



Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

خطة تابعة لبرنامج Medicare Medi-Cal:

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

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

HPMS Approved Formulary File Submission ID, 00025316 Version Number,14.

تم تحديث كتيب الوصفات الدوائية بتاريخ 06/01/2025.

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

مقدمة

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

جدول المحتويات

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

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

- ب15 هل تغطي خطة Molina Medicare Complete Care Plus المنتجات غير الدوائية التي تُصرف بدون وصفة طبية؟ 15
- ب16 هل تغطي خطة Molina Medicare Complete Care Plus الإمدادات طويلة الأجل من الوصفات الطبية؟ 15
- ب17 هل يمكنني الحصول على وصفات طبية من الصيدلية المحلية يتم توصيلها إلى منزلي؟ 16
- ب18 ما هو المبلغ المشترك الذي عليّ دفعه؟ 16
- C. نظرة عامة على قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية 16
- ج1 قائمة الأدوية حسب الحالة الطبية 17
- D. فهرس الأدوية الخاضعة للتغطية 100

A. إخلاء المسؤولية

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

- ❖ يمكنك دائمًا التحقق من قائمة الأدوية المغطاة المحدثه لخطة Molina Medicare Complete Care Plus عبر الإنترنت وذلك من خلال الموقع الإلكتروني MolinaHealthcare.com/Medicare أو من خلال الاتصال على الرقم 665-3086 (800)، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني.
- ❖ يمكنك الحصول على هذا المستند بتنسيقات أخرى مجانًا، مثل الخط الكبير أو بطريقة برايل أو بالصوت. اتصل بالرقم 665-3086 (800)، وبالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY) يرجى الاتصال على: 711، ابتداءً من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: طوال أيام الأسبوع، ابتداءً من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، وابتداءً من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة، ابتداءً من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني.
- ❖ ترتبط خطط Molina Healthcare المتمثلة في C-SNP و D-SNP و HMO بعقد مع Medicare. ترتبط خطط D-SNP بعقد مع برنامج Medicaid الحكومي. يتوقف التسجيل معنا على عملية تجديد العقد.
- ❖ تمثل Molina Healthcare (Molina) لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تمارس التمييز على أساس النوع أو الجنس أو اللون أو الدين أو العرق أو الأصل القومي أو المجموعة الإثنية أو العمر أو الإعاقة الجسدية أو العقلية أو الحالة الطبية أو المعلومات الوراثية أو الحالة الاجتماعية أو النوع الاجتماعي أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي.
- لمساعتك على التواصل معنا بشكل فعال، توفر Molina Healthcare خدمات مجانية وفي الوقت المناسب:
- تقدم Molina Healthcare تعديلات معقولة كما توفر مساعدات وخدمات مناسبة للأشخاص ذوي الإعاقة. ويشمل ذلك: (1) مترجمين فوريين مؤهلين. (2) مواد مكتوبة بتنسيقات أخرى (نصوص مكتوبة بخطوط كبيرة أو إصدارات صوتية أو تنسيقات إلكترونية سهلة الاستخدام أو باستخدام طريقة برايل)
- توفر Molina Healthcare خدمات خاصة باللغات للأشخاص الذين يتحدثون بلغات أخرى أو ممن لديهم قدرة محدودة على التحدث بالإنجليزية. ويشمل ذلك: (1) مترجمين فوريين مؤهلين. (2) مواد مكتوبة ومترجمة إلى اللغة الأم التي تتحدث بها.
- إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، فاتصل على Molina Member Services على الرقم 665-3086 (800)-1 وبالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)/أجهزة الاتصال للصُم والبُكم (TDD)، يمكنهم الاتصال بالرقم: 711.
- إذا كنت تعتقد أننا قد مارسنا نوعًا من التمييز ضدك على أساس العمر أو اللون أو الإعاقة أو الأصل القومي أو العرق أو الجنس، فيمكنك تقديم شكوى. يمكنك تقديم شكوى بشكل شخصي أو عبر البريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني أو من خلال الإنترنت. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في كتابة شكواك، فيمكننا مساعدتك. يمكنك التعرف على إجراءات الشكوى الخاصة بنا من خلال زيارة موقعنا الإلكتروني <https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx> كما يمكنك الاتصال على Civil Rights Coordinator من خلال الرقم 1-866-606-3889 وبالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)/أجهزة الاتصال للصُم والبُكم (TDD)، يمكنهم الاتصال بالرقم: 711 أو إرسال الشكوى إلى:

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

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

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

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

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

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

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
هاتف: 916-440-7370 (أو 711 لخدمة ترحيل الاتصالات)
البريد الإلكتروني: CivilRights@dhcs.ca.gov

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

إشعار CALIFORNIA EAE بمدى التوافر

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

รวมถึงยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น

เอกสารอักษรภาษาเบรลล์และตัวพิมพ์ใหญ่อีกด้วย โทร

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

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

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

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

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

B. الأسئلة الشائعة (FAQ)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ب2 هل يتم إجراء أي تغيير على قائمة الأدوية؟

نعم، ويجب أن تتبع خطة Molina Medicare Complete Care Plus قواعد Medicare و Medicaid عند إجراء التغييرات. قد نضيف أدوية إلى قائمة الأدوية أو نزيلها منها على مدار العام. وقد نغير كذلك قواعدنا المتعلقة بالأدوية. فعلى سبيل المثال، يمكننا:

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

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

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

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

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

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

ب3 ما الذي يحدث عند إجراء تغيير على قائمة الأدوية؟

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ب7 كيف يمكنني العثور على دواء في قائمة الأدوية؟

توجد طريقتان للعثور على دواء ما:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

سنقوم بتغطية إمدادك بالدواء لمدة 31 يوماً إذا:

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

ب11 كيف يمكنني طلب الحصول على استثناء؟

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

ب12 ما المدة التي يستغرقها الحصول على استثناء؟

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

أرسل بيان موفر الرعاية إلى:

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

ب13 ما هي الأدوية العامة؟

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ب18 ما هو المبلغ المشترك الذي علي دفعه؟

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

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

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

لا تتطلب جميع المستويات مدفوعات مشتركة.

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

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

C. نظرة عامة على قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية

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

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

طلبات الاستئناف ضمن القسم D

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

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

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

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

ج1 قائمة الأدوية حسب الحالة الطبية

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

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

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

QL = حدود الكمية: كمية الدواء التي ستغطيها الخطة.

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

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

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

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

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

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

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

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



MOLINA_CY25_1T_SNP_PMOD eff 06/01/2025**Drug Name****Drug Tier Requirements/Limits****ANALGESICS****GOUT**

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

MISCELLANEOUS

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

NSAIDS

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

OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING

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

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

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

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

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

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>linezolid</i> SOLN 600mg/300ml	1	
<i>linezolid</i> SUSR 100mg/5ml	1	NDS, QL (1800 mL / 30 days)
<i>linezolid</i> TABS 600mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
LINEZOLID INJ 2MG/ML	1	
<i>meropenem</i> SOLR 1gm, 500mg	1	
<i>methenamine hippurate</i> TABS 1gm	1	
<i>metronidazole</i> SOLN 500mg/100ml; TABS 250mg, 500mg	1	
<i>neomycin sulfate</i> TABS 500mg	1	
<i>nitazoxanide</i> TABS 500mg	1	NDS, QL (6 tabs / 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> CAPS 50mg, 100mg	1	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> CAPS 100mg	1	
<i>pentamidine isethionate inh</i> SOLR 300mg	1	B/D
<i>pentamidine isethionate inj</i> SOLR 300mg	1	
<i>polymyxin b sulfate</i> SOLR 500000unit	1	
<i>praziquantel</i> TABS 600mg	1	
<i>pyrimethamine</i> TABS 25mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	1	NDS
<i>sulfadiazine</i> TABS 500mg	1	NDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln</i> 400-80 mg/5ml	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i> 200-40 mg/5ml	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 400-80 mg	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 800-160 mg	1	
<i>tinidazole</i> TABS 250mg, 500mg	1	
TOBI PODHALER CAPS 28mg	1	NDS, NM, PA
<i>tobramycin</i> NEBU 300mg/5ml	1	NDS, NM, PA
<i>tobramycin sulfate</i> SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	1	
<i>trimethoprim</i> TABS 100mg	1	
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 125mg	1	QL (80 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 250mg	1	QL (160 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> SOLR 1gm, 1.25gm, 1.5gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	1	

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

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

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

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

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

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	1	NDS, NM
TYBOST TABS 150mg	1	NM
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	1	NDS, NM
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	1	NDS, NM
zidovudine CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml; TABS 300mg	1	NM
ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS		
abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg	1	NM
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	1	NDS, NM
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	1	NDS, NM
CIMDUO TAB 300-300	1	NDS, NM
COMPLERA TAB	1	NDS, NM
DELSTRIGO TAB	1	NDS, NM
DESCOVY TAB 120-15MG	1	NDS, NM
DESCOVY TAB 200/25MG	1	NDS, NM
DOVATO TAB 50-300MG	1	NDS, NM
efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg	1	NDS, NM
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg	1	NDS, NM
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg	1	NDS, NM
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg	1	NDS, NM
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg	1	NDS, NM
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg	1	NDS, NM
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg	1	NM
EVOTAZ TAB 300-150	1	NDS, NM
GENVOYA TAB	1	NDS, NM
JULUCA TAB 50-25MG	1	NDS, NM
lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg	1	NM
lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)	1	NM
lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg	1	NM
lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg	1	NM
ODEFSEY TAB	1	NDS, NM
PREZCOBIX TAB 800-150	1	NDS, NM
STRIBILD TAB	1	NDS, NM
SYMTUZA TAB	1	NDS, NM
TRIUMEQ PD TAB	1	NM
TRIUMEQ TAB	1	NDS, NM

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
-----------	-----------	---------------------

ANTITUBERCULAR AGENTS

<i>cycloserine</i> CAPS 250mg	1	NDS
<i>ethambutol hcl</i> TABS 100mg, 400mg	1	
<i>isoniazid</i> SYRP 50mg/5ml; TABS 100mg, 300mg	1	
PRIFTIN TABS 150mg	1	
<i>pyrazinamide</i> TABS 500mg	1	
<i>rifabutin</i> CAPS 150mg	1	
<i>rifampin</i> CAPS 150mg, 300mg; SOLR 600mg	1	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	1	NDS, NM, PA
TRECTOR TABS 250mg	1	

ANTIVIRALS

<i>acyclovir</i> CAPS 200mg; SUSP 200mg/5ml; TABS 400mg, 800mg	1	
<i>acyclovir sodium</i> SOLN 50mg/ml	1	B/D
<i>adefovir dipivoxil</i> TABS 10mg	1	NM
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	1	NDS, NM, ST
<i>entecavir</i> TABS .5mg, 1mg	1	NM
EPCLUSA PAK 150-37.5	1	NDS, NM, PA
EPCLUSA PAK 200-50MG	1	NDS, NM, PA
EPCLUSA TAB 200-50MG	1	NDS, NM, PA
EPCLUSA TAB 400-100	1	NDS, NM, PA
<i>famciclovir</i> TABS 125mg, 250mg, 500mg	1	
<i>ganciclovir sodium</i> SOLR 500mg	1	B/D
HARVONI PAK 33.75-150MG	1	NDS, NM, PA
HARVONI PAK 45-200MG	1	NDS, NM, PA
HARVONI TAB 45-200MG	1	NDS, NM, PA
HARVONI TAB 90-400MG	1	NDS, NM, PA
<i>lamivudine (hbw)</i> TABS 100mg	1	NM
LIVTENCITY TABS 200mg	1	NDS, QL (336 tabs / 28 days), NM, PA
MAVYRET PAK 50-20MG	1	NDS, NM, PA
MAVYRET TAB 100-40MG	1	NDS, NM, PA
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 30mg	1	QL (168 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 45mg, 75mg	1	QL (84 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> SUSR 6mg/ml	1	QL (1080 mL / year)
PAXLOVID TAB 150-100	1	QL (40 tabs / 90 days)
PAXLOVID TAB 300-100	1	QL (60 tabs / 90 days)
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	1	NDS, NM, PA

