGULAIR
Tier 1	montelukast tabs		SINGULAIR

MAST CELL STABILIZERS

Tier 1	cromolyn sodium nasal spray OTC		NASALCROM
Tier 1	cromolyn soln for inhalation		

MEDICAL SUPPLIES

Tier 1	nebulizer/compressor OTC		
Tier 1	peak flow meter OTC, QL	Max #1/year	
Tier 1	respiratory mask OTC, QL	Max 1 fill/year	
Tier 1	sodium chloride for inhalation		
Tier 1	spacer OTC, QL	Max 1 fill/year	

NASAL ANTIHISTAMINES

Tier 1	azelastine 0.1% spray QL		
--------	--------------------------	--	--

NASAL DECONGESTANTS

Tier 1	oxymetazoline spray OTC		AFRIN
--------	-------------------------	--	-------

NASAL STEROIDS

Limited to 4 fills per year except for asthmatics

Tier 1	fluticasone propionate spray AGE, QL	Covered for ages 4 years old & over	
Tier 1	triamcinolone acetonide spray OTC		

RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS

Tier 1	palivizumab PA, SP		SYNAGIS
--------	--------------------	--	---------

STEROID/BETA AGONIST COMBINATIONS

Tier 1	fluticasone/salmeterol AGE, ST, QL	Covered for ages 12 years old & under; Requires trial of Steroid Inhalant	ADVAIR DISKUS 100/50
Tier 1	fluticasone/salmeterol QL	Max #1 inhaler/month	AIRDUO RESPICLICK
Tier 1	fluticasone/vilanterol QL	Max #60 blisters/month	BREO ELLIPTA
Tier 1	mometasone/formoterol QL		DULERA

STEROID INHALANTS

Tier 1	beclomethasone QL		QVAR
Tier 1	budesonide inh susp 0.25 mg/2 mL, 0.5 mg/2 mL AGE, QL	Covered for ages 9 years old & under	PULMICORT RESPULES
Tier 1	flunisolide, CFC-free aerosol QL		AEROSPAN
Tier 1	fluticasone furoate QL	Max #30 blisters/month	ARNUITY ELLIPTA

XANTHINES

Tier 1	theophylline ext-rel tabs		
Tier 1	theophylline soln		

MISCELLANEOUS

Tier 1	acetylcysteine inhalation soln 20%		
Tier 1	ipratropium nasal spray		
Tier 1	omalizumab PA, SP		XOLAIR
Tier 1	saline nasal spray OTC		

TOPICAL

DERMATOLOGY

Acne

Oral

Tier 1	isotretinoin caps PA		
<i>Topical</i>			
Tier 1	adapalene gel 0.1% OTC, AGE, QL	Covered for ages 10-35 years old; Max #45 grams/month	DIFFERIN OTC
Tier 1	adapalene AL, PA, QL	Covered for ages 10-35 years old; Max #45 grams/month	
Tier 1	benzoyl peroxide gel 2.5% OTC, AGE, QL	Covered for ages 10-35 years old; Max #60 grams/month	
Tier 1	benzoyl peroxide gel 5%, 10% OTC, AGE	Covered for ages 10-35 years old	
Tier 1	benzoyl peroxide liquid 5%, 10% OTC, AGE, QL	Covered for ages 10-35 years old; Max #240 grams/month	
Tier 1	benzoyl peroxide lotion 5% OTC, AGE, QL	Covered for ages 10-35 years old; Max #141 mL/month	
Tier 1	benzoyl peroxide lotion 10% OTC, AGE, QL	Covered for ages 10-35 years old; Max #30 mL/month	
Tier 1	clindamycin gel 1 % AGE, QL, ST *	Covered for ages 10-35 years old; Max #60 grams/month	CLEOCIN T
Tier 1	clindamycin lotion 1% AGE, QL, ST *	Covered for ages 10-35 years old; Max #300 mL/month	CLEOCIN T
Tier 1	clindamycin soln AGE	Covered for ages 10-35 years old	CLEOCIN T
Tier 1	erythromycin gel AGE, ST *	Covered for ages 10-35 years old	
Tier 1	erythromycin soln AGE	Covered for ages 10-35 years old	
Tier 1	tretinoin crm AGE, QL, ST **	Covered for ages 10-35 years old; Max #45 grams/month	RETIN-A
Tier 1	tretinoin gel 0.01%, 0.025% AGE, QL, ST **	Covered for ages 10-35 years old; Max #45 grams/month	RETIN-A

ST * Requires prior use of clindamycin soln or erythromycin soln

ST ** Requires prior use of DIFFERIN OTC

Actinic Keratosis

Tier 1	fluorouracil crm		EFUDEX
--------	------------------	--	--------

Antibiotics

Tier 1	bacitracin oint OTC		
Tier 1	bacitracin zinc oint OTC		
Tier 1	bacitracin/neomycin/polymyxin B oint OTC		NEOSPORIN
Tier 1	bacitracin/polymyxin B oint OTC		POLYSPORIN
Tier 1	gentamicin		
Tier 1	mupirocin nasal PA		BACTROBAN NASAL
Tier 1	mupirocin oint QL	Max #44 grams/month	
Tier 1	silver sulfadiazine		SILVADENE

Antifungals

Tier 1	ciclopirox crm 0.77%		LOPROX
Tier 1	clotrimazole OTC		LOTRIMIN AF
Tier 1	ketconazole crm 2% QL	Max #60 grams/month	NIZORAL
Tier 1	ketconazole shampoo 2% QL	Max #120 mL/month	NIZORAL
Tier 1	miconazole crm, powder OTC		MICATIN
Tier 1	miconazole oint OTC		ALOE VESTA
Tier 1	nystatin crm, oint QL	Max #90 grams/month	
Tier 1	nystatin powder QL	Max #30 grams/month	
Tier 1	terbinafine crm OTC, QL	Max #30 grams/month	LAMISIL AT
Tier 1	tolnaftate crm, powder, soln OTC		TINACTIN

Antipsoriatics

Topical

Tier 1	anthralin crm 1%		DRITHOCREME HP
Tier 1	calcipotriene oint, soln PA		DOVONEX

Antiseborrheics

Tier 1	selenium sulfide lotion 1% OTC		SELSUN BLUE
Tier 1	selenium sulfide lotion 2.5%		

Corticosteroids

Low Potency

Tier 1	alclometasone crm, oint 0.05%		ACLOVATE
Tier 1	desonide crm 0.05% ST	Requires trial of any preferred low potency steroid	DESOWEN
Tier 1	desonide oint 0.05%		DESOWEN
Tier 1	fluocinolone acetonide oil 0.01% QL	Max #120 mL/month	DERMA-SMOOTH-ES
Tier 1	hydrocortisone acetate crm 0.5 % OTC		
Tier 1	hydrocortisone crm, gel, lotion, oint OTC		CORTIZONE
Tier 1	hydrocortisone crm, lotion, oint 1%		
Tier 1	hydrocortisone crm, lotion, oint 2.5% QL	Max #60 grams/month	
Tier 1	hydrocortisone/aloe vera crm OTC		

Medium Potency

Tier 1	betamethasone valerate crm, oint 0.1%		
Tier 1	betamethasone valerate lotion 0.1% QL	Max #60 mL/month	
Tier 1	fluocinolone acetonide crm, oint 0.025%		
Tier 1	fluticasone propionate crm 0.05%, oint 0.005%		CUTIVATE
Tier 1	hydrocortisone valerate crm 0.2%		WESTCORT
Tier 1	mometasone crm, oint 0.1% QL	Max #60 grams/month	ELOCON
Tier 1	mometasone lotion 0.1%		ELOCON
Tier 1	prednicarbate crm, oint 0.1%		DERMATOP
Tier 1	triamcinolone acetonide crm, lotion, oint 0.025%		
Tier 1	triamcinolone acetonide crm, lotion, oint 0.1%		

High Potency

Tier 1	betamethasone dipropionate augmented crm 0.05%		DIPROLENE AF
Tier 1	betamethasone dipropionate augmented lotion 0.05%		DIPROLENE
Tier 1	betamethasone dipropionate crm, lotion, oint 0.05%		
Tier 1	desoximetasone crm 0.25%		TOPICORT
Tier 1	fluocinonide crm, gel 0.05%		
Tier 1	fluocinonide emollient crm 0.05%		
Tier 1	fluocinonide oint 0.05% ST	Requires trial of triamcinolone acetonide crm 0.5% or oint 0.5%	
Tier 1	fluocinonide soln 0.05% QL	Max #60 mL/month	
Tier 1	triamcinolone acetonide crm, oint 0.5%		

Very High Potency

Tier 1	betamethasone dipropionate augmented gel, oint 0.05%		DIPROLENE
Tier 1	clobetasol propionate crm, gel, oint, soln 0.05%		TEMOVATE
Tier 1	halobetasol propionate crm, oint 0.05%		ULTRAVATE

Emollients

Tier 1	emollient oint OTC		
Tier 1	lactic acid (ammonium lactate) crm 12% QL	Max #280 grams/month	LAC-HYDRIN
Tier 1	lactic acid (ammonium lactate) lotion 12% QL	Max #225 grams/month	LAC-HYDRIN

Immunomodulators

Tier 1	pimecrolimus AGE, PA, QL	Covered for ages 2 years old & over; Max #60 grams/month	ELIDEL
Tier 1	tacrolimus AGE, PA, QL	Covered for ages 2 years old & over; Max #30 grams/month	PROTOPIC

Local Analgesics

Tier 1	lidocaine patch PA		LIDODERM
--------	--------------------	--	----------

Local Anesthetics

Tier 1	lidocaine crm 4% OTC		LMX 4
Tier 1	lidocaine gel 2% OTC		
Tier 1	lidocaine soln 4%		XYLOCAINE
Tier 1	lidocaine/prilocaine crm QL	Max #60 grams/month	

Rosacea

Tier 1	metronidazole crm 0.75%		METROCREAM
Tier 1	metronidazole gel 0.75%		
Tier 1	metronidazole lotion 0.75%		METROLOTION

Scabicides and Pediculicides

Tier 1	crotamiton ST	Requires trial of a permethrin	EURAX
Tier 1	malathion ST	Requires trial of a permethrin AND pyrethrins/piperonyl butoxide	OVIDE
Tier 1	permethrin 0.5% OTC		RID AEROSOL
Tier 1	permethrin 1% OTC		NIX CREME RINSE
Tier 1	permethrin crm 5%		ELIMITE
Tier 1	pyrethrins/piperonyl butoxide OTC		A-200 KIT
Tier 1	pyrethrins/piperonyl butoxide OTC		PRONTO SHAMPOO
Tier 1	pyrethrins/piperonyl butoxide OTC		RID
Tier 1	spinosad ST	Requires trial of a permethrin AND pyrethrins/piperonyl butoxide	NATROBA

Miscellaneous Skin and Mucous Membrane

Tier 1	acyclovir crm AGE, PA	Covered for ages 18 years old & under	ZOVIRAX
Tier 1	acyclovir oint AGE, PA	Covered for ages 18 years old & under	ZOVIRAX
Tier 1	chlorhexidine 4% OTC		HIBICLENS
Tier 1	diphenhydramine/zinc acetate 2-0.1% OTC		BENADRYL EXTRA STRENGTH
Tier 1	docosanol OTC, QL	Max #2 grams/month	ABREVA
Tier 1	imiquimod PA, QL	Max #24 packets/month	ALDARA
Tier 1	podofilox soln QL	Max #7 mL/6 months	CONDYLOX
Tier 1	skin protectant crm OTC		EUCERIN CREAM
Tier 1	water for irrigation, sterile		

MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS**Anesthetics - Topical Oral**

Tier 1	lidocaine viscous 2%		
--------	----------------------	--	--

Steroids - Mouth/Throat

Tier 1	triamcinolone paste		
--------	---------------------	--	--

Miscellaneous

Tier 1	chlorhexidine 0.12%		PERIDEX
Tier 1	clotrimazole troches QL		
Tier 1	nystatin susp		

OPHTHALMIC**Antiallergics**

Tier 1	azelastine PA		
Tier 1	cromolyn sodium		
Tier 1	epinastine PA		ELESTAT
Tier 1	ketotifen OTC		ZADITOR

Anti-infectives

Tier 1	bacitracin		
Tier 1	bacitracin/neomycin/polymyxin B oint		
Tier 1	bacitracin/polymyxin B oint		
Tier 1	ciprofloxacin soln		CILOXAN

Tier 1	erythromycin	
Tier 1	gentamicin	
Tier 1	levofloxacin soln	
Tier 1	neomycin/polymyxin B/gramicidin	NEOSPORIN
Tier 1	ofloxacin	OCUFLOX
Tier 1	polymyxin B/trimethoprim	POLYTRIM
Tier 1	sulfacetamide soln	BLEPH-10
Tier 1	tobramycin soln	TOBREX

Anti-infective/Anti-inflammatory Combinations

Tier 1	bacitracin/neomycin/polymyxin B/ hydrocortisone oint	
Tier 1	neomycin/polymyxin B/dexamethasone	MAXITROL
Tier 1	sulfacetamide/prednisolone acetate 10%/0.23%	
Tier 1	tobramycin/dexamethasone susp 0.3%/0.1%	TOBRADEX

Anti-inflammatories

Nonsteroidal

Tier 1	diclofenac sodium 0.1%	
Tier 1	flurbiprofen sodium	OCUFEN
Tier 1	ketorolac 0.4%	ACULAR LS
Tier 1	ketorolac 0.5%	ACULAR

Steroidal

Tier 1	dexamethasone sodium phosphate	
Tier 1	fluorometholone 0.1% susp	FML LIQUIFILM
Tier 1	prednisolone acetate 1%	PRED FORTE

Antivirals

Tier 1	trifluridine	VIROPTIC
--------	--------------	----------

Beta-blockers

Nonselective

Tier 1	carteolol	
Tier 1	levobunolol	BETAGAN
Tier 1	metipranolol	
Tier 1	timolol maleate	TIMOPTIC
Tier 1	timolol maleate gel	TIMOPTIC-XE

Carbonic Anhydrase Inhibitors

Topical

Tier 1	dorzolamide	TRUSOPT
--------	-------------	---------

Carbonic Anhydrase Inhibitor/Beta-blocker Combinations

Tier 1	dorzolamide/timolol maleate	COSOPT
--------	-----------------------------	--------

Mydriatics

Tier 1	atropine soln		
--------	---------------	--	--

Parasympathomimetics

Tier 1	pilocarpine		ISOPTO CARPINE
--------	-------------	--	----------------

Prostaglandins

Tier 1	latanoprost		XALATAN
--------	-------------	--	---------

Tier 1	travoprost ST	Requires trial of latanoprost	TRAVATAN Z
--------	---------------	-------------------------------	------------

Sympathomimetics

Tier 1	brimonidine 0.15%		ALPHAGAN P
--------	-------------------	--	------------

Tier 1	brimonidine 0.2%		
--------	------------------	--	--

Miscellaneous

Tier 1	artificial tears OTC		
--------	----------------------	--	--

Tier 1	naphazoline 0.1%		
--------	------------------	--	--

Tier 1	propranolol 0.5%		
--------	------------------	--	--

Tier 1	sodium chloride 5% OTC		MURO-128
--------	------------------------	--	----------

OTIC

Anti-infectives

Tier 1	acetic acid		
--------	-------------	--	--

Tier 1	ciprofloxacin otic QL	Max #1 box/fill	CETRAXAL
--------	-----------------------	-----------------	----------

Tier 1	ofloxacin otic		
--------	----------------	--	--

Anti-infective/Anti-inflammatory Combinations

Tier 1	acetic acid/hydrocortisone		
--------	----------------------------	--	--

Tier 1	neomycin/polymyxin B/hydrocortisone		CORTISPORIN OTIC
--------	-------------------------------------	--	------------------

Miscellaneous

Tier 1	carbamide peroxide 6.5% OTC		DEBROX
--------	-----------------------------	--	--------

Tier 1	isopropyl alcohol /glycerin OTC		Ear Drying Drops
--------	---------------------------------	--	------------------

MISCELLANEOUS

MEDICAL SUPPLIES

Tier 1	needles 18 g x 1-1/2"		
--------	-----------------------	--	--

Tier 1	syringes 3 mL		
--------	---------------	--	--

INDEX

A

- A-200 KIT, 101
- abacavir soln, 67
- abacavir tabs, 67**
- abacavir/dolutegravir/lamivudine, 66
- abacavir/lamivudine, 66**
- abacavir/lamivudine/zidovudine, 66**
- ABILIFY, 76
- ABILIFY MAINTENA, 76
- ABREVA, 101
- acarbose, 80**
- ACCUPRIL, 70
- ACCURETIC, 70
- acebutolol, 71**
- acetaminophen, 63**
- acetazolamide, 72**
- acetazolamide ext-rel, 72**
- acetic acid, 103**
- acetic acid irrigation soln, 88**
- acetic acid/hydrocortisone, 103**
- acetylcysteine inhalation soln 20%, 97**
- ACLOVATE, 99
- ACTIGALL, 86
- ACTIMMUNE, 90
- ACTOS, 80
- ACULAR, 102
- ACULAR LS, 102
- acyclovir caps, susp, tabs, 68**
- acyclovir crm, 101
- acyclovir oint, 101**
- ADACEL, 91
- ADALAT CC, 72
- adalimumab, 90
- adapalene, 98**
- adapalene gel 0.1%, 98
- ADDERALL, 77
- ADDERALL XR, 77
- adefovir dipivoxil, 68**
- ADOXA, 65
- ADVAIR DISKUS 100/50, 97
- ADVATE, 89
- AEROSPAN, 97
- AFLURIA, 91
- AFLURIA PF, 91
- AFRIN, 97
- AGGRENOL, 89
- AGRYLIN, 90
- AIRDUO RESPICLICK, 97
- albendazole, 68
- ALBENZA, 68
- albuterol inhalation soln 0.083%, 95**
- albuterol inhalation soln 0.5%, 95**
- albuterol inhalation soln 0.63 mg/3 mL, 95**
- albuterol inhalation soln 1.25 mg/3 mL, 95**
- albuterol sulfate, CFC-free aerosol, 95
- albuterol syp, tabs 4 mg, 95**
- alclometasone crm, oint 0.05%, 99**
- alcohol swabs, 81
- ALDACTAZIDE, 73
- ALDACTONE, 70
- ALDARA, 101
- alendronate tabs, 81**
- ALEVE, 63
- alfuzosin ext-rel, 88**
- ALKERAN, 69
- ALLEGRA, 95
- allopurinol, 63**
- ALOE VESTA, 99
- alogliptin, 80**
- alogliptin/metformin, 80**
- alogliptin/pioglitazone, 80**
- ALPHAGAN P, 103
- alprazolam tabs, 74**
- ALTACE, 70
- aluminum hydroxide/magnesium carbonate, 85**
- aluminum hydroxide/magnesium hydroxide/simethicone, 85**
- aluminum hydroxide/magnesium trisilicate, 85**
- amantadine caps, syp, 76**
- AMARYL, 81
- AMBIEN, 78
- ambrisentan, 73
- AMERGE, 78
- Amethia, 82**
- Amethia Lo, 82**
- amiloride, 72**
- amiloride/hydrochlorothiazide, 73**
- amino acid electrolyte infusion 3%, 93
- amino acid electrolyte infusion 8.5%, 93**
- amino acid electrolyte/calcium 2.75%/D5W, 2.75%/D10W
4.25%/D5W, 4.25%/D10W, 4.25%/D25W, 5%/D15W,
5%/D20W, 5%/D25W, 93
- amino acid electrolyte-M infusion 3.5%, 93
- amino acid infusion 10%, 93
- amino acid infusion 15%, 93**