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days), PA
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister	1	QL (6 inhalers / year)
ribavirin (hepatitis c) CAPS 200mg; TABS 200mg	1	NM
rimantadine hydrochloride TABS 100mg	1	
valacyclovir hcl TABS 1gm, 500mg	1	
valganciclovir hcl SOLR 50mg/ml	1	NDS
valganciclovir hcl TABS 450mg	1	
VOSEVI TAB	1	NDS, NM, PA
XOFLUZA TBPK 40mg, 80mg	1	QL (1 tab / 180 days)
CEPHALOSPORINS		
cefaclor CAPS 250mg, 500mg	1	
cefadroxil CAPS 500mg; SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	1	
CEFAZOLIN SOLR 2gm, 3gm	1	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	1	
cefazolin sodium SOLR 1gm, 2gm, 3gm, 10gm, 500mg	1	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	1	
CEFAZOLIN/DEX SOL 1GM/50ML-4%	1	
CEFAZOLIN/DEX SOL 2GM/50ML-3%	1	
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/50ML-2%	1	
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/150ML-4%	1	
cefdinir CAPS 300mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	1	
cefepime hcl SOLR 1gm, 2gm	1	
cefixime CAPS 400mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	1	
cefotetan disodium SOLR 1gm, 2gm	1	
cefoxitin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm	1	
cefpodoxime proxetil SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml; TABS 100mg, 200mg	1	
cefprozil SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	1	
ceftazidime SOLR 1gm, 2gm, 6gm	1	
ceftriaxone sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	1	
cefuroxime axetil TABS 250mg, 500mg	1	
cefuroxime sodium SOLR 1.5gm, 750mg	1	
cephalexin CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	1	
tazicef SOLR 1gm, 2gm, 6gm	1	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	1	NDS

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ERYTHROMYCINS/MACROLIDES		
azithromycin PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 600mg	1	
clarithromycin SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg; TB24 500mg	1	
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	1	NDS
e.e.s. 400 TABS 400mg	1	
ery-tab TBEC 250mg, 333mg, 500mg	1	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	1	
erythromycin base CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	1	
erythromycin ethylsuccinate TABS 400mg	1	
erythromycin lactobionate SOLR 500mg	1	
FLUOROQUINOLONES		
ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w	1	
ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w	1	
ciprofloxacin hcl TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	
levofloxacin SOLN 25mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	
levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml	1	
levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml	1	
levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml	1	
moxifloxacin hcl TABS 400mg	1	
moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj	1	
PENICILLINS		
amoxicillin CAPS 250mg, 500mg; CHEW 125mg, 250mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg	1	
amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml	1	
amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml	1	
amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml	1	
amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml	1	
amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg	1	

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	1	
<i>ampicillin CAPS 500mg</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	1	
<i>ampicillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg</i>	1	
<i>BICILLIN L-A SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml</i>	1	
<i>dicloxacillin sodium CAPS 250mg, 500mg</i>	1	
<i>nafcillin sodium SOLR 1gm, 2gm</i>	1	
<i>nafcillin sodium SOLR 10gm</i>	1	NDS
<i>oxacillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm</i>	1	
<i>penicillin g potassium SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	1	
<i>penicillin g sodium SOLR 5000000unit</i>	1	
<i>penicillin v potassium SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg</i>	1	
<i>pfizerpen SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	1	
TETRACYCLINES		
<i>doxy 100 SOLR 100mg</i>	1	
<i>doxycycline (monohydrate) CAPS 50mg, 100mg; SUSR 25mg/5ml; TABS 50mg, 75mg, 100mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate CAPS 50mg, 100mg; SOLR 100mg; TABS 20mg, 100mg</i>	1	
<i>minocycline hcl CAPS 50mg, 75mg, 100mg</i>	1	

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
NUZYRA SOLR 100mg	1	NDS, NM
NUZYRA TABS 150mg	1	NDS, QL (30 tabs / 14 days), NM
tetracycline hcl CAPS 250mg, 500mg	1	
tigecycline SOLR 50mg	1	NDS
ANTINEOPLASTIC AGENTS		
ALKYLATING AGENTS		
BENDAMUSTINE HYDROCHLORID SOLN 100mg/4ml	1	NDS, B/D, NM
BENDEKA SOLN 100mg/4ml	1	NDS, B/D, NM
carboplatin SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml	1	B/D
cisplatin SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml	1	B/D
cyclophosphamide CAPS 25mg, 50mg; SOLR 1gm, 500mg	1	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/2ml, 2gm/4ml, 500mg/ml	1	NDS, B/D, NM
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml, 500mg/5ml, 1000mg/10ml, 2000mg/20ml	1	NDS, B/D
cyclophosphamide SOLR 2gm	1	NDS, B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg, 50mg	1	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	1	NDS, B/D
FRINDOVYX SOLN 1gm/2ml, 2gm/4ml, 500mg/ml	1	NDS, B/D, NM
GLEOSTINE CAPS 10mg, 40mg	1	NM
GLEOSTINE CAPS 100mg	1	NDS, NM
LEUKERAN TABS 2mg	1	NDS
oxaliplatin SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml; SOLR 50mg	1	B/D
oxaliplatin SOLR 100mg	1	NDS, B/D
VIVIMUSTA SOLN 100mg/4ml	1	NDS, B/D, NM
ANTIMETABOLITES		
azacitidine SUSR 100mg	1	NDS, B/D, NM
cytarabine SOLN 20mg/ml	1	B/D
fluorouracil SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	1	B/D

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>gemcitabine hcl</i> SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml; SOLR 1gm, 2gm, 200mg	1	B/D
INQOVI TAB 35-100MG	1	NDS, QL (5 tabs / 28 days), NM, PA
LONSURF TAB 15-6.14	1	NDS, QL (100 tabs / 28 days), NM, PA
LONSURF TAB 20-8.19	1	NDS, QL (80 tabs / 28 days), NM, PA
<i>mercaptopurine</i> SUSP 2000mg/100ml	1	NDS, NM
<i>mercaptopurine</i> TABS 50mg	1	
<i>methotrexate sodium</i> SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	1	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg	1	NDS, QL (14 tabs / 28 days), NM, PA
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	1	NDS, B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	1	NDS, NM
TABLOID TABS 40mg	1	NDS
HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS		
<i>abiraterone acetate</i> TABS 250mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
<i>abiraterone acetate</i> TABS 500mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AKEEGA TAB 50/500MG	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AKEEGA TAB 100/500	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>anastrozole</i> TABS 1mg	1	
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	1	
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	1	NM, PA
ERLEADA TABS 60mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
ERLEADA TABS 240mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
EULEXIN CAPS 125mg	1	NDS
<i>exemestane</i> TABS 25mg	1	
FIRMAGON SOLR 80mg	1	NM, PA
FIRMAGON SOLR 120mg/vial	1	NDS, NM, PA
<i>fulvestrant</i> SOSY 250mg/5ml	1	NDS, B/D
<i>letrozole</i> TABS 2.5mg	1	
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	1	NM, PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	1	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	1	NDS, NM, PA
LYSODREN TABS 500mg	1	NDS, NM
<i>megestrol acetate</i> TABS 20mg, 40mg	1	

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>nilutamide</i> TABS 150mg	1	NDS
NUBEQA TABS 300mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
ORGOVYX TABS 120mg	1	NDS, NM, PA
ORSERDU TABS 86mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
ORSERDU TABS 345mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	1	NDS
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	1	
<i>toremifene citrate</i> TABS 60mg	1	PA
XTANDI CAPS 40mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
XTANDI TABS 40mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
XTANDI TABS 80mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
IMMUNOMODULATORS		
<i>lenalidomide</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	1	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, PA
<i>lenalidomide</i> CAPS 20mg, 25mg	1	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
POMALYST CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	1	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAPS 50mg	1	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAPS 100mg	1	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAPS 150mg, 200mg	1	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA
MISCELLANEOUS		
BESREMI SOSY 500mcg/ml	1	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
<i>bexarotene</i> CAPS 75mg	1	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA
<i>doxorubicin hcl</i> SOLN 2mg/ml	1	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> SUSP 2mg/ml	1	NDS, B/D
<i>hydroxyurea</i> CAPS 500mg	1	
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	1	B/D

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
IWILFIN TABS 192mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
MATULANE CAPS 50mg	1	NDS, NM
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	1	NDS
WELIREG TABS 40mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
MITOTIC INHIBITORS		
<i>docetaxel</i> CONC 20mg/ml	1	B/D
<i>docetaxel</i> CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	1	NDS, B/D
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	1	NDS, B/D
DOCIVYX SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	1	NDS, B/D, NM
<i>etoposide</i> SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml, 500mg/25ml	1	B/D
<i>paclitaxel</i> CONC 6mg/ml, 30mg/5ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	1	B/D
<i>paclitaxel inj 100mg</i>	1	NDS, B/D, NM
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	1	B/D
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	1	B/D
MOLECULAR TARGET AGENTS		
ALECENSA CAPS 150mg	1	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
ALUNBRIG TABS 30mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
ALUNBRIG TABS 90mg, 180mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ALUNBRIG PAK	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AUGTYRO CAPS 40mg	1	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
AUGTYRO CAPS 160mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
BALVERSA TABS 3mg	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
BALVERSA TABS 4mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
BALVERSA TABS 5mg	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg	1	NM, PA
<i>bortezomib</i> SOLR 3.5mg	1	NDS, NM, PA
BOSULIF CAPS 50mg	1	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, PA

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
BOSULIF CAPS 100mg	1	NDS, QL (150 caps / 25 days), NM, PA
BOSULIF TABS 100mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
BOSULIF TABS 400mg, 500mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
BRAFTOVI CAPS 75mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
BRUKINSA CAPS 80mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
CALQUENCE CAPS 100mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
CALQUENCE TABS 100mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
CAPRELSA TABS 100mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
CAPRELSA TABS 300mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	1	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
COMETRIQ KIT 100MG	1	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA
COMETRIQ KIT 140MG	1	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	1	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA
COTELLIC TABS 20mg	1	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA
DANZITEN TABS 71mg, 95mg	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
<i>dasatinib</i> TABS 20mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>dasatinib</i> TABS 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
DAURISMO TABS 25mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
DAURISMO TABS 100mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ERIVEDGE CAPS 150mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>erlotinib hcl</i> TABS 25mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 100mg, 150mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 2mg	1	NDS, QL (150 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 3mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 5mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg	1	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
FRUZAQLA CAPS 1mg	1	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
FRUZAQLA CAPS 5mg	1	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
GAVRETO CAPS 100mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
<i>gefitinib</i> TABS 250mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
GOMEKLI CAPS 1mg	1	NDS, QL (168 caps / 28 days), NM, PA
GOMEKLI CAPS 2mg	1	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
GOMEKLI TBSO 1mg	1	NDS, QL (168 tabs / 28 days), NM, PA
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	1	NDS, NM, PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	1	NDS, NM, PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	1	NDS, NM, PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg	1	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg	1	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg, 30mg, 45mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
IDHIFA TABS 50mg, 100mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 100mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 400mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA CAPS 70mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
IMBRUVICA CAPS 140mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA SUSP 70mg/ml	1	NDS, QL (216 mL / 27 days), NM, PA
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
IMKELDI SOLN 80mg/ml	1	NDS, QL (280 mL / 28 days), NM, PA
INLYTA TABS 1mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
INLYTA TABS 5mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
INREBIC CAPS 100mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
ITOVEBI TABS 3mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
ITOVEBI TABS 9mg	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
JAYPIRCA TABS 50mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
JAYPIRCA TABS 100mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	1	NDS, B/D, NM
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	1	NDS, NM, PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	1	NDS, NM, PA
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg	1	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 200 PAK FEMARA	1	NDS, QL (49 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg	1	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 PAK FEMARA	1	NDS, QL (70 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg	1	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 PAK FEMARA	1	NDS, QL (91 tabs / 28 days), NM, PA
KOSELUGO CAPS 10mg	1	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
KOSELUGO CAPS 25mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
KRAZATI TABS 200mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
<i>lapatinib ditosylate</i> TABS 250mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
LAZCLUZE TABS 80mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
LAZCLUZE TABS 240mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA CAP 14 MG	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA CAP 18 MG	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA CAP 24 MG	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
LORBRENA TABS 25mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
LORBRENA TABS 100mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
LUMAKRAS TABS 120mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
LUMAKRAS TABS 240mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
LUMAKRAS TABS 320mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	1	NDS, QL (140 tabs / 28 days), NM, PA
MEKINIST SOLR .05mg/ml	1	NDS, QL (1260 mL / 30 days), NM, PA
MEKINIST TABS 2mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
MEKINIST TABS .5mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
MEKTOVI TABS 15mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
MONJUVI SOLR 200mg	1	NDS, NM, PA
NERLYNX TABS 40mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg	1	NDS, QL (3 caps / 28 days), NM, PA
ODOMZO CAPS 200mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
OGIVRI SOLR 150mg, 420mg	1	NDS, NM, PA
OGSIVEO TABS 50mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
OGSIVEO TABS 100mg, 150mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
OJEMDA SUSR 25mg/ml	1	NDS, QL (96 mL / 28 days), NM, PA
OJEMDA TABS 100mg	1	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, PA
OJJAARA TABS 100mg, 150mg, 200mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	1	NDS, NM, PA
pazopanib hcl TABS 200mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
PHESGO SOL	1	NDS, NM, PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
QINLOCK TABS 50mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
RETEVMO CAPS 40mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
RETEVMO CAPS 80mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
RETEVMO TABS 40mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
RETEVMO TABS 80mg, 120mg, 160mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
REVUFORJ TABS 25mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
REVUFORJ TABS 110mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
REVUFORJ TABS 160mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
REZLIDHIA CAPS 150mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
ROZLYTREK CAPS 100mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
ROZLYTREK CAPS 200mg	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
ROZLYTREK PACK 50mg	1	NDS, QL (336 packets / 28 days), NM, PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
RYDAPT CAPS 25mg	1	NDS, QL (224 caps / 28 days), NM, PA
SCEMBLIX TABS 20mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
SCEMBLIX TABS 40mg	1	NDS, QL (300 tabs / 30 days), NM, PA
SCEMBLIX TABS 100mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sorafenib tosylate</i> TABS 200mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
STIVARGA TABS 40mg	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
<i>sunitinib malate</i> CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
TAFINLAR TBSO 10mg	1	NDS, QL (900 tabs / 30 days), NM, PA
TAGRISSE TABS 40mg, 80mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg, .5mg, .75mg, 1mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
TALZENNA CAPS .25mg	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
TASIGNA CAPS 50mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TASIGNA CAPS 150mg, 200mg	1	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
TAZVERIK TABS 200mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	1	NDS, NM, PA
TECENTRIQ INJ HYBREZA	1	NDS, QL (1 vial / 21 days), NM, PA
TEPMETKO TABS 225mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
TIBSOVO TABS 250mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
torpenz TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	1	NDS, NM, PA
TRUQAP TABS 160mg, 200mg	1	NDS, QL (64 tabs / 28 days), NM, PA
TRUQAP TBPK 160mg, 200mg	1	NDS, QL (4 packs / 28 days), NM, PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	1	NDS, NM, PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
TURALIO CAPS 125mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
VANFLYTA TABS 17.7mg, 26.5mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
VENCLEXTA TABS 10mg	1	QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
VENCLEXTA TABS 50mg	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
VENCLEXTA TABS 100mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
VENCLEXTA TAB START PK	1	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
VITRAKVI CAPS 25mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
VITRAKVI CAPS 100mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
VITRAKVI SOLN 20mg/ml	1	NDS, QL (300 mL / 30 days), NM, PA