amino acid infusion 2.75%/D5W, 4.25%/D5W,
4.25%/D10W, 4.25%/D20W, 4.25%/D25W, 5%/D15W,
5%/D20W, 5%/D25W, 93
amino acid infusion 5.2%, 93
amino acid infusion 5.4%, 93
amino acid infusion 6%, 93
amino acid infusion 6.9%, 93
amino acid infusion 7%, 93
amino acid infusion 8%, 93
amino acids 2.4%/dextrose 6.8%/lipids 3.5%/electrolytes
0.5%, 93
amino acids 3.3%/dextrose 9.8%/lipids 3.9%/electrolytes
0.7%, 93
AMINOSYN, 93
AMINOSYN II, 93
AMINOSYN-HBC, 93
AMINOSYN-PF, 93
AMINOSYN-RF, 93
amiodarone 200 mg, 70
amitriptyline, 75
amlodipine, 72
amoxicillin caps, tabs, 65
amoxicillin susp, 65
amoxicillin/clavulanate chew tabs, 65
amoxicillin/clavulanate susp, 65
amoxicillin/clavulanate tabs, 65
**amphetamine/dextroamphetamine mixed salts 30 mg,
77**
**amphetamine/dextroamphetamine mixed salts 5 mg, 10
mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 77**
**amphetamine/dextroamphetamine mixed salts 7.5 mg,
77**
**amphetamine/dextroamphetamine mixed salts ext-rel,
77**
ampicillin caps, 65
ampicillin susp, 65
AMPYRA, 78
ANAFRANIL, 74
anagrelide, 90
ANAPROX, 63
anastrozole, 69
ANORO ELLIPTA, 95
ANTABUSE, 79
anthralin crm 1%, 99
antihemophilic factor (recombinant), 89
antihemophilic factor/von Willebrand factor complex
(human), 89
aprepitant caps, 85
aprepitant susp, 85
APRISO, 86
ARANESP, 89

ARAVA, 90
ARICEPT, 75
ARIMIDEX, 69
aripiprazole, 76
aripiprazole ext-rel inj, 76
aripiprazole lauroxil ext-rel inj, 76
ARISTADA, 76
ARIXTRA, 89
armodafinil 50 mg, 150 mg, 250 mg, 79
ARMOUR THYROID, 84
ARNUIITY ELLIPTA, 97
artificial tears, 103
ascorbic acid tabs 500 mg, 92
asenapine, 76
Ashlyna, 82
aspirin, 89
atazanavir, 67
atazanavir/cobicistat, 66
atenolol, 71
atenolol/chlorthalidone, 72
ATIVAN, 74
atomoxetine, 77
atorvastatin, 71
atovaquone, 68
ATRIPLA, 66
atropine soln, 103
ATROVENT HFA, 94
AUGMENTIN, 65
auranofin, 90
AVALIDE, 70
AVAPRO, 70
AVONEX, 78
AYGESTIN, 84
azathioprine, 90
azelastine, 101
azelastine 0.1% spray, 97
azithromycin powder packet, tabs, 65
azithromycin susp, 65
AZULFIDINE, 86
AZULFIDINE EN-TABS, 86
B
bacitracin, 101
bacitracin oint, 98
bacitracin zinc oint, 98
bacitracin/neomycin/polymyxin B oint, 98, 101
**bacitracin/neomycin/polymyxin B/hydrocortisone oint,
102**
bacitracin/polymyxin B oint, 98, 101
baclofen, 78
BACTRIM, 65
BACTROBAN NASAL, 98

balsalazide, 86
BANZEL, 74
BARACLUDE, 68
BASAGLAR, 80
beclomethasone, 97
BENADRYL, 95
BENADRYL EXTRA STRENGTH, 101
BENADRYL-D, 96
benazepril, 70
benazepril/hydrochlorothiazide, 70
BENEFIBER, 87
BENEFIX, 89
BENTYL, 86
benzocaine/docusate, 86
benzonatate, 96
benzoyl peroxide gel 2.5%, 98
benzoyl peroxide gel 5%, 10%, 98
benzoyl peroxide liquid 5%, 10%, 98
benzoyl peroxide lotion 10%, 98
benzoyl peroxide lotion 5%, 98
benztropine, 76
BETAGAN, 102
betamethasone dipropionate augmented crm 0.05%, 100
betamethasone dipropionate augmented gel, oint 0.05%, 100
betamethasone dipropionate augmented lotion 0.05%, 100
betamethasone dipropionate crm, lotion, oint 0.05%, 100
betamethasone valerate crm, oint 0.1%, 99
betamethasone valerate lotion 0.1%, 99
BETAPACE, 71
BETAPACE AF, 71
bethanechol, 88
BEXSERO, 91
BIAXIN, 65
bicalutamide, 69
bisacodyl delayed-rel tabs, 86
bisacodyl supp, 86
bismuth subsalicylate, 85
bisoprolol, 71
bisoprolol/hydrochlorothiazide, 72
BLEPH-10, 102
blood glucose monitoring kits, 81
blood glucose test strips, 81
BONIVA, 81
BOOSTRIX, 91
bosentan, 73
BREO ELLIPTA, 97
brimonidine 0.15%, 103
brimonidine 0.2%, 103
Bromfed DM, 96

bromocriptine, 76
brompheniramine/pseudoephedrine elixir, 96
budesonide delayed-rel caps, 86
budesonide inh susp 0.25 mg/2 mL, 0.5 mg/2 mL, 97
bumetanide, 72
buprenorphine/naloxone sublingual tabs, 79
bupropion, 75
bupropion ext-rel, 75, 79
bupropion tabs 5 mg, 7.5 mg, 10 mg, 15 mg, 74
butalbital/acetaminophen, 64
butalbital/acetaminophen/caffeine 50/325/40 mg, 64
butalbital/acetaminophen/caffeine/codeine 50/325/40/30 mg, 63
butalbital/aspirin/caffeine, 64
BYETTA, 80

C

CALAN, 72
CALAN SR, 72
calcipotriene oint, soln, 99
calcitonin-salmon spray, 81
calcitriol caps (1,25-D3), 84
calcium, 92
calcium acetate caps, 84
calcium carbonate, 85
calcium carbonate/magnesium hydroxide, 85
calcium polycarbophil, 87
calcium/vitamin D, 92
calcium/vitamin D/minerals, 92
Camrese, 82
Camrese Lo, 82
capecitabine, 69
captopril, 70
captopril/hydrochlorothiazide, 70
CARAFATE, 88
carbamazepine, 74
carbamazepine ext-rel, 74
carbamide peroxide 6.5%, 103
CARBATROL, 74
carbidopa/levodopa, 76
carbidopa/levodopa ext-rel, 76
carbidopa/levodopa/entacapone, 76
carbinoxamine, 95
CARDIZEM, 72
CARDIZEM CD, 72
CARDURA, 70, 88
carisoprodol 350 mg, 78
CARNITOR, 81
carteolol, 102
carvedilol, 71
CASODEX, 69
CATAPRES, 70

cefadroxil susp, 64
cefdinir caps, 64
cefdinir susp, 64
cefprozil susp, 64
cefuroxime axetil tabs, 64
 CELEBREX, 63
celecoxib, 63
 CELEXA, 75
 CELLCEPT, 90
 cellulose powder, 87
cephalexin 250 mg, 500 mg, 64
cephalexin susp, 64
cetirizine syp, 95
cetirizine tabs, 95
cetirizine/pseudoephedrine ext-rel tabs, 96
 CETRAXAL, 103
 CHANTIX, 79
 CHEMET, 90
Cheratussin AC, 96
Cheratussin DAC, 96
 chlorambucil, 69
chlordiazepoxide, 74
chlorhexidine 0.12%, 101
chlorhexidine 4%, 101
chloroquine tabs 250 mg, 66
chloroquine tabs 500 mg, 66
chlorpheniramine ext-rel, 95
chlorpheniramine syp, tabs, 95
chlorpromazine, 77
chlorpropamide, 81
chlorthalidone, 72
 CHLOR-TRIMETON, 95
chlorzoxazone, 78
cholecalciferol (D3), 92
cholestyramine cans, 71
ciclopirox crm 0.77%, 99
cilostazol, 90
 CILOXAN, 101
cimetidine 200 mg, 86
cimetidine 300 mg, 400 mg, 800 mg, 86
cimetidine soln 300 mg/5 mL, 86
 cinacalcet, 79
 CIPRO, 65
ciprofloxacin 250 mg, 500 mg, 750 mg, 65
ciprofloxacin otic, 103
ciprofloxacin soln, 101
citalopram, 75
 CITRUCEL, 87
clarithromycin susp, 65
clarithromycin tabs, 65
 CLARITIN, 95
 CLARITIN-D, 96
clemastine, 95
clemastine tabs, 95
 CLEOCIN, 68, 88
 CLEOCIN T, 98
clindamycin 150 mg, 300 mg, 68
clindamycin crm, 88
clindamycin gel 1 %, 98
clindamycin lotion 1%, 98
clindamycin soln, 68, 98
 CLINIMIX, 93
 CLINIMIX E, 93
 clobazam tabs, 74
clobetasol propionate crm, gel, oint, soln 0.05%, 100
clomipramine, 74
clonazepam tabs, 74
clonidine tabs, 70
clopidogrel 75 mg, 89
clorazepate, 74
clotrimazole, 88, 99
clotrimazole troches, 101
clozapine, 76
 CLOZARIL, 76
 cobicistat, 66
codeine sulfate 15 mg, 30 mg, 63
codeine sulfate 60 mg, 63
codeine/acetaminophen soln, 64
codeine/acetaminophen tabs, 64
codeine/guaifenesin, 96
codeine/guaifenesin/pseudoephedrine, 96
codeine/promethazine syp, 96
codeine/promethazine/phenylephrine, 96
 codeine/pyrilamine syp, 96
 COLACE, 87
colchicine tabs, 63
colchicine/probenecid, 63
 COLCRYST, 63
 COLESTID, 71
colestipol tabs, 71
 COMBIVIR, 66
 COMPAZINE, 86
 COMPLERA, 66
 COMTAN, 76
 CONCERTA, 77
 condoms, male, 83
 CONDYLOX, 101
 COPAXONE, 78
 COPEGUS, 68
 COREG, 71
 CORGARD, 71
 CORTEF, 84

CORTISPORIN OTIC, 103
CORTIZONE, 99
COSOPT, 102
COUMADIN, 89
COZAAR, 70
CREON, 87
cromolyn sodium, 101
cromolyn sodium nasal spray, 97
cromolyn soln for inhalation, 97
crotamiton, 101
CUTIVATE, 99
CUVPOSA, 87
cyanocobalamin, 92
CYCLESSA, 82
cyclobenzaprine 5 mg, 10 mg, 78
cyclophosphamide caps, 69
cyclosporine caps, 90
cyclosporine, modified, 90
CYMBALTA, 75
cyproheptadine, 95
CYTOTEC, 87
CYTRA-2, 88
CYTRA-K, 88

D

D5W/LYTES #48, 93
dalfampridine ext-rel, 78
dalteparin, 88
dapsone, 68
darbepoetin alfa, 89
darunavir, 67
darunavir/cobicistat, 66
dasabuvir/ombitasvir/paritaprevir/ritonavir ext-rel, 68
dasatinib, 69
DAYPRO, 63
Daysee, 82
DDAVP, 85
DEBROX, 103
DEMADEX, 72
DEPAKENE, 74
DEPAKOTE, 74
DEPAKOTE ER, 74
DEPAKOTE SPRINKLE, 74
DEPO-PROVERA, 83
DEPO-TESTOSTERONE, 79
DERMA-SMOOTH-FS, 99
DERMATOP, 99
DESCOVY, 66
desipramine, 75
desmopressin spray, 85
desmopressin tabs, 85
DESOGEN, 82

desogestrel/EE, 82
desogestrel/EE 0.15/30, 82
desonide crm 0.05%, 99
desonide oint 0.05%, 99
DESOWEN, 99
desoximetasone crm 0.25%, 100
DETROL, 88
dexamethasone elixir, soln 0.5 mg/5 mL, 83
dexamethasone sodium phosphate, 102
dexamethasone tabs, 83
DEXEDRINE SPANSULE, 77
dexmethylphenidate, 77
dextroamphetamine ext-rel 15 mg, 77
dextroamphetamine ext-rel 5 mg, 10 mg, 77
dextroamphetamine tabs 5 mg, 10 mg, 77
dextromethorphan/brompheniramine/pseudoephedrine syp, 96
dextromethorphan/promethazine syp, 96
dextrose 5%/lactated ringers inj, 93
dextrose inj 5%, 10%, 20%, 30%, 40%, 50%, 70%, 93
dextrose/fructose/phosphoric acid, 85
dextrose/NaCl inj 2.5%/0.45%, 5%/0.2%, 5%/0.225%, 5%/0.3%, 5%/0.33%, 5%/0.45%, 5%/0.9%, 10%/0.2%, 93
DIAMOX SEQUELS, 72
diaphragm, 83
DIAPHRAGM , VARIOUS, 83
DIASTAT, 74
diazepam, 74
DIAZEPAM INTENSOL, 74
diazepam oral concentrate 5 mg/mL, 74
diazepam rectal gel, 74
dibucaine rectal oint, 87
diclofenac gel, 63
diclofenac potassium, 63
diclofenac sodium 0.1%, 102
diclofenac sodium delayed-rel, 63
diclofenac sodium ext-rel, 63
dicloxacillin, 65
dicyclomine, 86
didanosine delayed-rel caps, 67
DIFFERIN OTC, 98
DIFLUCAN, 65
digoxin 0.125 mg, 0.25 mg, 72
digoxin soln, 72
DILANTIN, 74
DILANTIN INFATABS, 74
DILAUDID, 64
diltiazem, 72
diltiazem ext-rel, 72
diltiazem ext-rel 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 72

Dilt-XR, 72
dimenhydrinate tabs, 85
DIMETAPP, 96
dimethyl fumarate delayed-rel, 78
diphenhydramine 25 mg, 50 mg, 95
diphenhydramine chew tabs 12.5 mg, 95
diphenhydramine elixir, liquid, syp, 95
diphenhydramine inj, 95
diphenhydramine/phenylephrine liquid 6.25 mg-2.5 mg/5 mL, 96
diphenhydramine/phenylephrine tabs, 96
diphenhydramine/zinc acetate 2-0.1%, 101
diphenoxylate/atropine, 85
DIPROLENE, 100
DIPROLENE AF, 100
dipyridamole, 89
dipyridamole ext-rel/aspirin, 89
disopyramide, 70
disulfiram, 79
DITROPAN XL, 88
divalproex sodium delayed-rel, 74
divalproex sodium ext-rel, 74
divalproex sodium sprinkle caps, 74
docosanol, 101
docusate calcium, 87
docusate sodium, 87
dolutegravir, 66
donepezil 5 mg, 10 mg, 75
dornase alfa, 96
dorzolamide, 102
dorzolamide/timolol maleate, 102
DOVONEX, 99
doxazosin, 70, 88
doxepin, 75
doxycycline monohydrate caps 50 mg, 100 mg, 65
doxycycline monohydrate tabs 100 mg, 65
doxylamine, 78
DRAMAMINE, 85
DRITHOCREME HP, 99
drosiprone/EE 3/30, 82
DULCOLAX, 86
DULERA, 97
duloxetine delayed-rel, 75
DURAGESIC, 64
DYAZIDE, 73

E

E.E.S., 65
E.E.S. GRANULES, 65
Ear Drying Drops, 103
EC-NAPROSYN, 63
EDURANT, 67

EE/norethindrone acetate, 83
efavirenz, 67
efavirenz/emtricitabine/tenofovir, 66
EFFEXOR XR, 75
EFUDEX, 98
ELAPRASE, 85
elbasvir/grazoprevir, 68
electrolyte soln, oral, 92
electrolyte-148 soln inj, 93
electrolyte-48/D5W soln inj, 93
electrolyte-56/D5W soln inj, 93
electrolyte-A soln inj, 94
electrolyte-B/D5W soln inj, 94
electrolyte-M/D5W soln inj, 94
electrolyte-MB/D5W soln inj, 94
electrolyte-P/D5W soln inj, 94
electrolyte-R (pH 7.4) soln inj, 94
electrolyte-R/D5W soln inj, 94
electrolyte-S (pH 7.4) soln inj, 94
electrolyte-S/D5W soln inj, 94
ELESTAT, 101
ELIDEL, 100
ELIMITE, 101
ELLA, 82
ELOCON, 99
elvitegravir/cobicistat/emtricitabine/tenofovir, 66
elvitegravir/cobicistat/emtricitabine/tenofovir alafenamide, 66
EMEND, 85
EMETROL, 85
emollient oint, 100
empagliflozin, 81
emtricitabine, 67
emtricitabine/rilpivirine/tenofovir, 66
emtricitabine/rilpivirine/tenofovir alafenamide, 66
emtricitabine/tenofovir, 66
emtricitabine/tenofovir alafenamide, 66
EMTRIVA, 67
enalapril, 70
enalapril/hydrochlorothiazide, 70
ENBREL, 90
Enemeez Plus, 86
ENGERIX-B, 90
enoxaparin, 89
entacapone, 76
entecavir, 68
ENTOCORT EC, 86
EPCLUSA, 68
epinastine, 101
epinephrine, 94
epinephrine pen, 94

EPIPEN, 94
 EPIPEN JR., 94
 EPIVIR, 67
 EPIVIR-HBV, 68
 epoetin alfa, 89
 EPOGEN, 89
 EPZICOM, 66
ergocalciferol (D2), 92
 ERYPED, 65
Ery-Tab, 65
 ERYTHROCIN, 65
erythromycin, 102
erythromycin base, 65
erythromycin delayed-rel, 65
 erythromycin ethylsuccinate susp, 65
erythromycin ethylsuccinate susp 200 mg/5 mL, 65
erythromycin ethylsuccinate tabs, 65
erythromycin gel, 98
erythromycin soln, 98
erythromycin stearate, 65
escitalopram, 75
 ESGIC, 64
 esomeprazole magnesium delayed-rel, 87
estazolam, 78
 ESTRACE, 83
 ESTRACE CREAM, 83
estradiol, 83
 estradiol vaginal crm, 83
estradiol vaginal tabs, 83
 estrogens, conjugated, 83
 estrogens, conjugated crm, 83
 estrogens, conjugated/medroxyprogesterone, 83
estropiate, 83
 etanercept, 90
ethambutol, 67
ethosuximide, 74
ethynodiol diacetate/EE 1/35, 82
ethynodiol diacetate/EE 1/50, 82
etodolac tabs, 63
 etonogestrel/EE ring, 83
etoposide, 70
 etravirine, 67
 EUCERIN CREAM, 101
 EUFLEXXA, 64
 EURAX, 101
 EVISTA, 84
 evolocumab 140 mg/mL, 71
 evolocumab 420 mg/3.5 mL, 71
 EVOTAZ, 66
 EXELON PATCH, 75
 exenatide, 80
 EXTAVIA, 78
ezetimibe, 71
F
 factor IX concentrate, 89
famciclovir, 68
famotidine tabs, 86
 FANAPT, 76
 FELDENE, 63
felodipine ext-rel 2.5 mg, 72
felodipine ext-rel 5 mg, 10 mg, 72
 FEMARA, 69
 FEMHRT 0.5 mg/2.5 mcg, 83
fenofibrate, 71
fenofibrate tabs 48 mg, 71
fenofibrate, micronized caps 43 mg, 71
fenofibric acid 35 mg, 71
fentanyl transdermal, 64
 FEOSOL, 92
 FERGON, 92
 FER-IN-SOL, 92
ferrous fumarate, 92
ferrous gluconate, 92
ferrous sulfate, 92
ferrous sulfate drops 15 mg/mL, 92
ferrous sulfate elixir, liquid 220 mg/5 mL, 92
ferrous sulfate ext-rel, 92
fexofenadine tabs 180 mg, 95
fexofenadine tabs 30 mg, 60 mg, 95
 FIBERCON, 87
 FIBRICOR, 71
 filgrastim, 89
 filgrastim-sndz, 89
finasteride, 88
 FIORINAL, 64
 FIRST-OMEPRAZOLE, 87
 FISH OIL, 92
 FLAGYL, 68
flavoxate hydrochloride, 88
flecainide, 71
 FLEET, 87
 FLOMAX, 88
 FLUARIX QUADRIVALENT, 91
 FLUCELVAX QUADRIVALENT, 91
fluconazole susp, 65
fluconazole tabs 100 mg, 200 mg, 65
fluconazole tabs 150 mg, 65
fluconazole/dextrose inj 200 mg/100 mL, 400 mg/200 mL, 65
fluconazole/NaCl 0.9% inj 200 mg/100 mL, 400 mg/200 mL, 65
fludrocortisone, 83