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
VONJO CAPS 100mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
VORANIGO TABS 10mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
VORANIGO TABS 40mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg; CPSP 50mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
XALKORI CPSP 20mg	1	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
XALKORI CPSP 150mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
XOSPATA TABS 40mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) TBPk 10mg	1	NDS, QL (16 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) TBPk 40mg	1	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY) TBPk 40mg	1	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY) TBPk 60mg	1	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY) TBPk 20mg	1	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY) TBPk 40mg	1	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY) TBPk 20mg	1	NDS, QL (32 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY) TBPk 50mg	1	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA
ZEJULA TABS 100mg, 200mg, 300mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ZELBORAF TABS 240mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	1	NDS, NM, PA
ZOLINZA CAPS 100mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
ZYKADIA TABS 150mg	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
PROTECTIVE AGENTS		
leucovorin calcium SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	1	B/D
leucovorin calcium TABS 5mg, 10mg, 15mg, 25mg	1	

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
mesna TABS 400mg	1	NDS
MESNEX TABS 400mg	1	NDS

CARDIOVASCULAR

ACE INHIBITOR COMBINATIONS

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

ACE INHIBITORS

benazepril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	
captopril TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	
enalapril maleate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	
fosinopril sodium TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>lisinopril</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	
<i>moexipril hcl</i> TABS 7.5mg, 15mg	1	
<i>perindopril erbumine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg	1	
<i>quinapril hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>ramipril</i> CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>trandolapril</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg	1	
ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>eplerenone</i> TABS 25mg, 50mg	1	
KERENDIA TABS 10mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>spironolactone</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
ALPHA BLOCKERS		
<i>doxazosin mesylate</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	1	
<i>prazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg	1	
<i>terazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab</i> 5-20 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab</i> 5-40 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab</i> 10-20 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab</i> 10-40 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> 5-160 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> 5-320 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> 10-160 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> 10-320 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab</i> 16-12.5 mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab</i> 32-12.5 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab</i> 32-25 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
ENTRESTO CAP 6-6MG	1	QL (240 caps / 30 days)
ENTRESTO CAP 15-16MG	1	QL (240 caps / 30 days)
ENTRESTO TAB 24-26MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 49-51MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 97-103MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab</i> 150-12.5 mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab</i> 300-12.5 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab</i> 50-12.5 mg	1	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab</i> 100-12.5 mg	1	

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>candesartan cilexetil TABS 4mg, 8mg, 16mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil TABS 32mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>irbesartan TABS 75mg, 150mg, 300mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil TABS 5mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil TABS 20mg, 40mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan TABS 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan TABS 40mg, 80mg, 160mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>valsartan TABS 320mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ANTIARRHYTHMICS		
<i>amiodarone hcl</i> SOLN 50mg/ml, 150mg/3ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 200mg, 400mg	1	
<i>disopyramide phosphate</i> CAPS 100mg, 150mg	1	
<i>dofetilide</i> CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg	1	NM
<i>flecainide acetate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	
MULTAQ TABS 400mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pacrone</i> TABS 100mg, 200mg, 400mg	1	
<i>propafenone hcl</i> CP12 225mg, 325mg, 425mg; TABS 150mg, 225mg, 300mg	1	
<i>quinidine sulfate</i> TABS 200mg, 300mg	1	
<i>sotalol hcl</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	1	
<i>sotalol hcl (afib/afl)</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg	1	
ANTILIPEMICS, FIBRATES		
<i>fenofibrate</i> TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg	1	
<i>fenofibrate micronized</i> CAPS 67mg, 134mg, 200mg	1	
<i>gemfibrozil</i> TABS 600mg	1	
ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS		
<i>atorvastatin calcium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lovastatin</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pravastatin sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>rosuvastatin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>simvastatin</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS		
<i>cholestyramine</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	1	
<i>cholestyramine light</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	1	
<i>colesevelam hcl</i> PACK 3.75gm; TABS 625mg	1	
<i>colestipol hcl</i> GRAN 5gm; PACK 5gm; TABS 1gm	1	
<i>ezetimibe</i> TABS 10mg	1	
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
NEXLETOL TABS 180mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
NEXLIZET TAB 180/10MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> TBCR 500mg, 750mg, 1000mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	1	PA

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>prevalite</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	1	
REPATHA SOSY 140mg/ml	1	NM, PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SOCT 420mg/3.5ml	1	NM, PA
REPATHA SURECLICK SOAJ 140mg/ml	1	NM, PA
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	1	
BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS		
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	1	
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	1	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	1	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	1	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	1	
BETA-BLOCKERS		
<i>acebutolol hcl</i> CAPS 200mg, 400mg	1	
<i>atenolol</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>betaxolol hcl</i> TABS 10mg, 20mg	1	
<i>bisoprolol fumarate</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>carvedilol</i> TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg	1	
<i>labetalol hcl</i> TABS 100mg, 200mg, 300mg	1	
<i>metoprolol succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1	
<i>metoprolol tartrate</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>nadolol</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	
<i>nebivolol hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>nebivolol hcl</i> TABS 20mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pindolol</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>propranolol hcl</i> CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg; SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	1	
<i>timolol maleate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS		
<i>amlodipine besylate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>cartia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	1	
<i>dilt-xr</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	1	
<i>diltiazem hcl</i> CP12 60mg, 90mg, 120mg; SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml; TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg	1	
<i>diltiazem hcl coated beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	1	
<i>diltiazem hcl extended release beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	1	
<i>felodipine</i> TB24 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>isradipine</i> CAPS 2.5mg, 5mg	1	
<i>nicardipine hcl</i> CAPS 20mg, 30mg	1	
<i>nifedipine</i> TB24 30mg, 60mg, 90mg	1	
<i>nimodipine</i> CAPS 30mg	1	
<i>tiadylt er</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	1	
<i>verapamil hcl</i> CP24 100mg, 120mg, 180mg, 200mg, 240mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml; TABS 40mg, 80mg, 120mg; TBCR 120mg, 180mg, 240mg	1	
DIURETICS		
<i>acetazolamide</i> CP12 500mg; TABS 125mg, 250mg	1	
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	1	
<i>amiloride hcl</i> TABS 5mg	1	
<i>bumetanide</i> SOLN .25mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	
<i>chlorthalidone</i> TABS 25mg, 50mg	1	
<i>furosemide</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/5ml; TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	
<i>furosemide inj</i> SOLN 10mg/ml	1	
<i>hydrochlorothiazide</i> CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	1	
<i>indapamide</i> TABS 1.25mg, 2.5mg	1	
<i>methazolamide</i> TABS 25mg, 50mg	1	
<i>metolazone</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	1	
<i>torsemide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	1	

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg	1	
MISCELLANEOUS		
aliskiren fumarate TABS 150mg, 300mg	1	
clonidine PTWK .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr	1	
clonidine hcl TABS .1mg, .2mg, .3mg	1	
CORLANOR SOLN 5mg/5ml	1	QL (450 mL / 30 days)
digoxin SOLN .05mg/ml, .25mg/ml	1	
digoxin TABS 125mcg, 250mcg	1	QL (30 tabs / 30 days)
droxidopa CAPS 100mg	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
droxidopa CAPS 200mg, 300mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
epinephrine (anaphylaxis) SOLN 1mg/ml	1	
guanfacine hcl TABS 1mg, 2mg	1	PA; PA applies if 70 years and older
hydralazine hcl SOLN 20mg/ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	
ivabradine hcl TABS 5mg, 7.5mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
metirosine CAPS 250mg	1	NDS, NM, PA
midodrine hcl TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
minoxidil TABS 2.5mg, 10mg	1	
ranolazine TB12 500mg, 1000mg	1	
VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
NITRATES		
isosorbide dinitrate TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	1	
isosorbide mononitrate TB24 30mg, 60mg, 120mg	1	
NITRO-BID OINT 2%	1	
nitroglycerin PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SOLN .4mg/spray; SUBL .3mg, .4mg, .6mg	1	
PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION		
alyq TABS 20mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
ambrisentan TABS 5mg, 10mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>bosentan</i> TABS 62.5mg, 125mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>OPSUMIT</i> TABS 10mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	1	QL (360 tabs / 30 days), NM, PA
<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	1	NDS, NM, PA

CENTRAL NERVOUS SYSTEM

ANTI-ANXIETY

<i>alprazolam</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	1	QL (150 tabs / 30 days)
<i>buspirone hcl</i> TABS 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg, 30mg	1	
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml	1	QL (150 mL / 30 days)
<i>lorazepam</i> SOLN 4mg/ml, 20mg/10ml	1	
<i>lorazepam</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	QL (150 tabs / 30 days)
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml	1	QL (150 mL / 30 days)

ANTI-DEMENTIA

<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 5mg; TBDP 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 10mg; TBDP 10mg	1	
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml	1	QL (200 mL / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> TABS 4mg, 8mg, 12mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>memantine hcl</i> CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml; TABS 5mg, 10mg	1	PA; PA applies if 29 years and younger
<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack</i>	1	PA; PA applies if 29 years and younger
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 14-10 mg</i>	1	
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 21-10 mg</i>	1	
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 28-10 mg</i>	1	
NAMZARIC CAP 7-10MG	1	
NAMZARIC CAP 14-10MG	1	
NAMZARIC CAP 21-10MG	1	
NAMZARIC CAP 28-10MG	1	
NAMZARIC CAP PACK	1	

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>rivastigmine</i> PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr	1	QL (30 patches / 30 days)
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg	1	QL (60 caps / 30 days)
ANTIDEPRESSANTS		
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	1	
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	1	
AUVELITY TAB 45-105MG	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg	1	
<i>bupropion hcl</i> TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl</i> TB24 300mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 10mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>clomipramine hcl</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg	1	PA
<i>desipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	1	
<i>desvenlafaxine succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg; CONC 10mg/ml	1	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg	1	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 20mg, 30mg, 60mg	1	QL (60 caps / 30 days)
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr	1	NDS, QL (30 patches / 30 days), PA
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	
FETZIMA CP24 20mg, 40mg	1	QL (60 caps / 30 days), PA
FETZIMA CP24 80mg, 120mg	1	QL (30 caps / 30 days), PA
FETZIMA CAP TITRATIO	1	QL (2 packs / year), PA
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg; SOLN 20mg/5ml	1	
<i>imipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg	1	
MARPLAN TABS 10mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>mirtazapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 30mg, 45mg; TBDP 15mg, 30mg, 45mg	1	