FLULAVAL QUADRIVALENT, 91
 FLUMADINE, 68
 flunisolide, CFC-free aerosol, 97
fluocinolone acetonide crm, oint 0.025%, 99
fluocinolone acetonide oil 0.01%, 99
fluocinonide crm, gel 0.05%, 100
fluocinonide emollient crm 0.05%, 100
fluocinonide oint 0.05%, 100
fluocinonide soln 0.05%, 100
fluorometholone 0.1% susp, 102
fluorouracil crm, 98
fluoxetine 10 mg, 20 mg, 75
fluoxetine soln, 75
fluphenazine decanoate inj, 77
fluphenazine HCl inj, 77
fluphenazine HCl tabs, 77
flurazepam, 78
flurbiprofen, 63
flurbiprofen sodium, 102
flutamide, 69
 fluticasone furoate, 97
fluticasone propionate crm 0.05%, oint 0.005%, 99
fluticasone propionate spray, 97
 fluticasone/salmeterol, 97
 fluticasone/vilanterol, 97
 FLUVIRIN, 91
 FLUVIRIN PF, 91
fluvoxamine, 74
 FLUZONE QUADRIVALENT, 91
 FML LIQUIFILM, 102
 FOCALIN, 77
folic acid, 92
fondaparinux, 89
 FORTEO, 81
 FOSAMAX, 81
 fosamprenavir tabs, 67
fosinopril, 70
fosinopril/hydrochlorothiazide, 70
 FRAGMIN, 88
 FREAMINE HBC, 93
 FREAMINE III, 93
 FURADANTIN, 68
furosemide soln, 72
furosemide tabs, 72

G

gabapentin, 74
 GABITRIL, 74
galantamine ext-rel, 75
galantamine tabs, 75
 GARDASIL, 90
 GARDASIL 9, 90

GAVISCON, 85
gemfibrozil, 71
gentamicin, 98, 102
 GENVOYA, 66
 GEODON, 77
glatiramer 20 mg/mL, 78
 GLEEVEC, 69
 GLEOSTINE, 69
glimepiride, 81
glipizide, 81
glipizide ext-rel, 81
 GLUCAGON EMERGENCY KIT, 84
 glucagon, human recombinant, 84
 GLUCOPHAGE, 80
 GLUCOPHAGE XR, 80
glucose tablets, 84
 GLUCOTROL, 81
 GLUCOTROL XL, 81
 GLUCOVANCE, 80
glyburide, 81
glyburide, micronized, 81
glyburide/metformin, 80
glycerin supp, 87
 glycopyrrolate, 87
glycopyrrolate tabs, 86
 GLYNASE, 81
 GOLYTELY, 87
 goserelin acetate, 69
granisetron, 85
griseofulvin microsize susp, 66
guanfacine, 70

H

HALCION, 78
 HALDOL, 77
 HALDOL DECANOATE, 77
halobetasol propionate crm, oint 0.05%, 100
haloperidol, 77
haloperidol decanoate inj, 77
haloperidol lactate inj, 77
 HARVONI, 68
 HAVRIX, 90
 HELIXATE FS, 89
 HEMOCYTE, 92
heparin sodium inj 1000 units/mL, 5000 units/mL, 10000 units/mL, 20000 units/mL, 89
heparin sodium PF inj 1000 units/mL, 5000 units/0.5 mL, 89
heparin sodium/D5W inj 12500 units/250 mL, 20000 units/500 mL, 25000 units/250 mL, 25000 units/500 mL, 89
heparin sodium/NaCl 0.9% PF inj 2 units/mL, 89

Hepatamine, 93

hepatitis A vaccine, 90
hepatitis A, hepatitis B vaccine, 90
hepatitis B vaccine, 90
HEPSERA, 68
HIBICLENS, 101
HUMALOG MIX, 80
HUMALOG U-100, 80
human papillomavirus (HPV) vaccine, 90
HUMATE-P, 89
HUMIRA, 90
HUMULIN 70/30, 80
HUMULIN N, 80
HUMULIN R, 80
HUMULIN R U-500 VIAL, 80
HYCET, 64
hydralazine, 73
HYDREA, 70
hydrochlorothiazide, 72
hydrocodone/acetaminophen 5/325 mg, 7.5/325 mg, 10/325 mg, 64
hydrocodone/acetaminophen soln 7.5/325 mg/15 mL, 64
hydrocodone/homatropine syp, 96
hydrocortisone, 84
hydrocortisone acetate crm 0.5 %, 99
hydrocortisone crm, gel, lotion, oint, 99
hydrocortisone crm, lotion, oint 1%, 99
hydrocortisone crm, lotion, oint 2.5%, 99
hydrocortisone valerate crm 0.2%, 99
hydrocortisone/aloe vera crm, 99
hydromorphone tabs 2 mg, 64
hydromorphone tabs 4 mg, 64
hydroxychloroquine, 90
hydroxyurea, 70
hydroxyzine HCl, 95
hydroxyzine pamoate, 95
hyoscyamine sulfate, 86
hyoscyamine sulfate ext-rel tabs, 86
Hyperlyte-CR, 94
HYZAAR, 70

I

ibandronate, 81
ibuprofen, 63
idursulfase, 85
iloperidone, 76
imatinib mesylate, 69
imipramine HCl, 75
imiquimod, 101
IMITREX, 78
IMODIUM A-D, 85
IMOVAX RABIES, 91

IMURAN, 90
INCRELEX, 84
INCRUSE ELLIPTA, 94
indapamide, 72
INDERAL LA, 71
indomethacin caps, 63
influenza virus vaccine, quadrivalent, 91
influenza virus vaccine, trivalent, 91
insulin aspart, 80
insulin aspart protamine 70%/insulin aspart 30%, 80
insulin glargine, 80
insulin human, 80
insulin human vial, 80
insulin isophane human, 80
insulin isophane human 70%/regular 30%, 80
insulin lispro, 80
insulin lispro protamine/insulin lispro, 80
insulin syringes, needles, 81
INTELENCE, 67
interferon alfa-2b, 90
interferon beta-1a, 78
interferon beta-1b, 78
interferon gamma-1b, 90
INTRON A, 90
Introvale, 82
INVEGA, 76
INVEGA SUSTENNA, 76
INVEGA TRINZA, 76
INVIRASE, 67
IONOSOL-B IN D5W, 94
IONOSOL-MB IN D5W, 94
ipratropium nasal spray, 97
ipratropium soln, 94
ipratropium, CFC-free aerosol, 94
ipratropium/albuterol soln, 94
irbesartan, 70
irbesartan/hydrochlorothiazide, 70
iron polysaccharides complex, 92
ISENTRESS, 66
ISOLYTE-P IN D5W, 94
ISOLYTE-S IN D5W, 94
ISOLYTE-S pH 7.4, 94
isoniazid, 67
isopropyl alcohol /glycerin, 103
ISOPTO CARPINE, 103
ISORDIL, 73
isosorbide dinitrate oral tabs 5 mg, 10 mg, 20 mg, 30 mg, 73
isosorbide mononitrate, 73
isosorbide mononitrate ext-rel, 73
isotretinoin caps, 98