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>nefazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	1	
<i>nortriptyline hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg; SOLN 10mg/5ml	1	
<i>paroxetine hcl</i> SUSP 10mg/5ml	1	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>paroxetine hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	
<i>phenelzine sulfate</i> TABS 15mg	1	
<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	
RALDESY SOLN 10mg/ml	1	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>sertraline hcl</i> CONC 20mg/ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>tranylcypromine sulfate</i> TABS 10mg	1	
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg, 50mg	1	QL (120 caps / 30 days)
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg	1	QL (60 caps / 30 days)
TRINTELLIX TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>venlafaxine hcl</i> CP24 37.5mg, 75mg, 150mg; TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	1	
<i>vilazodone hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
ZURZUVAE CAPS 20mg, 25mg	1	NDS, QL (28 caps / 14 days), NM, PA
ZURZUVAE CAPS 30mg	1	NDS, QL (14 caps / 14 days), NM, PA
ANTIPARKINSONIAN AGENTS		
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg	1	QL (120 caps / 30 days)
<i>amantadine hcl</i> SOLN 50mg/5ml; TABS 100mg	1	
<i>benztropine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	1	
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>bromocriptine mesylate</i> CAPS 5mg; TABS 2.5mg	1	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i>	1	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	1	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	1	

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg	1	
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg	1	
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg	1	
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg	1	
entacapone TABS 200mg	1	
INBRIJA CAPS 42mg	1	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA
pramipexole dihydrochloride TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	1	
rasagiline mesylate TABS .5mg, 1mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
ropinirole hydrochloride TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	1	
selegiline hcl CAPS 5mg; TABS 5mg	1	
trihexyphenidyl hcl SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg	1	PA; PA applies if 70 years and older
ANTIPSYCHOTICS		
ABILIFY ASIMTUFII PRSY 720mg/2.4ml, 960mg/3.2ml	1	NDS, QL (1 syringe / 56 days)
ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg	1	NDS, QL (1 injection / 28 days)
aripiprazole SOLN 1mg/ml	1	QL (900 mL / 30 days)
aripiprazole TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
aripiprazole TBDP 10mg, 15mg	1	QL (60 tabs / 30 days), ST
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml	1	NDS, QL (1 syringe / 56 days)
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	1	NDS
asenapine maleate SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days)

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>chlorpromazine hcl</i> CONC 30mg/ml, 100mg/ml; SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1	
<i>clozapine</i> TABS 25mg, 50mg	1	
<i>clozapine</i> TABS 100mg	1	QL (270 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TABS 200mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	1	PA
<i>clozapine</i> TBDP 100mg	1	QL (270 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 150mg	1	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 200mg	1	QL (120 tabs / 30 days), PA
COBENFY CAP 50-20MG	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA
COBENFY CAP 100-20MG	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA
COBENFY CAP 125-30MG	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA
COBENFY STRT CAP PACK	1	NDS, QL (2 packs / year), PA
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
FANAPT PAK	1	QL (2 packs / year), PA
<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	1	
<i>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>haloperidol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	
<i>haloperidol decanoate</i> SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	1	
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	1	
INVEGA HAFYERA SUSY 1092mg/3.5ml, 1560mg/5ml	1	NDS, QL (1 injection / 180 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml	1	QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml	1	NDS, QL (1 syringe / 90 days)
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	1	
<i>lurasidone hcl</i> TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lurasidone hcl</i> TABS 80mg	1	QL (60 tabs / 30 days)

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
LYBALVI TAB 5-10MG	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 10-10MG	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 15-10MG	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 20-10MG	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	1	
NUPLAZID CAPS 34mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
NUPLAZID TABS 10mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>olanzapine</i> SOLR 10mg	1	QL (3 vials / 1 day)
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TBDP 5mg, 15mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days), ST
<i>olanzapine</i> TBDP 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days), ST
OPIPZA FILM 2mg, 5mg	1	NDS, QL (30 films / 30 days), PA
OPIPZA FILM 10mg	1	NDS, QL (90 films / 30 days), PA
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg, 3mg, 9mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>paliperidone</i> TB24 6mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	1	
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	1	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 300mg, 400mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> SOLN 1mg/ml	1	QL (240 mL / 30 days)

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>risperidone</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	1	
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg	1	QL (60 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone</i> TBDP 4mg	1	QL (120 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg	1	QL (90 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone microspheres</i> SRER 12.5mg, 25mg	1	QL (2 injections / 28 days)
<i>risperidone microspheres</i> SRER 37.5mg, 50mg	1	NDS, QL (2 injections / 28 days)
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr	1	NDS, QL (30 patches / 30 days)
<i>thioridazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>thiothixene</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
<i>trifluoperazine hcl</i> TABS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml	1	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA
VRAYLAR CAPS 1.5mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days)
VRAYLAR CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days)
<i>ziprasidone hcl</i> CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>ziprasidone mesylate</i> SOLR 20mg	1	QL (6 injections / 3 days)
ANTISEIZURE AGENTS		
APTOM TABS 200mg, 400mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
APTOM TABS 600mg, 800mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
BRIVIACT SOLN 10mg/ml	1	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg, 200mg; CP12 100mg, 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TABS 200mg; TB12 100mg, 200mg, 400mg	1	
<i>clobazam</i> SUSP 2.5mg/ml	1	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>clobazam</i> TABS 10mg, 20mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>clonazepam</i> TABS 2mg; TBDP 2mg	1	QL (300 tabs / 30 days)

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>clonazepam</i> TABS .5mg, 1mg; TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg	1	QL (180 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
DIACOMIT CAPS 250mg	1	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, PA
DIACOMIT CAPS 500mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
DIACOMIT PACK 250mg	1	NDS, QL (360 packets / 30 days), NM, PA
DIACOMIT PACK 500mg	1	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml	1	QL (1200 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
<i>diazepam</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg	1	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	1	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	1	
<i>diazepam intensol</i> CONC 5mg/ml	1	QL (240 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
DILANTIN CAPS 30mg	1	
<i>divalproex sodium</i> CSDR 125mg; TB24 250mg, 500mg; TBEC 125mg, 250mg, 500mg	1	
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml	1	NDS, QL (600 mL / 30 days), NM, PA
<i>epitol</i> TABS 200mg	1	
EPRONTIA SOLN 25mg/ml	1	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>ethosuximide</i> CAPS 250mg; SOLN 250mg/5ml	1	
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml; TABS 400mg, 600mg	1	

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml	1	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, PA
FYCOMPA SUSP .5mg/ml	1	NDS, QL (720 mL / 30 days), PA
FYCOMPA TABS 2mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>gabapentin</i> CAPS 100mg, 300mg	1	QL (360 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> CAPS 400mg	1	QL (270 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> SOLN 250mg/5ml, 300mg/6ml	1	QL (2160 mL / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 600mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 800mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> SOLN 200mg/20ml	1	
<i>lacosamide</i> TABS 50mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> TABS 100mg, 150mg, 200mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>lacosamide oral</i> SOLN 10mg/ml	1	QL (1200 mL / 30 days)
<i>lamotrigine</i> CHEW 5mg, 25mg; TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	
<i>lamotrigine</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg	1	ST
<i>levetiracetam</i> SOLN 100mg/ml, 500mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	1	
LEVETIRACETAM TB3D 250mg	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 500 mg/100ml	1	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1000 mg/100ml	1	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1500 mg/100ml	1	
LIBERVANT FILM 5mg, 7.5mg, 10mg, 12.5mg, 15mg	1	QL (10 buccal films / 30 days)
<i>methsuximide</i> CAPS 300mg	1	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	1	QL (10 nasal units per 30 days)
<i>oxcarbazepine</i> SUSP 300mg/5ml; TABS 150mg, 300mg, 600mg	1	
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml	1	QL (1500 mL / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>phenobarbital</i> TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg	1	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>phenytek</i> CAPS 200mg, 300mg	1	

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

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

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>vigabatrin</i> PACK 500mg	1	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
<i>vigabatrin</i> TABS 500mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
<i>vigadrone</i> PACK 500mg	1	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
<i>vigadrone</i> TABS 500mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
VIGAFYDE SOLN 100mg/ml	1	NDS, QL (900 mL / 30 days), NM, PA
<i>vigpoder</i> PACK 500mg	1	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
XCOPRI TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
XCOPRI TABS 150mg, 200mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
XCOPRI PAK 12.5-25	1	QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 50-100MG	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 100-150	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
ZONISADE SUSP 100mg/5ml	1	NDS, QL (900 mL / 30 days), PA
<i>zonisamide</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	1	
ZTALMY SUSP 50mg/ml	1	NDS, QL (1100 mL / 30 days), NM, PA
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER		
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	1	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>atomoxetine hcl CAPS 10mg, 18mg, 25mg</i>	1	QL (120 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 40mg</i>	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 60mg, 80mg, 100mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 2.5mg, 5mg</i>	1	QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 10mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>guanfacine hcl (adhd) TB24 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>guanfacine hcl (adhd) TB24 3mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>methylphenidate hcl CHEW 2.5mg, 5mg, 10mg; TABS 5mg, 10mg</i>	1	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl SOLN 5mg/5ml</i>	1	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl SOLN 10mg/5ml</i>	1	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl TABS 20mg; TBCR 10mg, 20mg</i>	1	QL (90 tabs / 30 days), PA

HYPNOTICS

<i>DAYVIGO TABS 5mg, 10mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl (sleep) TABS 3mg, 6mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>eszopiclone TABS 1mg, 2mg, 3mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>tasimelteon CAPS 20mg</i>	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA

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

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

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

MIGRAINE

<i>AIMOVIG</i> SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml	1	QL (1 pen / 30 days), NM, PA
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	1	NDS
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 4mg/ml	1	NDS, QL (8 mL / 30 days), PA
<i>EMGALITY</i> SOAJ 120mg/ml	1	QL (2 pens / 30 days), NM, PA
<i>EMGALITY</i> SOSY 100mg/ml	1	QL (3 syringes / 30 days), NM, PA
<i>EMGALITY</i> SOSY 120mg/ml	1	QL (2 syringes / 30 days), NM, PA
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	1	QL (40 tabs / 28 days), PA
<i>naratriptan hcl</i> TABS 1mg, 2.5mg	1	QL (12 tabs / 30 days)
<i>NURTEC</i> TBDP 75mg	1	QL (16 tabs / 30 days), PA
<i>QULIPTA</i> TABS 10mg, 30mg, 60mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg	1	QL (18 tabs / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 5mg/act	1	QL (24 units / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 20mg/act	1	QL (12 units / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml	1	QL (18 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml	1	QL (12 injections / 30 days)

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

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

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>fingolimod hcl</i> CAPS .5mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 20mg/ml	1	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 40mg/ml	1	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
<i>glatopa</i> SOSY 20mg/ml	1	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatopa</i> SOSY 40mg/ml	1	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml	1	NDS, QL (16 pens / 365 days), NM, PA
MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS		
<i>baclofen</i> TABS 5mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>baclofen</i> TABS 10mg, 20mg	1	
<i>carisoprodol</i> TABS 350mg	1	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>cyclobenzaprine hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	QL (90 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>dantrolene sodium</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>methocarbamol</i> TABS 500mg	1	QL (360 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>methocarbamol</i> TABS 750mg	1	QL (240 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>tizanidine hcl</i> TABS 2mg, 4mg	1	
NARCOLEPSY/CATAPLEXY		
<i>armodafinil</i> TABS 50mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>armodafinil</i> TABS 150mg, 200mg, 250mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>modafinil</i> TABS 100mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>modafinil</i> TABS 200mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
SODIUM OXYBATE SOLN 500mg/ml	1	NDS, QL (540 mL / 30 days), NM, PA

PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC

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

ENDOCRINE AND METABOLIC

ANDROGENS

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

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
testosterone pump GEL 1.62%	1	QL (150 gm / 30 days), PA
ANTIDIABETICS		
acarbose TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
FARXIGA TABS 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
glimepiride TABS 1mg, 2mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
glimepiride TABS 4mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
glipizide TABS 5mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
glipizide TABS 10mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
glipizide TB24 2.5mg, 5mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
glipizide TB24 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
glipizide xl TB24 2.5mg, 5mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
glipizide xl TB24 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-500MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-500MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 100-1000	1	QL (30 tabs / 30 days)
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
JARDIANCE TABS 10mg, 25mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-500	1	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-850	1	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
metformin hcl TABS 500mg	1	QL (150 tabs / 30 days)
metformin hcl TABS 850mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
metformin hcl TABS 1000mg	1	QL (75 tabs / 30 days)
metformin hcl TB24 500mg	1	QL (120 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
metformin hcl TB24 750mg	1	QL (60 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
MOUNJARO SOAJ 2.5mg/0.5ml, 5mg/0.5ml, 7.5mg/0.5ml, 10mg/0.5ml, 12.5mg/0.5ml, 15mg/0.5ml	1	QL (4 pens / 28 days), PA
nateglinide TABS 60mg, 120mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml	1	QL (1 pen / 28 days), PA

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

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

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

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

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD MIS CLASSIC	1	QL (15 pods / 30 days), PA
SOLQUA INJ 100/33	1	QL (5 pens / 25 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	1	
TOUJEO SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	1	
TRESIBA SOLN 100unit/ml	1	
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml	1	
XULTOPHY INJ 100/3.6	1	QL (5 pens / 30 days)
CALCIUM REGULATORS		
<i>alendronate sodium</i> SOLN 70mg/75ml	1	ST
<i>alendronate sodium</i> TABS 10mg, 35mg, 70mg	1	
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	1	B/D
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	1	B/D
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	1	B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	1	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml	1	QL (1 syringe / 180 days), NM
<i>risedronate sodium</i> TABS 5mg, 35mg, 150mg	1	
<i>risedronate sodium</i> TBEC 35mg	1	ST
TERIPARATIDE SOPN 620mcg/2.48ml	1	NDS, NM, PA
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	1	NDS, NM, PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 5mg/100ml	1	B/D, NM

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

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

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY 104mg/0.65ml	1	
desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15- 0.02/0.01 mg(21/5)	1	
dolishale	1	
drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3- 0.02-0.451 mg	1	
drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3- 0.03-0.451 mg	1	
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg	1	
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg	1	
elinest	1	
eluryng	1	
emzahh TABS .35mg	1	
enilloring	1	
enpresse-28	1	
enskyce	1	
errin TABS .35mg	1	
estarylla	1	
ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg	1	
ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg	1	
etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12- 0.015 mg/24hr	1	
falmina	1	
feirza 1.5/30	1	
feirza 1/20	1	
finzala	1	
hailey 1.5/30	1	
hailey 24 fe	1	
haloette	1	
heather TABS .35mg	1	
iclevia	1	
incassia TABS .35mg	1	
introvale	1	
isibloom	1	
jasmiel	1	
jolessa	1	
juleber	1	

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

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

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

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

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

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>ocella</i>	1	
<i>philith</i>	1	
<i>pimtrea</i>	1	
<i>portia-28</i>	1	
<i>reclipsen</i>	1	
<i>rivelsa</i>	1	
<i>setlakin</i>	1	
<i>sharobel</i> TABS .35mg	1	
<i>simliya</i>	1	
<i>simpesse</i>	1	
<i>sprintec 28</i>	1	
<i>sronyx</i>	1	
<i>syeda</i>	1	
<i>tarina 24 fe</i>	1	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	1	
<i>tilia fe</i>	1	
<i>tri-estarylla</i>	1	
<i>tri-legest fe</i>	1	
<i>tri-linyah</i>	1	
<i>tri-lo-estarylla</i>	1	
<i>tri-lo-marzia</i>	1	
<i>tri-lo-mili</i>	1	
<i>tri-lo-sprintec</i>	1	
<i>tri-mili</i>	1	
<i>tri-nymyo</i>	1	
<i>tri-sprintec</i>	1	
<i>tri-vylibra</i>	1	
<i>tri-vylibra lo</i>	1	
<i>trivora-28</i>	1	
<i>turqoz</i>	1	
<i>tydemy</i>	1	
<i>valtya 1/50</i>	1	
<i>velivet</i>	1	
<i>vestura</i>	1	
<i>vienva</i>	1	
<i>viorele</i>	1	
<i>vyfemla</i>	1	
<i>vylibra</i>	1	
<i>wera</i>	1	
<i>wymzya fe</i>	1	
<i>xarah fe</i>	1	
<i>xulane</i>	1	
<i>zafemy</i>	1	
<i>zovia 1/35</i>	1	
<i>zumandimine</i>	1	

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ESTROGENS		
<i>dotti</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	1	
<i>estradiol</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr; PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr; TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	1	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	1	
<i>estradiol vaginal</i> CREA .1mg/gm; TABS 10mcg	1	
<i>estradiol valerate</i> OIL 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml	1	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	1	
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	1	
<i>jinteli</i>	1	
<i>lyllana</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	1	
<i>mimvey</i>	1	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	1	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	1	
<i>yuvaferm</i> TABS 10mcg	1	
GLUCOCORTICOIDS		
<i>dexamethasone</i> ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	1	
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml; SOSY 4mg/ml	1	
<i>fludrocortisone acetate</i> TABS .1mg	1	
<i>hydrocortisone</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	
<i>hydrocortisone sod succinate</i> SOLR 100mg	1	
<i>methylprednisolone</i> TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg	1	B/D
<i>methylprednisolone</i> TBP 4mg	1	
<i>methylprednisolone acetate</i> SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	1	B/D

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>methylprednisolone sod succ</i> SOLR 40mg, 125mg, 1000mg	1	B/D
<i>prednisolone</i> SOLN 15mg/5ml	1	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 5mg/5ml, 15mg/5ml, 25mg/5ml	1	B/D
<i>prednisone</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	1	B/D
<i>prednisone</i> TBPK 5mg, 10mg	1	
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	1	B/D
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	1	
GLUCOSE ELEVATING AGENTS		
<i>diazoxide</i> SUSP 50mg/ml	1	NDS
ZEGALOGUE SOAJ .6mg/0.6ml; SOSY .6mg/0.6ml	1	
MISCELLANEOUS		
ALDURAZIME SOLN 2.9mg/5ml	1	NDS, NM, PA
<i>betaine powder for oral solution</i>	1	NDS, NM
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	1	
<i>carglumic acid</i> TBSO 200mg	1	NDS, NM, PA
CERDELGA CAPS 84mg	1	NDS, NM, PA
CEREZYME SOLR 400unit	1	NDS, NM, PA
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 30mg, 60mg	1	B/D, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 90mg	1	NDS, B/D, QL (120 tabs / 30 days), NM
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	1	NM, PA
<i>desmopressin acetate</i> SOLN 4mcg/ml	1	NDS
<i>desmopressin acetate</i> TABS .1mg, .2mg	1	
<i>desmopressin acetate spray</i> SOLN .01%	1	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	1	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	1	NDS, NM, PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	1	NDS, NM, PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .2mg	1	NM, PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	1	NDS, NM, PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	1	NDS, NM, PA
<i>javygtor</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	1	NDS, NM, PA
<i>lanreotide acetate</i> SOLN 120mg/0.5ml	1	NDS, NM, PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	1	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	1	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg	1	NDS, NM, PA

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg)	1	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH KIT 45mg	1	NDS, NM, PA
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i> TABS 300mg	1	NDS, NM, PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	1	NDS, NM, PA
<i>nitisinone</i> CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	NDS, NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	1	NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	1	NDS, NM, PA
<i>raloxifene hcl</i> TABS 60mg	1	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	1	NDS, NM, PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	1	NDS, NM, PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	1	NDS, NM, PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	1	NDS, NM, PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	1	NDS, NM, PA
SYNAREL SOLN 2mg/ml	1	NDS, PA
VEOZAH TABS 45mg	1	PA
PROGESTINS		
<i>gallifrey</i> TABS 5mg	1	
<i>medroxyprogesterone acetate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>megestrol acetate</i> SUSP 40mg/ml	1	
<i>megestrol acetate (appetite)</i> SUSP 625mg/5ml	1	PA
<i>norethindrone acetate</i> TABS 5mg	1	
<i>progesterone</i> CAPS 100mg, 200mg	1	
THYROID AGENTS		
<i>euthyrox</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1	
<i>levo-t</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
<i>levothyroxine sodium</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>levoxyol</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1	
<i>liothyronine sodium</i> TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	1	
<i>methimazole</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>propylthiouracil</i> TABS 50mg	1	
SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
<i>unithroid</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
VITAMIN D ANALOGS		
<i>calcitriol</i> CAPS .25mcg, .5mcg	1	B/D
<i>calcitriol (oral)</i> SOLN 1mcg/ml	1	B/D
<i>paricalcitol</i> CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg	1	B/D
GASTROINTESTINAL		
ANTIEMETICS		
<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 80mg, 125mg	1	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	1	B/D
<i>compro</i> SUPP 25mg	1	
<i>dronabinol</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	B/D, QL (60 caps / 30 days)
<i>granisetron hcl</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	1	
<i>granisetron hcl</i> TABS 1mg	1	B/D
<i>meclizine hcl</i> TABS 12.5mg, 25mg	1	
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml; TABS 5mg, 10mg	1	
<i>ondansetron</i> TBP 4mg, 8mg	1	B/D
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml; SOSY 4mg/2ml	1	
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/5ml; TABS 4mg, 8mg	1	B/D
<i>prochlorperazine</i> SUPP 25mg	1	
<i>prochlorperazine edisylate</i> SOLN 10mg/2ml	1	
<i>prochlorperazine maleate</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>promethazine hcl</i> SOLN 6.25mg/5ml, 25mg/ml, 50mg/ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	1	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days	1	QL (10 patches / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ANTISPASMODICS		
<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; SOLN 10mg/5ml; TABS 20mg	1	
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glycopyrrolate</i> TABS 2mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
H2-RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml; SUSR 40mg/5ml; TABS 20mg, 40mg	1	
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i>	1	
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	1	
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg	1	
<i>budesonide</i> CPEP 3mg	1	QL (90 caps / 30 days), PA
<i>budesonide</i> TB24 9mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> ENEM 100mg/60ml	1	
<i>mesalamine</i> CP24 .375gm	1	QL (120 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> CPDR 400mg	1	QL (180 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm	1	QL (1680 mL / 28 days)
<i>mesalamine</i> SUPP 1000mg	1	QL (30 suppositories / 30 days)
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	1	QL (28 bottles / 28 days)
<i>sulfasalazine</i> TABS 500mg; TBEC 500mg	1	
LAXATIVES		
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>gavilyte-c</i>	1	
<i>gavilyte-g</i>	1	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	1	
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	1	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	1	
PLENVU SOL	1	

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	1	
MISCELLANEOUS		
<i>alosetron hcl TABS 1mg</i>	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>alosetron hcl TABS .5mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
CREON CAP 3000UNIT	1	
CREON CAP 6000UNIT	1	
CREON CAP 12000UNT	1	
CREON CAP 24000UNT	1	
CREON CAP 36000UNT	1	
<i>cromolyn sodium (mastocytosis) CONC 100mg/5ml</i>	1	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml</i>	1	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i>	1	
GATTEX KIT 5mg	1	NDS, NM, PA
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>loperamide hcl CAPS 2mg</i>	1	
<i>misoprostol TABS 100mcg, 200mcg</i>	1	
MOVANTIK TABS 12.5mg, 25mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml	1	NDS, QL (28 syringes / 28 days), PA
<i>sucralfate TABS 1gm</i>	1	
<i>ursodiol CAPS 300mg; TABS 250mg, 500mg</i>	1	
VOWST CAP	1	NDS, QL (12 caps / 30 days), NM, PA
XERMELO TABS 250mg	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
XIFAXAN TABS 550mg	1	NDS, PA
ZENPEP CAP 3000UNIT	1	
ZENPEP CAP 5000UNIT	1	
ZENPEP CAP 10000UNT	1	
ZENPEP CAP 15000UNT	1	
ZENPEP CAP 20000UNT	1	
ZENPEP CAP 25000UNT	1	
ZENPEP CAP 40000UNT	1	
ZENPEP CAP 60000UNT	1	
PROTON PUMP INHIBITORS		
<i>esomeprazole magnesium CPDR 20mg, 40mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>lansoprazole CPDR 15mg, 30mg</i>	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>omeprazole CPDR 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>pantoprazole sodium SOLR 40mg; TBEC 20mg, 40mg</i>	1	
<i>rabeprazole sodium TBEC 20mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
GENITOURINARY		
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA		
<i>alfuzosin hcl</i> TB24 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>dutasteride</i> CAPS .5mg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>finasteride</i> TABS 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tadalafil</i> TABS 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>tamsulosin hcl</i> CAPS .4mg	1	QL (60 caps / 30 days)
MISCELLANEOUS		
<i>acetic acid</i> SOLN .25%	1	
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	1	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	1	
URINARY ANTISPASMODICS		
<i>fesoterodine fumarate</i> TB24 4mg, 8mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>GEMTESA</i> TABS 75mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>MYRBETRIQ</i> SRER 8mg/ml	1	QL (300 mL / 28 days)
<i>MYRBETRIQ</i> TB24 25mg, 50mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> SOLN 5mg/5ml	1	QL (600 mL / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TABS 5mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 10mg, 15mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>solifenacin succinate</i> TABS 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tolterodine tartrate</i> CP24 2mg, 4mg	1	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>tolterodine tartrate</i> TABS 1mg, 2mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>trospium chloride</i> TABS 20mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
VAGINAL ANTI-INFECTIVES		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> CREA 2%	1	
<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	1	
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	1	
HEMATOLOGIC		
ANTICOAGULANTS		
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> CAPS 75mg, 150mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> CAPS 110mg	1	QL (120 caps / 30 days)