ivermectin, 68

J

JARDIANCE, 81

Jolessa, 82

K

KABIVEN, 93

KALETRA, 67

KAZANO, 80

KCL/D5W/LR, 94

KEFLEX, 64

Kelnor 1/35, 82

KEPPRA, 74

KEPPRA XR, 74

KETOCARE test strips, 81

ketoconazole crm 2%, 99

ketoconazole shampoo 2%, 99

ketoconazole tabs 200 mg, 66

ketoprofen, 63

ketorolac, 63

ketorolac 0.4%, 102

ketorolac 0.5%, 102

ketotifen, 101

Kionex, 84

KLONOPIN, 74

KLOR-CON, 91

KLOR-CON M10, KLOR-CON M20, 91

KOGENATE FS, 89

K-PHOS NEUTRAL, 92

K-TAB, 91

L

labetalol, 71

LAC-HYDRIN, 100

lacosamide, 74

lactated ringer's inj, 94

lactic acid (ammonium lactate) crm 12%, 100

lactic acid (ammonium lactate) lotion 12%, 100

lactulose, 87

LAMICTAL, 74

LAMICTAL CHEWABLE TABS, 74

LAMISIL, 66

LAMISIL AT, 99

lamivudine, 67

lamivudine tabs, 68

lamivudine/zidovudine, 66

lamotrigine chewable dispersible tabs 5 mg, 25 mg, 74

lamotrigine tabs, 74

lancets, 81

LANOXIN, 72

lansoprazole delayed-rel, 87

lapatinib, 69

LASIX, 72

latanoprost, 103

LATUDA, 76

ledipasvir/sofosbuvir, 68

leflunomide, 90

lenalidomide, 69

LETAIRIS, 73

letrozole, 69

leucovorin calcium, 69

LEUKERAN, 69

LEUKINE, 89

leuprolide acetate, 85

LEVAQUIN, 65

LEVBID, 86

levetiracetam, 74

levetiracetam ext-rel 500 mg, 74

levetiracetam ext-rel 750 mg, 74

levobunolol, 102

levocarnitine soln, 81

levocarnitine tabs 330 mg, 81

levofloxacin oral soln, 65

levofloxacin soln, 102

levofloxacin tabs, 65

levonorgestrel 1.5 mg, 82

levonorgestrel/EE, 82

levonorgestrel/EE 0.1/20, 82

levonorgestrel/EE 0.1/20 and EE 10, 82

levonorgestrel/EE 0.15/30, 82

levonorgestrel/EE 0.15/30 and EE 10, 82

levonorgestrel-releasing IUD, 83

Levora, 82

levothyroxine, 84

Levoxyl, 84

LEVSIN, 86

LEXAPRO, 75

LEXIVA, 67

lidocaine crm 4%, 100

lidocaine gel 2%, 100

lidocaine patch, 100

lidocaine soln 4%, 100

lidocaine viscous 2%, 101

lidocaine/prilocaine crm, 100

LIDODERM, 100

LILETTA, 83

linezolid susp, 68

linezolid tabs, 68

LIPITOR, 71

lisinopril, 70

lisinopril/hydrochlorothiazide, 70

lithium carbonate, 78

lithium carbonate ext-rel tabs, 78

LITHOBID, 78
LMX 4, 100
LOESTRIN 1.5/30, 82
LOESTRIN 1/20, 82
LOESTRIN FE 1.5/30, 82
LOESTRIN FE 1/20, 82
LOFIBRA, 71
LOMOTIL, 85
lomustine, 69
loperamide, 85
LOPID, 71
lopinavir/ritonavir soln, 67
lopinavir/ritonavir tabs, 67
LOPRESSOR, 71
LOPROX, 99
loratadine rapidly-disintegrating tabs 10 mg, 95
loratadine syp, 95
loratadine tabs, 95
loratadine/pseudoephedrine ext-rel, 96
lorazepam, 74
losartan, 70
losartan/hydrochlorothiazide, 70
LOTENSIN, 70
LOTENSIN HCT, 70
LOTRIMIN AF, 99
lovastatin, 71
LOVENOX, 89
Low-Ogestrel, 82
loxapine, 77
LUPRON DEPOT-PED, 85
lurasidone, 76
LURIDE, 93
Lutera, 82
LYRICA, 77
LYSODREN, 70

M

macitentan, 73
MACROBID, 68
MACRODANTIN, 68
magnesium chloride ext-rel, 92
magnesium citrate soln, 87
magnesium gluconate, 92
magnesium hydroxide, 87
magnesium oxide, 92
MAG-OX, 92
malathion, 101
maprotiline, 75
maraviroc, 66
MATULANE, 70
MAVIK, 70
MAXALT, 78

MAXITROL, 102
MAXZIDE, 73
measles, mumps & rubella vaccine, 91
mecasermin, 84
meclizine, 85
MEDROL, 84
medroxyprogesterone acetate, 84
medroxyprogesterone acetate 150 mg/mL, 83
mefloquine, 66
MEGACE, 69
megestrol acetate, 69
meloxicam tabs, 63
melphalan, 69
memantine, 75
MENACTRA, 91
meningococcal conjugate vaccine, 91
meningococcal group B vaccine, 91
meningococcal polysaccharide vaccine, 91
MENOMUNE, 91
MENVEO, 91
MEPHYTON, 92
MEPRON, 68
mercaptopurine, 69
mesalamine ext-rel caps, 86
MESTINON, 78
METADATE CD, 77
METAMUCIL, 87
metformin, 80
metformin ext-rel 500 mg, 750 mg, 80
METHERGINE, 85
methimazole, 84
methocarbamol, 78
methotrexate, 69, 90
methotrexate inj 25 mg/mL, 90
methotrexate inj 25 mg/mL, 50 mg/2 mL, 69
methylcellulose tabs, 87
methyldopa, 73
methylergonovine, 85
METHYLIN, 77
methylphenidate, 77
methylphenidate ext-rel, 77
methylphenidate ext-rel 10 mg, 77
methylphenidate ext-rel 20 mg, 30 mg, 40 mg, 77
methylphenidate ext-rel 60 mg, 77
methylphenidate ext-rel tabs 20 mg, 77
methylphenidate soln, tabs, 77
methylprednisolone, 84
metipranolol, 102
metoclopramide, 85
metolazone, 72
metoprolol succinate ext-rel, 71

metoprolol tartrate, 71
METRO IV, 68
METROCREAM, 100
METROGEL-VAGINAL, 88
METROLOTION, 100
metronidazole, 88
metronidazole crm 0.75%, 100
metronidazole gel 0.75%, 100
metronidazole lotion 0.75%, 100
metronidazole tabs, 68
metronidazole/NaCl 0.74% inj 500 mg/100 mL, 68
metronidazole/NaCl 0.79% inj 500 mg/100 mL, 68
MEVACOR, 71
MIACALCIN, 81
MICATIN, 99
miconazole, 88
miconazole crm, powder, 99
miconazole oint, 99
MICRO-K, 91
midodrine, 73
MILK OF MAGNESIA, 87
mineral oil, 87
mineral oil enema, 87
MINIPRESS, 70
MINOCIN, 65
minocycline caps 50 mg, 100 mg, 65
minoxidil, 73
MIRALAX, 87
MIRAPEX, 76
MIRENA, 83
mirtazapine tabs 15 mg, 30 mg, 45 mg, 75
misoprostol, 87
mitotane, 70
M-M-R II, 91
MOBIC, 63
modafinil 100 mg, 79
modafinil 200 mg, 79
mometasone crm, oint 0.1%, 99
mometasone lotion 0.1%, 99
mometasone/formoterol, 97
MONISTAT 3, MONISTAT 7, 88
MONODOX, 65
montelukast chewable tabs 4 mg, 96
montelukast chewable tabs 5 mg, 96
montelukast tabs, 96
morphine sulfate ext-rel 15 mg, 30 mg, 60 mg, 100 mg, 64
morphine sulfate soln, 64
morphine sulfate tabs, 64
MOTRIN, 63
MS CONTIN, 64
Multi-Delyn, Pediavit, 92

multivitamins, 92
multivitamins/fluoride/iron drops, tabs, 92
multivitamins/iron, 92
multivitamins/minerals, 92
mupirocin nasal, 98
mupirocin oint, 98
MURO-128, 103
MYAMBUTOL, 67
mycophenolate mofetil caps, tabs, 90
MYLANTA, 85
MYSOLINE, 74
N
nabumetone, 63
nadolol, 71
nafarelin, 83
naloxone inj 1 mg/mL, 79
naloxone nasal spray, 79
naltrexone, 79
NAMENDA, 75
naphazoline 0.1%, 103
NAPROSYN, 63
naproxen, 63
naproxen delayed-rel, 63
naproxen sodium, 63
naratriptan, 78
NARCAN, 79
NARDIL, 75
NASALCROM, 97
nateglinide, 81
NATROBA, 101
NATURE-THROID, 84
nebulizer/compressor, 97
needles 18 g x 1-1/2, 103
nelfinavir, 67
neomycin, 64
neomycin/polymyxin B/dexamethasone, 102
neomycin/polymyxin B/gramicidin, 102
neomycin/polymyxin B/hydrocortisone, 103
NEORAL, 90
NEOSPORIN, 98, 102
NEPHRAMINE, 93
NEPHROCAPS, 93
NEPHRO-VITE RX, 93
NESINA, 80
NEULASTA, 89
NEUPOGEN, 89
NEURONTIN, 74
nevirapine, 67
nevirapine ext-rel, 67
NEXAVAR, 69
NEXIUM 24HR OTC, 87

niacin, 71, 92
niacin ext-rel caps, 92
niacin ext-rel tabs, 92
niacinamide 500 mg, 92
Niacor, 71
 NICODERM CQ, 79
 NICORETTE, 79
 nicotine inhaler, 79
 nicotine nasal spray, 79
nicotine polacrilex gum, 79
nicotine polacrilex lozenge, 79
nicotine transdermal, 79
 NICOTROL, 79
 NICOTROL NS, 79
nifedipine, 72
nifedipine ext-rel, 72
 NITRO-DUR, 73
nitrofurantoin ext-rel, 68
nitrofurantoin macrocrystals 50 mg, 100 mg, 68
nitrofurantoin susp, 68
nitroglycerin ext-rel, 73
nitroglycerin sublingual, 73
nitroglycerin transdermal 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr, 73
 NITROSTAT, 73
 NIX CREME RINSE, 101
nizatidine, 86
 NIZORAL, 99
 NORCO, 64
norethindrone, 82
norethindrone acetate, 84
norethindrone acetate/EE 1.5/30, 82
norethindrone acetate/EE 1.5/30 and iron, 82
norethindrone acetate/EE 1/20, 82
norethindrone acetate/EE 1/20 and iron, 82
norethindrone/EE, 82
norethindrone/EE 0.4/35, 82
norethindrone/EE 0.5/35, 82
norethindrone/EE 1/35, 82
norethindrone/ME 1/50, 82
norgestimate/EE, 82
norgestimate/EE 0.25/35, 82
norgestrel/EE 0.3/30, 82
norgestrel/EE 0.5/50, 82
 NORMOSOL-M IN D5W, 94
 NORMOSOL-R IN D5W, 94
 NORMOSOL-R pH 7.4, 94
 NORPACE, 70
 NORPRAMIN, 75
nortriptyline caps, 75
 NORVASC, 72
 NORVIR, 67
 NOVOLIN 70/30, 80
 NOVOLIN N, 80
 NOVOLIN R, 80
 NOVOLOG, 80
 NOVOLOG MIX, 80
 NULYTELY, 87
 NUPERCAINAL, 87
 NUVARING, 83
 NUVIGIL, 79
nystatin, 66
nystatin crm, oint, 99
nystatin powder, 99
nystatin susp, 101
O
octreotide acetate, 85
 OCUFEN, 102
 OCUFLOX, 102
 ODEFSEY, 66
ofloxacin, 102
ofloxacin otic, 103
Ogestrel, 82
 olanzapine pamoate ext-rel inj, 76
olanzapine tabs, 76
 omalizumab, 97
 ombitasvir/paritaprevir/ritonavir with dasabuvir, 68
omega-3 fatty acids, 92
omeprazole delayed-rel caps 10 mg, 20 mg, 87
omeprazole delayed-rel caps 40 mg, 87
 omeprazole delayed-rel tabs, 87
 omeprazole magnesium delayed-rel, 87
omeprazole magnesium delayed-rel caps, 87
 omeprazole oral suspension, 87
 OMEPRAZOLE OTC, 87
 OMNITROPE, 84
ondansetron orally disintegrating tabs, 85
ondansetron soln, 85
ondansetron tabs 4 mg, 8 mg, 85
 ONFI, 74
 OPSUMIT, 73
orphenadrine ext-rel, 78
 ORTHO MICRONOR, 82
 ORTHO TRI-CYCLEN, 82
 ORTHO-CYCLEN, 82
 ORTHO-NOVUM 1/35, 82
 ORTHO-NOVUM 7/7/7, 82
oseltamivir, 68
 OSENI, 80
 OVCON 35, 82
 OVIDE, 101
oxaprozin, 63

oxazepam, 74
oxcarbazepine, 74
oxybutynin, 88
oxybutynin ext-rel, 88
oxycodone, 64
oxycodone soln 5 mg/5 mL, 64
oxycodone/acetaminophen 5/325 mg, 7.5/325 mg,
10/325 mg, 64
oxymetazoline spray, 97

P

paliperidone ext-rel, 76
paliperidone palmitate ext-rel inj, 76
palivizumab, 97
PAMELOR, 75
pancrelipase delayed-rel, 87
pantoprazole delayed-rel tabs, 87
PARAFON FORTE DSC, 78
parenteral electrolyte soln inj, 94
PARLODEL, 76
PARNATE, 75
paromomycin, 68
paroxetine HCl tabs, 75
PAXIL, 75
peak flow meter, 97
PEDIALYTE, 92
pediatric multivitamin liquid, 92
pediatric multivitamins, 92
pediatric multivitamins/iron drops, 92
peg 3350/electrolytes, 87
PEGASYS, 90
pegfilgrastim, 89
peginterferon alfa-2a, 90
penicillin VK, 65
pentoxifylline ext-rel, 90
PEPCID, 86
PEPCID AC, 86
PEPTO-BISMOL, 85
PERCOCET, 64
PERIDEX, 101
PERIKABIVEN, 93
permethrin 0.5%, 101
permethrin 1%, 101
permethrin crm 5%, 101
perphenazine, 77
phenazopyridine, 88
phenelzine, 75
phenobarbital elixir, 74
phenobarbital tabs, 74
phenylephrine, 96
phenytoin chewable tabs, 74
phenytoin sodium extended, 74
phenytoin susp, 74
PHOSLO, 84
phytonadione, 92
pilocarpine, 103
pilocarpine tabs, 87
pimecrolimus, 100
pioglitazone, 80
piroxicam, 63
PLAN B ONE-STEP, 82
PLAQUENIL, 90
PLASMA-LYTE-148, 93
PLASMA-LYTE-56 IN D5W, 93
PLASMA-LYTE-A, 94
PLAVIX, 89
pneumococcal conjugate vaccine, 13 valent, 91
pneumococcal polysaccharide vaccine, 23 valent, 91
PNEUMOVAX 23, 91
podofilox soln, 101
polyethylene glycol 3350, 87
polymyxin B/trimethoprim, 102
POLYSPORIN, 98
POLYTRIM, 102
POLY-VI-FLOR, 92
POLY-VI-SOL, 92
potassium bicarbonate effer tabs 25 mEq, 91
potassium chloride ext-rel 20 mEq, 91
potassium chloride ext-rel caps 8 mEq, 10 mEq, 91
potassium chloride ext-rel tabs 8 mEq, 10 mEq, 91
potassium chloride inj 2 mEq/mL, 10 mEq/50 mL, 20
mEq/50 mL, 10 mEq/100 mL, 20 mEq/100 mL, 30
mEq/100 mL, 40 mEq/100 mL, 94
potassium chloride liquid, 91
potassium chloride microencapsulated crystal ext-rel 10
mEq, 20 mEq, 91
potassium chloride/D5W inj 20 mEq/L, 30 mEq/L, 40
mEq/L, 94
potassium chloride/D5W-lactated ringer's inj 20 mEq/L, 40
mEq/L, 94
potassium chloride/D5W-NaCl 0.2% inj 10 mEq/L, 20
mEq/L, 30 mEq/L, 40 mEq/L, 94
potassium chloride/D5W-NaCl 0.33% inj 20 mEq/L, 94
potassium chloride/D5W-NaCl 0.45% inj 10 mEq/L, 20
mEq/L, 30 mEq/L, 40 mEq/L, 94
potassium chloride/D5W-NaCl 0.9% inj 20 mEq/L, 40
mEq/L,, 94
potassium chloride/NaCl 0.45% inj 20 mEq/L, 94
potassium chloride/NaCl 0.9% inj 20 mEq/L, 40 mEq/L, 94
potassium citrate ext-rel 5 mEq, 10 mEq, 88
potassium citrate/citric acid soln, 88
potassium/sodium phosphates, 92
pramipexole, 76

pramoxine/phenylephrine/glycerin/petrolatum crm, 88
PRANDIN, 81
PRAVACHOL, 71
pravastatin, 71
prazosin, 70
PRECOSE, 80
PRED FORTE, 102
prednicarbate crm, oint 0.1%, 99
prednisolone acetate 1%, 102
prednisolone sodium phosphate soln, 84
prednisolone syrup, 84
prednisone, 84
pregabalin, 77
PREMARIN, 83
PREMARIN CREAM, 83
PREMASOL, 93
PREMPHASE, 83
PREMPRO, 83
prenatal vitamin tabs, 92
prenatal vitamins/DHA, 92
PREPARATION H, 88
PREVACID 24HR OTC, 87
PREVNAR 13, 91
PREZCOBIX, 66
PREZISTA, 67
PRIFTIN, 67
PRILOSEC OTC, 87
primaquine, 66
PRIMAQUINE, 66
primidone, 74
probenecid, 63
PROCALAMINE, 93
procarbazine, 70
PROCARDIA, 72
PROCARDIA XL, 72
prochlorperazine, 86
prochlorperazine supp, 86
PRO-CLEAR AC, 96
PROCRI, 89
progesterone, micronized, 84
PROGRAF, 90
promethazine, 86
promethazine inj, 86
promethazine supp 12.5 mg, 25 mg, 86
promethazine supp 50 mg, 86
promethazine/phenylephrine syp, 96
PROMETRIUM, 84
PRONTO SHAMPOO, 101
propafenone, 71
proparacaine 0.5%, 103
propranolol, 71

propranolol ext-rel, 71
propylthiouracil, 84
PROSCAR, 88
PROTONIX, 87
PROTOPIC, 100
protriptyline, 75
PROVERA, 84
PROVIGIL, 79
PROZAC, 75
pseudoephedrine, 96
pseudoephedrine ext-rel 120 mg, 96
psyllium, 87
PULMICORT RESPULES, 97
PULMOZYME, 96
pyrantel, 69
pyrazinamide, 67
pyrethrins/piperonyl butoxide, 101
PYRIDIDIUM, 88
pyridostigmine tabs, 78
pyridoxine ext-rel, 92
pyridoxine tabs, 92

Q

Quasense, 82
QUESTRAN/QUESTRAN LIGHT, 71
quetiapine 25 mg, 76
quetiapine 50 mg, 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 76
quetiapine ext-rel, 76
quinapril, 70
quinapril/hydrochlorothiazide, 70
QVAR, 97

R

RABAVERT, 91
rabies vaccine, 91
raloxifene, 84
raltegravir, 66
ramipril, 70
RANEXA, 73
ranitidine, 86
ranitidine syp, 86
ranitidine tabs 150 mg, 86
ranitidine tabs 300 mg, 86
ranolazine ext-rel, 73
RAZADYNE, 75
RAZADYNE ER, 75
REBETOL, 68
RECOMBIVAX HB, 90
REESES PINWORM MEDICINE, 69
REGLAN, 85
RELENZA, 68
REMERON, 75

REMODULIN, 73
repaglinide, 81
REPATHA, 71
REPATHA PUSHTRONEX, 71
REQUIP, 76
respiratory mask, 97
RESTORIL, 78
RETIN-A, 98
RETROVIR, 67
REVATIO, 73
REVLIMID, 69
REYATAZ, 67
Rho (D) immune globulin, 90
RHOGAM PLUS, 90
ribavirin caps 200 mg, 68
ribavirin tabs 200 mg, 68
riboflavin tabs 100 mg, 93
RID, 101
RID AEROSOL, 101
RIDAURA, 90
RIFADIN, 67
rifampin, 67
rifapentine, 67
rilpivirine, 67
RILUTEK, 79
riluzole, 79
rimantadine, 68
ringer's soln inj, 94
RISPERDAL, 76
RISPERDAL CONSTA, 76
RISPERDAL M-TABS, 77
risperidone, 76
risperidone long-acting inj, 76
risperidone orally disintegrating tabs, 77
RITALIN, 77
RITALIN LA, 77
ritonavir, 67
rivaroxaban, 89
rivastigmine, 75
rivastigmine transdermal, 75
rizatriptan tabs, 78
ROBAXIN, 78
ROBINUL/ROBINUL FORTE, 86
ROCALTROL, 84
ropinirole, 76
rufinamide, 74