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ELIQUIS TABS 2.5mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
ELIQUIS TABS 5mg	1	QL (74 tabs / 30 days)
ELIQUIS STARTER PACK TBPk 5mg	1	QL (74 tabs / 30 days)
<i>enoxaparin sodium</i> SOLN 300mg/3ml; SOSY 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml	1	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 2.5mg/0.5ml	1	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	1	NDS
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	1	
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	1	B/D
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	
<i>rivaroxaban</i> TABS 2.5mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	
XARELTO SUSR 1mg/ml	1	QL (620 mL / 30 days)
XARELTO TABS 2.5mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
XARELTO STAR TAB 15/20MG	1	QL (51 tabs / 30 days)
HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS		
FULPHILA SOSY 6mg/0.6ml	1	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	1	NM, PA
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	1	NDS, NM, PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	1	NDS, NM, PA
MISCELLANEOUS		
ALVAIZ TABS 9mg, 54mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
ALVAIZ TABS 18mg, 36mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	1	
BERINERT KIT 500unit	1	NDS, QL (24 boxes / 30 days), NM, PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	1	
DOPTLET TABS 20mg	1	NDS, NM, PA
HAEGARDA SOLR 2000unit	1	NDS, QL (30 vials / 30 days), NM, PA
HAEGARDA SOLR 3000unit	1	NDS, QL (20 vials / 30 days), NM, PA
<i>icatibant acetate</i> SOSY 30mg/3ml	1	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
<i>l-glutamine (sickle cell)</i> PACK 5gm	1	NDS, NM, PA

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	1	
<i>sajazir</i> SOSY 30mg/3ml	1	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
SIKLOS TABS 100mg	1	
SIKLOS TABS 1000mg	1	NDS
TAVNEOS CAPS 10mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>tranexamic acid</i> SOLN 1000mg/10ml; TABS 650mg	1	
PLATELET AGGREGATION INHIBITORS		
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	1	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	1	
<i>clopidogrel bisulfate</i> TABS 75mg	1	
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>prasugrel hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>ticagrelor</i> TABS 90mg	1	
IMMUNOLOGIC AGENTS		
AUTOIMMUNE AGENTS		
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
ADALIMUMAB-AACF (2 SYRING PSKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (56 syringes / 365 days), NM, PA
ADALIMUMAB-AACF STARTER P AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
COSENTYX SOLN 125mg/5ml	1	NDS, NM, PA
COSENTYX SOSY 75mg/0.5ml	1	NDS, QL (16 syringes / 365 days), NM, PA
COSENTYX SOSY 150mg/ml	1	NDS, QL (32 syringes / 365 days), NM, PA
COSENTYX SENSOREADY PEN SOAJ 150mg/ml	1	NDS, QL (32 pens / 365 days), NM, PA
COSENTYX UNOREADY SOAJ 300mg/2ml	1	NDS, QL (16 pens / 365 days), NM, PA
DUPIXENT SOAJ 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	1	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
DUPIXENT SOSY 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	1	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml	1	NDS, QL (16 vials / 28 days), NM, PA

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml	1	NDS, QL (16 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 50mg/ml	1	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml	1	NDS, QL (8 cartridges / 28 days), NM, PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml	1	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml	1	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 20mg/0.2ml	1	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN AJKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (6 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN AJKT 80mg/0.8ml	1	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	1	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START AJKT 80mg/0.8ml	1	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S AJKT 80mg/0.8ml	1	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
IDACIO (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
IDACIO (2 SYRINGE) PSKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (56 syringes / 365 days), NM, PA
IDACIO CROHN INJ DISEASE AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	1	NDS, NM, PA
REMICADE SOLR 100mg	1	NDS, NM, PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	1	NDS, NM, PA
RINVOQ TB24 15mg, 30mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
RINVOQ TB24 45mg	1	NDS, QL (168 tabs / year), NM, PA
RINVOQ LQ SOLN 1mg/ml	1	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, PA
SKYRIZI SOCT 180mg/1.2ml, 360mg/2.4ml	1	NDS, QL (1 cartridge / 56 days), NM, PA
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml	1	NDS, NM, PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml	1	NDS, QL (6 syringes / 365 days), NM, PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml	1	NDS, QL (6 pens / 365 days), NM, PA

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
SOTYKTU TABS 6mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml	1	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, PA
STELARA SOLN 130mg/26ml	1	NDS, NM, PA
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOAJ 100mg/ml	1	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOAJ 200mg/2ml	1	NDS, QL (2 pens / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOLN 200mg/20ml	1	NDS, NM, PA
TREMFYA SOSY 100mg/ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOSY 200mg/2ml	1	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
TREMFYA INDUCTION PACK FO SOAJ 200mg/2ml	1	NDS, QL (2 pens / 28 days), NM, PA
TYENNE SOAJ 162mg/0.9ml	1	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
TYENNE SOLN 80mg/4ml, 200mg/10ml, 400mg/20ml	1	NDS, NM, PA
TYENNE SOSY 162mg/0.9ml	1	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
VELSIPITY TABS 2mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ SOLN 1mg/ml	1	NDS, QL (480 mL / 24 days), NM, PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS)		
hydroxychloroquine sulfate TABS 200mg	1	
JYLAMVO SOLN 2mg/ml	1	B/D
leflunomide TABS 10mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
methotrexate sodium TABS 2.5mg	1	
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	1	B/D
IMMUNOGLOBULINS		
ALYGLO SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	1	NDS, NM, PA

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml, 10%	1	NDS, NM, PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 5gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/400ml	1	NDS, NM, PA
GAMASTAN INJ	1	B/D, NM
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	1	NDS, NM, PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	1	NDS, NM, PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	1	NDS, NM, PA
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	1	NDS, NM, PA
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	1	NDS, NM, PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	1	NDS, NM, PA
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	1	NDS, NM, PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	1	NDS, NM, PA
IMMUNOMODULATORS		
ACTIMMUNE SOLN 100mcg/0.5ml	1	NDS, NM, PA
ARCALYST SOLR 220mg	1	NDS, NM, PA
IMMUNOSUPPRESSANTS		
ASTAGRAF XL CP24 5mg	1	NDS, B/D, NM
ASTAGRAF XL CP24 .5mg, 1mg	1	B/D, NM
azathioprine TABS 50mg	1	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOSY 200mg/ml	1	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	1	NDS, NM, PA
cyclosporine CAPS 25mg, 100mg	1	B/D, NM
cyclosporine modified (for microemulsion) CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	1	B/D, NM
everolimus (immunosuppressant) TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	1	NDS, B/D, NM
engraf CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	1	B/D, NM
mycophenolate mofetil CAPS 250mg; TABS 500mg	1	B/D, NM
mycophenolate mofetil SUSR 200mg/ml	1	NDS, B/D, NM
mycophenolate sodium TBEC 180mg, 360mg	1	B/D, NM
NULOJIX SOLR 250mg	1	NDS, B/D, NM

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	1	B/D, NM
REZUROCK TABS 200mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sirolimus</i> SOLN 1mg/ml	1	NDS, B/D, NM
<i>sirolimus</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	B/D, NM
<i>tacrolimus</i> CAPS .5mg, 1mg, 5mg	1	B/D, NM
VACCINES		
ABRYVO SOLR 120mcg/0.5ml	1	
ACTHIB INJ	1	
ADACEL INJ	1	
AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	1	
BCG VACCINE SOLR 50mg	1	
BEXSERO SUSY .5ml	1	
BOOSTRIX INJ	1	
DAPTACEL INJ	1	
DENGVAIXIA SUS	1	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	1	B/D
ENGRIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	1	B/D
GARDASIL 9 SUSP .5ml; SUSY .5ml	1	
HAVRIX SUSP 1440elu/ml; SUSY 720elu/0.5ml	1	
HEPLISAV-B SOSY 20mcg/0.5ml	1	B/D
HIBERIX SOLR 10mcg	1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	1	B/D
INFANRIX INJ	1	
IPOL INJ INACTIVE	1	
IXCHIQ INJ	1	
IXIARO INJ	1	
JYNNEOS SUSP .5ml	1	B/D
KINRIX INJ	1	
M-M-R II INJ	1	
MENACTRA INJ	1	
MENQUADFI SOLN .5ml	1	
MENVEO INJ	1	
MENVEO SOL	1	
MRESVIA SUSY 50mcg/0.5ml	1	
PEDIARIX INJ 0.5ML	1	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	1	
PENBRAYA INJ	1	

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
PENTACEL INJ	1	
PRIORIX INJ	1	
PROQUAD INJ	1	
QUADRACEL INJ 0.5ML	1	
RABAVERT INJ	1	B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml; SUSY 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml	1	B/D
ROTARIX SUS	1	
ROTATEQ SOL	1	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml	1	QL (2 vials per lifetime)
TENIVAC INJ 5-2LF	1	B/D
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	1	
TRUMENBA SUSY .5ml	1	
TWINRIX INJ	1	
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	1	
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	1	
VARIVAX SUSR 1350pfu/0.5ml	1	
VAXCHORA SUS	1	
VIVOTIF CAP EC	1	
YF-VAX INJ	1	

NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS

ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE

D2.5W/NACL INJ 0.45%	1
D10W/NACL INJ 0.2%	1
dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%	1
dextrose 5% in lactated ringers	1
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%	1
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%	1
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%	1
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%	1
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%	1
dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%	1
ISOLYTE-P INJ /D5W	1
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	1
kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	1
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj	1
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj	1
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	1
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj	1
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj	1

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj	1	
kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	1	
kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj	1	
kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	1	
kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj	1	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	1	
lactated ringer's solution	1	
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	1	
magnesium sulfate SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%	1	
magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml	1	
multiple electrolytes ph 5.5	1	
multiple electrolytes ph 7.4	1	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	1	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	1	
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	1	
potassium chloride SOLN 2meq/ml, 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml	1	
potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj	1	
sodium chloride SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%	1	
TPN ELECTROL INJ	1	B/D
ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL		
klor-con PACK 20meq	1	
klor-con 8 TBCR 8meq	1	
klor-con 10 TBCR 10meq	1	
klor-con m10 TBCR 10meq	1	
klor-con m15 TBCR 15meq	1	
klor-con m20 TBCR 20meq	1	
M-NATAL PLUS TAB	1	

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>potassium chloride</i> CPCR 8meq, 10meq; PACK 20meq; SOLN 10%, 20%; TBCR 8meq, 10meq, 20meq	1	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals</i> TBCR 10meq, 15meq, 20meq	1	
PRENATAL TAB 27-1MG	1	
PRENATAL TAB PLUS	1	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	1	
WESTAB PLUS TAB 27-1MG	1	
IV NUTRITION		
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	1	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	1	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	1	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	1	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	1	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	1	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	1	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	1	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	1	B/D
<i>dextrose</i> SOLN 5%, 10%	1	
<i>dextrose</i> SOLN 50%, 70%	1	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	1	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	1	B/D
<i>plenamine</i>	1	B/D
PREMASOL SOL 10%	1	NDS, B/D
PROSOL INJ 20%	1	B/D
TRAVASOL INJ 10%	1	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	1	B/D
OPHTHALMIC		
ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY		
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	1	
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	1	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	1	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	1	

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ANTI-INFECTIVES		
<i>bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	1	
BESIVANCE SUSP .6%	1	
CILOXAN OINT .3%	1	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%</i>	1	
<i>erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm</i>	1	
<i>gatifloxacin (ophth) SOLN .5%</i>	1	
<i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%</i>	1	QL (12 mL / 30 days)
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	1	
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	1	
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	1	
<i>ofloxacin (ophth) SOLN .3%</i>	1	
<i>polycin ophth oint</i>	1	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%</i>	1	
<i>tobramycin (ophth) SOLN .3%</i>	1	
<i>trifluridine SOLN 1%</i>	1	
XDEMVI SOLN .25%	1	NDS, NM, PA
ZIRGAN GEL .15%	1	
ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>bromfenac sodium (ophth) SOLN .07%, .075%</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%</i>	1	
<i>diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%</i>	1	
<i>difluprednate EMUL .05%</i>	1	
FLAREX SUSP .1%	1	
<i>fluorometholone (ophth) SUSP .1%</i>	1	
<i>flurbiprofen sodium SOLN .03%</i>	1	
<i>ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .4%, .5%</i>	1	
LOTEMAX OINT .5%	1	
<i>loteprednol etabonate SUSP .2%</i>	1	
<i>prednisolone acetate (ophth) SUSP 1%</i>	1	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	1	