S

SABRIL, 74
SALAGEN, 87
saline nasal spray, 97
salmeterol xinafoate, 95

salsalate, 63
SANDIMMUNE, 90
SANDOSTATIN, 85
SANDOSTATIN LAR, 85
SAPHRIS, 76
saquinavir mesylate tabs, 67
sargramostim, 89
scopolamine, 86
selegiline caps, tabs, 76
selenium sulfide lotion 1%, 99
selenium sulfide lotion 2.5%, 99
selexipag, 73
SELSUN BLUE, 99
SELZENTRY, 66
senna, 87
sennosides 8.6 mg, 87
sennosides/docusate sodium, 87
SENOKOT, 87
SENOKOT-S, 87
SENSIPAR, 79
SEREVENT, 95
SEROQUEL, 76
SEROQUEL XR, 76
sertraline, 75
Setlakin, 82
sildenafil, 73
SILVADENE, 98
silver sulfadiazine, 98
simethicone, 88
simvastatin 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg, 71
SINEMET, 76
SINEMET CR, 76
SINGULAIR, 96
skin protectant crm, 101
SKYLA, 83
SLO-NIACIN, 92
SLOW FE, 92
sodium bicarbonate tabs, 85
sodium chloride 5%, 103
sodium chloride for inhalation, 97
sodium chloride inj 0.45%, 0.9%, 3%, 5%, 94
sodium chloride irrigation soln, 88
sodium chloride tabs, 92
sodium citrate/citric acid soln, 88
sodium fluoride chew tabs, drops, 93
sodium hyaluronate, 64
sodium oxybate, 79
sodium phosphates enema, 87
sodium phosphates soln, 87
sodium polystyrene sulfonate oral susp, 84
sodium polystyrene sulfonate powder, 84

sofosbuvir, 68
 sofosbuvir/velpatasvir, 68
 SOMA, 78
 somatropin vials 5.8 mg, 84
 SONATA, 78
 sorafenib, 69
sotalol, 71
 SOVALDI, 68
 spacer, 97
spinosad, 101
spironolactone, 70
spironolactone/hydrochlorothiazide, 73
 SPRYCEL, 69
 STALEVO, 76
 STARLIX, 81
stavudine caps, 67
 STIMATE, 85
 STRATTERA, 77
 STRIBILD, 66
 STROMECTOL, 68
 succimer, 90
 sucralfate susp, 88
sucralfate tabs, 88
 SUDAFED, 96
 SUDAFED 12 HOUR, 96
 SUDAFED PE, 96
sulfacetamide soln, 102
sulfacetamide/prednisolone acetate 10%/0.23%, 102
sulfamethoxazole/trimethoprim, 65
sulfasalazine, 86
sulfasalazine delayed-rel, 86
sulindac, 63
sumatriptan tabs, 78
 sunitinib, 70
 SUSTIVA, 67
 SUTENT, 70
 SYNAGIS, 97
 SYNAREL, 83
 SYNTHROID, 84
 syringes 3 mL, 103

T

tacrolimus, 90, 100
 TAGAMET HB, 86
 TAMIFLU, 68
tamoxifen, 69
tamsulosin, 88
 TAPAZOLE, 84
 TAVIST, 95
 TECFIDERA, 78
 TEGRETOL, 74
 TEGRETOL-XR, 74
temazepam 15 mg, 30 mg, 78
 TEMODAR, 69
 TEMOVATE, 100
temozolomide, 69
 TENIVAC, 91
 tenofovir, 67
 TENORETIC, 72
 TENORMIN, 71
 TERAZOL, 88
terazosin, 70, 88
terbinafine crm, 99
terbinafine tabs, 66
terbutaline, 95
terconazole crm, supp, 88
 teriparatide, 81
 TESSALON, 96
testosterone cypionate, 79
testosterone enanthate, 79
 tetanus, diphtheria toxoids, 91
 tetanus, diphtheria, pertussis, 91
 TETANUS-DIPHTHERIA TOXOIDS TD, 91
 thalidomide, 69
 THALOMID, 69
theophylline ext-rel tabs, 97
theophylline soln, 97
thiamine 50 mg, 100 mg, 93
thioridazine, 77
thiothixene, 77
 THYROGEN, 85
thyroid, 84
 thyrotropin alfa, 85
tiagabine 2 mg, 4 mg, 74
 TIAZAC, 72
timolol maleate, 102
timolol maleate gel, 102
 TIMOPTIC, 102
 TIMOPTIC-XE, 102
 TINACTIN, 99
tioconazole, 88
 TIVICAY, 66
tizanidine tabs, 78
 TOBI, 96
 TOBRADEX, 102
tobramycin inhalation soln, 96
tobramycin soln, 102
tobramycin/dexamethasone susp 0.3%/0.1%, 102
 TOBEX, 102
 TOFRANIL, 75
tolbutamide, 81
tolnaftate crm, powder, soln, 99
tolterodine, 88

TOPAMAX, 74
 TOPICORT, 100
topiramate sprinkle caps, tabs, 74
 TOPROL-XL, 71
torsemide, 72
 TRACLEER, 73
tramadol, 64
 TRANDATE, 71
trandolapril, 70
 TRANSDERM SCOP, 86
 TRANXENE T-TAB, 74
tranylcyromine, 75
 TRAVASOL, 93
 TRAVATAN Z, 103
 travoprost, 103
trazodone 50 mg, 100 mg, 150 mg, 75
 treprostinil, 73
tretinoin caps, 70
tretinoin crm, 98
tretinoin gel 0.01%, 0.025%, 98
triamcinolone acetonide crm, lotion, oint 0.025%, 99
triamcinolone acetonide crm, lotion, oint 0.1%, 99
triamcinolone acetonide crm, oint 0.5%, 100
triamcinolone acetonide spray, 97
triamcinolone paste, 101
 TRIAMINIC NT, 96
triamterene/hydrochlorothiazide caps 37.5/25 mg, 73
triamterene/hydrochlorothiazide tabs, 73
triazolam, 78
 TRICOR, 71
trifluoperazine, 77
trifluridine, 102
trihexyphenidyl elixir, 76
trihexyphenidyl tabs, 76
 TRILEPTAL, 74
trimethoprim, 69
 TRIUMEQ, 66
 TRIZIVIR, 66
 TROPHAMINE, 93
tropium, 88
 TRUE METRIX AIR kits, 81
 TRUE METRIX kits, 81
 TRUE METRIX test strips, 81
 TRUETEST test strips, 81
 TRUMENBA, 91
 TRUSOPT, 102
 TRUVADA, 66
 TUMS, 85
 TWINRIX, 90
 TYBOST, 66
 TYKERB, 69
 TYLENOL, 63
 TYLENOL w/CODEINE, 64
U
 ulipristal, 82
 ULTRAM, 64
 ULTRAVATE, 100
 umeclidinium, 94
 umeclidinium/vilanterol, 95
 UNIFIBER, 87
 UNISOM, 78
 UPTRAVI, 73
 URECHOLINE, 88
 urine acetone test strips, 81
 UROCIT-K, 88
 UROXATRAL, 88
 URSO, 86
 URSO FORTE, 86
ursodiol caps, 86
ursodiol tabs 250 mg, 86
ursodiol tabs 500 mg, 86
V
 VAGIFEM, 83
 VAGISTAT-1, 88
valacyclovir, 68
 VALCYTE, 67
valganciclovir, 67
 VALIUM, 74
valproic acid, 74
 VALTREX, 68
 VANCOCIN, 69
vancomycin, 69
 VAQTA, 90
 varenicline, 79
 varicella virus vaccine, 91
 VARIVAX, 91
 VASERETIC, 70
 VASOTEC, 70
venlafaxine, 75
venlafaxine ext-rel caps, 75
 VENTOLIN HFA, 95
verapamil, 72
verapamil ext-rel, 72
verapamil ext-rel 100 mg, 300 mg, 72
 VERELAN, 72
 VERELAN PM, 72
 VIDEX EC, 67
 VIEKIRA PAK, 68
 VIEKIRA XR, 68
 vigabatrin, 74
 VIMPAT, 74

VIRACEPT, 67
VIRAMUNE, 67
VIRAMUNE XR, 67
VIREAD, 67
VIROPTIC, 102
VISTARIL, 95

vitamin B complex/vitamin C/folic acid, 93

VITAMIN B-1, 93
VITAMIN B-12, 92
VITAMIN B-2, 93
VITAMIN B-6, 92
VITAMIN C, 92
VITAMIN D, 92
VOLTAREN GEL, 63

W

warfarin, 89

water for irrigation, sterile, 101

WELLBUTRIN SR, 75
WELLBUTRIN XL, 75
WESTCORT, 99
WESTHROID, 84

wheat dextrin powder, 87

WP THYROID, 84

X

XALATAN, 103
XANAX, 74
XARELTO, 89
XELODA, 69
XOLAIR, 97
XYLOCAINE, 100
XYREM, 79

Y

YASMIN, 82

Z

ZADITOR, 101
zaleplon, 78

ZANAFLEX, 78
zanamivir, 68
ZANTAC, 86
ZANTAC OTC, 86
ZARONTIN, 74
ZARXIO, 89
ZEBETA, 71
ZENPEP, 87
ZEPATIER, 68
ZERIT, 67
ZESTORETIC, 70
ZESTRIL, 70
ZETIA, 71
ZIAC, 72
ZIAGEN, 67
zidovudine, 67
ziprasidone, 77
ZITHROMAX, 65
ZOCOR, 71
ZOFRAN, 85
ZOFRAN ODT, 85
ZOLADEX, 69
ZOLOFT, 75
zolpidem, 78
ZONEGRAN, 74
zonisamide, 74
ZOSTAVAX, 91
zoster vaccine, 91
Zovia 1/35, 82
Zovia 1/50, 82
ZOVIRAX, 68, 101
ZYBAN, 79
ZYLOPRIM, 63
ZYPREXA, 76
ZYPREXA RELPREVV, 76
ZYRTEC, 95
ZYRTEC-D, 96
ZYVOX, 68