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ANTIALLERGICS		
<i>azelastine hcl (ophth)</i> SOLN .05%	1	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> SOLN 4%	1	
ZERVIAE SOLN .24%	1	
ANTIGLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> SOLN .5%	1	
BETOPTIC-S SUSP .25%	1	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .15%, .2%	1	
<i>brinzolamide</i> SUSP 1%	1	
<i>carteolol hcl (ophth)</i> SOLN 1%	1	
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	1	
<i>dorzolamide hcl</i> SOLN 2%	1	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln</i> 2-0.5%	1	
<i>latanoprost</i> SOLN .005%	1	
<i>levobunolol hcl</i> SOLN .5%	1	
LUMIGAN SOLN .01%	1	
<i>pilocarpine hcl</i> SOLN 1%, 2%, 4%	1	
RHOPRESSA SOLN .02%	1	
ROCKLATAN DRO	1	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	1	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLG .25%, .5%; SOLN .25%, .5%	1	
VYZULTA SOLN .024%	1	
MISCELLANEOUS		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	1	
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> SOLN 1%	1	
CYSTADROPS SOLN .37%	1	NDS, NM, PA
CYSTARAN SOLN .44%	1	NDS, NM, PA
EYSUVIS SUSP .25%	1	
MIEBO SOLN 1.338gm/ml	1	
<i>proparacaine hcl</i> SOLN .5%	1	
RESTASIS EMUL .05%	1	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	1	
XIIDRA SOLN 5%	1	
OTIC		
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid (otic)</i> SOLN 2%	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp</i> 0.3-0.1%	1	
<i>flac</i> OIL .01%	1	
<i>fluocinolone acetoneide (otic)</i> OIL .01%	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln</i> 1%	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp</i> 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%	1	

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>ofloxacin (otic) SOLN .3%</i>	1	
RESPIRATORY		
ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	1	QL (60 blisters / 30 days)
BEVESPI AER 9-4.8MCG	1	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE	1	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	1	QL (4 inhalers / 28 days)
COMBIVENT AER 20-100	1	QL (2 inhalers / 30 days)
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	1	B/D
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	1	QL (60 blisters / 30 days)
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	1	QL (60 blisters / 30 days)
ANTICHOLINERGICS		
ATROVENT HFA AERS 17mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days)
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh	1	QL (30 blisters / 30 days)
<i>ipratropium bromide SOLN .02%</i>	1	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal) SOLN .03%, .06%</i>	1	
ANTI-HISTAMINES		
<i>azelastine hcl SOLN .1%</i>	1	
<i>cetirizine hcl SOLN 5mg/5ml</i>	1	QL (300 mL / 30 days)
<i>cyproheptadine hcl SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg</i>	1	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>diphenhydramine hcl SOLN 50mg/ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl SOLN 25mg/ml, 50mg/ml</i>	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>hydroxyzine hcl SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg</i>	1	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS 25mg, 50mg	1	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> SOLN 2.5mg/5ml	1	QL (300 mL / 30 days)
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
BETA AGONISTS		
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proair HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proventil HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Ventolin HFA)
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083%, .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	1	B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 2mg, 4mg	1	
<i>levalbuterol hcl</i> NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	1	B/D
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days), ST
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose	1	QL (60 inhalations / 30 days)
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	1	
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days)
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act	1	QL (6 inhalers / 30 days)
LEUKOTRIENE MODULATORS		
<i>montelukast sodium</i> CHEW 4mg, 5mg; PACK 4mg; TABS 10mg	1	
<i>zafirlukast</i> TABS 10mg, 20mg	1	
MISCELLANEOUS		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	1	B/D
ALYFTREK TAB 4-20-50	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
ALYFTREK TAB 10-50-125	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	1	NDS, NM, PA
BRONCHITOL CAPS 40mg	1	NDS, QL (560 caps / 28 days), NM, PA
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	1	B/D
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	1	(generic of EpiPen)

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml	1	(generic of Adrenaclick)
FASENRA SOSY 10mg/0.5ml, 30mg/ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	1	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
KALYDECO PACK 5.8mg, 13.4mg, 25mg, 50mg, 75mg	1	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
KALYDECO TABS 150mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 75-94MG	1	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 100-125	1	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 150-188	1	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI TAB 100-125	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
ORKAMBI TAB 200-125	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> CAPS 267mg	1	NDS, QL (270 caps / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 267mg	1	NDS, QL (270 tabs / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 534mg, 801mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml	1	NDS, NM, PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	1	NDS, NM, PA
<i>roflumilast</i> TABS 250mcg	1	QL (56 tabs / year)
<i>roflumilast</i> TABS 500mcg	1	QL (30 tabs / 30 days)
SYMDEKO TAB 50-75MG	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
SYMDEKO TAB 100-150	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
THEO-24 CP24 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	1	
<i>theophylline</i> ELIX 80mg/15ml; SOLN 80mg/15ml; TB12 100mg, 200mg, 300mg, 450mg; TB24 400mg, 600mg	1	

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TRIKAFTA PAK 59.5MG	1	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA PAK 75MG	1	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOAJ 75mg/0.5ml, 300mg/2ml	1	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOAJ 150mg/ml	1	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOLR 150mg	1	NDS, QL (8 vials / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOSY 75mg/0.5ml, 300mg/2ml	1	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOSY 150mg/ml	1	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg, 4000mg, 5000mg	1	NDS, NM, PA
NASAL STEROIDS		
<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025%	1	QL (3 bottles / 30 days)
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act	1	QL (1 bottle / 30 days)
XHANCE EXHU 93mcg/act	1	QL (32 mL / 30 days), PA
STEROID INHALANTS		
ALVESCO AERS 80mcg/act	1	QL (3 inhalers / 30 days)
ALVESCO AERS 160mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days)
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act	1	QL (30 inhalations / 30 days)
<i>budesonide (inhalation)</i> SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	1	B/D
STEROID/BETA-AGONIST COMBINATIONS		
ADVAIR HFA AER 45/21	1	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 115/21	1	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 230/21	1	QL (1 inhaler / 30 days)
AIRSUPRA AER 90-80MCG	1	QL (3 inhalers / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	1	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 100-25	1	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 200-25	1	QL (60 blisters / 30 days)
<i>breyana</i>	1	QL (3 inhalers / 30 days)

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 80-4.5 mcg/act</i>	1	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 160-4.5 mcg/act</i>	1	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 50-5MCG	1	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 100-5MCG	1	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 200-5MCG	1	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act</i>	1	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i>	1	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i>	1	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>wixela inhub</i>	1	QL (60 inhalations / 30 days)

TOPICAL

DERMATOLOGY, ACNE

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

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS		
<i>gentamicin sulfate (topical)</i> CREA .1%; OINT .1%	1	QL (30 gm / 30 days)
<i>mupirocin</i> OINT 2%	1	QL (220 gm / 30 days)
<i>silver sulfadiazine</i> CREA 1%	1	
<i>ssd</i> CREA 1%	1	
SULFAMYLON CREA 85mg/gm	1	QL (453.6 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS		
<i>ciclopirox</i> SHAM 1%	1	QL (120 mL / 30 days)
<i>ciclopirox olamine</i> CREA .77%	1	QL (90 gm / 30 days)
<i>ciclopirox olamine</i> SUSP .77%	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> CREA 1%	1	QL (45 gm / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> SOLN 1%	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i>	1	QL (45 gm / 30 days)
<i>econazole nitrate</i> CREA 1%	1	QL (85 gm / 30 days)
<i>ketoconazole (topical)</i> CREA 2%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>ketoconazole (topical)</i> SHAM 2%	1	QL (120 mL / 30 days)
<i>klayesta</i> POWD 100000unit/gm	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>nyamyc</i> POWD 100000unit/gm	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm	1	QL (30 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> POWD 100000unit/gm	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystop</i> POWD 100000unit/gm	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>selenium sulfide</i> LOTN 2.5%	1	
DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS		
<i>acitretin</i> CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	1	PA
<i>calcipotriene</i> CREA .005%; OINT .005%	1	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>calcipotriene</i> SOLN .005%	1	QL (120 mL / 30 days), PA
<i>calcitrene</i> OINT .005%	1	QL (120 gm / 30 days), PA
ENSTILAR AER	1	NDS, QL (120 gm / 30 days), PA
<i>tazarotene</i> CREA .05%, .1%	1	QL (60 gm / 30 days), PA
TAZORAC CREA .05%	1	QL (60 gm / 30 days), PA
DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS		
<i>ala-cort</i> CREA 1%	1	
<i>alclometasone dipropionate</i> CREA .05%; OINT .05%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> CREA .05%; OINT .05%	1	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> LOTN .05%	1	QL (120 mL / 30 days)

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

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

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4%	1	QL (50 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5%	1	B/D, QL (30 gm / 30 days)
<i>lidocan</i> PTCH 5%	1	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>tridacaine ii</i> PTCH 5%	1	QL (3 patches / 1 day), PA
DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE		
<i>bexarotene (topical)</i> GEL 1%	1	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA
<i>diclofenac sodium (topical)</i> SOLN 1.5%	1	QL (300 mL / 28 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 5%	1	QL (40 gm / 30 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN 2%, 5%	1	QL (10 mL / 30 days)
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 1%, 2.5%	1	
<i>imiquimod</i> CREA 5%	1	QL (24 packets / 30 days)
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> CREA 12%; LOTN 12%	1	
<i>metronidazole (topical)</i> CREA .75%; GEL .75%	1	QL (45 gm / 30 days)
<i>metronidazole (topical)</i> LOTN .75%	1	QL (59 mL / 30 days)
<i>nitroglycerin (intra-anal)</i> OINT .4%	1	QL (30 gm / 30 days)
PANRETIN GEL .1%	1	NDS, QL (60 gm / 30 days), PA
<i>pimecrolimus</i> CREA 1%	1	QL (100 gm / 30 days), PA
<i>podofilox</i> SOLN .5%	1	QL (7 mL / 28 days)
<i>procto-med hc</i> CREA 2.5%	1	
<i>proctocort</i> CREA 1%	1	
<i>proctosol hc</i> CREA 2.5%	1	
<i>proctozone-hc</i> CREA 2.5%	1	
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1%	1	QL (100 gm / 30 days), PA
VALCHLOR GEL .016%	1	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA
DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES		
<i>malathion</i> LOTN .5%	1	QL (59 mL / 30 days)
<i>permethrin</i> CREA 5%	1	QL (60 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS		
REGRANEX GEL .01%	1	NDS, QL (30 gm / 30 days), PA
SANTYL OINT 250unit/gm	1	QL (180 gm / 30 days)
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> SOLN .9%	1	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	1	
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS		
<i>cevimeline hcl</i> CAPS 30mg	1	

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i> SOLN .12%	1	
<i>clotrimazole</i> TROC 10mg	1	QL (150 lozenges / 30 days)
<i>kourzeq</i> PSTE .1%	1	
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> SOLN 2%	1	
<i>nystatin (mouth-throat)</i> SUSP 100000unit/ml	1	
<i>periogard</i> SOLN .12%	1	
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> TABS 5mg, 7.5mg	1	
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i> PSTE .1%	1	

_PART B

DIABETIC METERS AND TEST STRIPS

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

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

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

D. فهرس الأدوية الخاضعة للتغطية

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

<i>abacavir sulfate</i> 22	ADALIMUMAB-AACF	<i>alyacen 1/35</i> 68
<i>abacavir sulfate-</i>	STARTER P 81	<i>alyacen 7/7/7</i> 68
<i>lamivudine tab 600-</i>	<i>adefovir dipivoxil</i> ... 25	ALYFTREK TAB 10-50-
<i>300 mg</i> 24	ADMELOG 65	125..... 92
ABELCET 22	ADMELOG SOLOSTAR	ALYFTREK TAB 4-20-
ABILIFY ASIMTUFII . 51	 65	50 92
ABILIFY MAINTENA . 51	ADVAIR HFA AER	ALYGLO..... 83
<i>abiraterone acetate</i> . 30	115/21 94	<i>alyq</i> 47
ABRYSVO 85	ADVAIR HFA AER	<i>amantadine hcl</i> 50
<i>acamprosate calcium</i>	230/21 94	<i>ambrisentan</i> 47
..... 63	ADVAIR HFA AER	<i>amethia</i> 68
<i>acarbose</i> 64	45/21 94	<i>amethyst</i> 68
<i>accutane</i> 95	<i>afirmelle</i> 68	<i>amikacin sulfate</i> 20
<i>acebutolol hcl</i> 45	AIMOVIG 60	<i>amiloride &</i>
<i>acetaminophen w/</i>	AIRSUPRA AER 90-	<i>hydrochlorothiazide</i>
<i>codeine soln 120-12</i>	80MCG 94	<i>tab 5-50 mg</i> 46
<i>mg/5ml</i> 19	AKEEGA TAB 100/500	<i>amiloride hcl</i> 46
<i>acetaminophen w/</i>	 30	<i>amiodarone hcl</i> 44
<i>codeine tab 300-15</i>	AKEEGA TAB	<i>amitriptyline hcl</i> 49
<i>mg</i> 19	50/500MG 30	<i>amlodipine besylate</i> 46
<i>acetaminophen w/</i>	<i>ala-cort</i> 96	<i>amlodipine besylate-</i>
<i>codeine tab 300-30</i>	<i>albendazole</i> 20	<i>benazepril hcl cap</i>
<i>mg</i> 19	<i>albuterol sulfate</i> 92	10-20 mg 41
<i>acetaminophen w/</i>	<i>alclometasone</i>	<i>amlodipine besylate-</i>
<i>codeine tab 300-60</i>	<i>dipropionate</i> 96	<i>benazepril hcl cap</i>
<i>mg</i> 19	ALCOHOL SWABS: BD-	10-40 mg 41
<i>acetazolamide</i> 46	EMBECTA/MHC/RUG	<i>amlodipine besylate-</i>
<i>acetic acid</i> 79	BY 65	<i>benazepril hcl cap</i>
<i>acetic acid (otic)</i> 90	ALDURAZYME 74	2.5-10 mg 41
<i>acetylcysteine</i> 92	ALECENSA 32	<i>amlodipine besylate-</i>
<i>acitretin</i> 96	<i>alendronate sodium</i> 67	<i>benazepril hcl cap 5-</i>
ACTHIB INJ 85	<i>alfuzosin hcl</i> 79	10 mg 41
ACTIMMUNE..... 84	<i>aliskiren fumarate</i> .. 47	<i>amlodipine besylate-</i>
<i>acyclovir</i> 25	<i>allopurinol</i> 18	<i>benazepril hcl cap 5-</i>
<i>acyclovir sodium</i> 25	<i>alosetron hcl</i> 78	20 mg 41
ADACEL INJ 85	<i>alprazolam</i> 48	<i>amlodipine besylate-</i>
ADALIMUMAB-AACF (2	<i>altavera</i> 68	<i>benazepril hcl cap 5-</i>
PEN) 81	ALUNBRIG..... 32	40 mg 41
ADALIMUMAB-AACF (2	ALUNBRIG PAK 32	<i>amlodipine besylate-</i>
SYRING 81	ALVAIZ 80	<i>olmesartan</i>
	ALVESCO 94	

<i>medoxomil tab 10-20 mg</i> 42	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i> 27	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i> 59
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i> 42	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i> 28	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i> 59
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i> 42	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i> 28	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i> 59
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i> 42	<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i> 28	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i> 58
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i> 42	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i> 58	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i> 58
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i> 42	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i> 58	<i>amphotericin b</i> 22
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i> 42	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i> 58	<i>amphotericin b liposome</i> 22
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i> 42	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i> 58	<i>ampicillin</i> 28
<i>amnestem</i> 95	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i> 58	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i> 28
<i>amoxapine</i> 49	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i> 58	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i> 28
<i>amoxicillin</i> 27	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i> 58	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i> 28
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i> 27	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i> 59	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i> 28
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i> 27	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i> 59	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i> 28
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i> ... 27		<i>ampicillin sodium</i> ... 28
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i> 27		<i>anagrelide hcl</i> 80
		<i>anastrozole</i> 30
		<i>ANORO ELLIPT AER 62.5-25</i> 91
		<i>aprepitant</i> 76

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



<i>aprepitant capsule</i>	<i>aurovela fe 1.5/30 .</i>	<i>benazepril &</i>
<i>therapy pack 80 &</i>	<i>aurovela fe 1/20</i>	<i>hydrochlorothiazide</i>
<i>125 mg .....76</i>	AUSTEDO..... 61	<i>tab 5-6.25mg..... 41</i>
<i>apri.....68</i>	AUSTEDO XR 61	<i>benazepril hcl 41</i>
APTIOM.....54	AUSTEDO XR TAB	BENDAMUSTINE
APTIVUS.....22	TITR KIT 61	HYDROCHLORID.. 29
ARALAST NP .....92	AUVELITY TAB 45-	BENDEKA 29
<i>aranelle.....68</i>	105MG..... 49	BENLYSTA 84
ARCALYST .....84	<i>aviane 68</i>	<i>benzoyl peroxide-</i>
AREXVY.....85	<i>ayuna..... 68</i>	<i>erythromycin gel 5-</i>
ARIKAYCE.....20	AYVAKIT 32	<i>3% 95</i>
<i>aripiprazole.....51</i>	<i>azacitidine 29</i>	<i>benztropine mesylate</i>
ARISTADA .....51	<i>azathioprine 84</i>	 50
ARISTADA INITIO...51	<i>azelastine hcl 91</i>	BERINERT 80
<i>armodafinil .....62</i>	<i>azelastine hcl (ophth)</i>	BESIVANCE 89
ARNUITY ELLIPTA...94	 90	BESREMI..... 31
<i>asenapine maleate..51</i>	<i>azithromycin 27</i>	<i>betaine powder for</i>
<i>ashlyna .....68</i>	<i>aztreonam 20</i>	<i>oral solution..... 74</i>
<i>aspirin-dipyridamole</i>	<i>azurette..... 68</i>	<i>betamethasone</i>
<i>cap er 12hr 25-200</i>	<i>bacitracin</i>	<i>dipropionate</i>
<i>mg.....81</i>	<i>(ophthalmic)..... 89</i>	<i>(topical) 96</i>
ASTAGRAF XL .....84	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	<i>betamethasone</i>
<i>atazanavir sulfate...23</i>	<i>ophth oint 89</i>	<i>dipropionate</i>
<i>atenolol.....45</i>	<i>bacitracin-polymyxin-</i>	<i>augmented 97</i>
<i>atenolol &</i>	<i>neomycin-hc ophth</i>	<i>betamethasone</i>
<i>chlorthalidone tab</i>	<i>oint 1% 88</i>	<i>valerate..... 97</i>
<i>100-25 mg.....45</i>	<i>baclofen..... 62</i>	BETASERON..... 61
<i>atenolol &</i>	BAFIERTAM 61	<i>betaxolol hcl .....45</i>
<i>chlorthalidone tab</i>	<i>balsalazide disodium</i>	<i>betaxolol hcl (ophth)</i>
<i>50-25 mg .....45</i>	 77	 90
<i>atomoxetine hcl .....59</i>	BALVERSA..... 32	<i>bethanechol chloride</i>
<i>atorvastatin calcium44</i>	<i>balziva..... 68</i>	 79
<i>atovaquone.....20</i>	BARACLUDE 25	BETOPTIC-S 90
<i>atovaquone-proguanil</i>	BASAGLAR KWIKPEN	BEVESPI AER 9-
<i>hcl tab 250-100 mg</i>	 65	4.8MCG..... 91
.....22	BCG VACCINE..... 85	<i>bexarotene 31</i>
<i>atovaquone-proguanil</i>	<i>benazepril &</i>	<i>bexarotene (topical)98</i>
<i>hcl tab 62.5-25 mg</i>	<i>hydrochlorothiazide</i>	BEXSERO 85
.....22	<i>tab 10-12.5 mg .. 41</i>	<i>bicalutamide 30</i>
ATROPINE SULFATE 90	<i>benazepril &</i>	BICILLIN L-A 28
<i>atropine sulfate</i>	<i>hydrochlorothiazide</i>	BIKTARVY TAB 30-
<i>(ophthalmic) .....90</i>	<i>tab 20-12.5 mg .. 41</i>	120-15 MG 24
ATROVENT HFA .....91	<i>benazepril &</i>	BIKTARVY TAB 50-
<i>aubra eq .....68</i>	<i>hydrochlorothiazide</i>	200-25 MG 24
AUGTYRO .....32	<i>tab 20-25 mg 41</i>	<i>bisoprolol &</i>
<i>aurovela 1/20 .....68</i>		<i>hydrochlorothiazide</i>
<i>aurovela 24 fe.....68</i>		<i>tab 10-6.25 mg... 45</i>

<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide</i> <i>tab 2.5-6.25 mg ..</i> 45	<i>budesonide (inhalation)</i> 94	<i>butorphanol tartrate</i> 19
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide</i> <i>tab 5-6.25 mg</i> 45	<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 160-4.5 mcg/act</i> 95	<i>cabergoline.....</i> 74
<i>bisoprolol fumarate.</i> 45	<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 80-4.5 mcg/act</i> 95	<i>CABOMETYX</i> 33
<i>BIVIGAM</i> 84	<i>bumetanide.....</i> 46	<i>calcipotriene</i> 96
<i>blisovi 24 fe</i> 68	<i>buprenorphine</i> 18	<i>calcitonin (salmon) spray</i> 67
<i>blisovi fe 1.5/30</i> 68	<i>buprenorphine hcl ..</i> 63	<i>calcitrene</i> 96
<i>BOOSTRIX INJ</i> 85	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv).....</i> 63	<i>calcitriol</i> 76
<i>bortezomib</i> 32	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv).....</i> 63	<i>calcitriol (oral)</i> 76
<i>BORTEZOMIB.....</i> 32	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i> 63	<i>CALQUENCE.....</i> 33
<i>bosentan</i> 48	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i> 63	<i>camila.....</i> 68
<i>BOSULIF.....</i> 32, 33	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv).....</i> 63	<i>camrese</i> 68
<i>BRAFTOVI.....</i> 33	<i>bupropion hcl</i> 49	<i>camrese lo</i> 68
<i>BREO ELLIPTA INH 100-25</i> 94	<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> 63	<i>candesartan cilexetil</i> 43
<i>BREO ELLIPTA INH 200-25</i> 94	<i>buspirone hcl.....</i> 48	<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg ...</i> 42
<i>BREO ELLIPTA INH 50-25MCG</i> 94		<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg ...</i> 42
<i>breyana</i> 94		<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg.....</i> 42
<i>BREZTRI AERO AER SPHERE</i> 91		<i>CAPLYTA</i> 51
<i>BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)</i> 91		<i>CAPRELSA</i> 33
<i>briellyn.....</i> 68		<i>captopril.....</i> 41
<i>BRILINTA</i> 81		<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg.....</i> 41
<i>brimonidine tartrate</i> 90		<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg.....</i> 41
<i>brinzolamide</i> 90		<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg.....</i> 41
<i>BRIVIACT</i> 54		<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg.....</i> 41
<i>bromfenac sodium (ophth).....</i> 89		<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i> 50
<i>bromocriptine mesylate</i> 50		
<i>BRONCHITOL</i> 92		
<i>BRUKINSA</i> 33		
<i>budesonide</i> 77		

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



carb/levo orally	CEFAZOLIN INJ	chlorthalidone	46
disintegrating tab	1GM/50ML.....	cholestyramine	44
25-100mg.....	26	cholestyramine light	44
carb/levo orally	cefazolin sodium	ciclopirox.....	96
disintegrating tab	CEFAZOLIN SOLN	ciclopirox olamine...	96
25-250mg.....	2GM/100ML-4%..	cilostazol.....	80
carbamazepine	26	CILOXAN	89
54	CEFAZOLIN/DEX SOL	CIMDUO TAB 300-300	
carbidopa & levodopa	1GM/50ML-4% ...	.....	24
tab 10-100 mg	26	cinacalcet hcl	74
50	CEFAZOLIN/DEX SOL	ciprofloxacin 200	
carbidopa & levodopa	2GM/50ML-3% ...	mg/100ml in d5w	27
tab 25-100 mg	26	ciprofloxacin 400	
50	CEFAZOLIN/DEX SOL	mg/200ml in d5w	27
carbidopa & levodopa	3GM/150ML-4%..	ciprofloxacin hcl	27
tab 25-250 mg	26	ciprofloxacin hcl	
50	CEFAZOLIN/DEX SOL	(ophth)	89
carbidopa & levodopa	3GM/50ML-2% ...	ciprofloxacin-	
tab er 25-100 mg	26	dexamethasone otic	
50	cefdinir	susp 0.3-0.1%	90
carbidopa & levodopa	26	cisplatin	29
tab er 50-200 mg	26	citalopram	
50	cefepime hcl.....	hydrobromide	49
carbidopa-levodopa-	26	claravis	95
entacapone tabs	26	clarithromycin	27
12.5-50-200 mg ..	26	clindamycin hcl	20
50	cefotetan disodium.	clindamycin palmitate	
carbidopa-levodopa-	26	hydrochloride	20
entacapone tabs	26	clindamycin phosphate	
18.75-75-200 mg	26	.....	20
50	cefoxitin sodium	clindamycin phosphate	
carbidopa-levodopa-	26	(topical)	95
entacapone tabs	26	clindamycin phosphate	
25-100-200 mg	26	in d5w iv soln	300
51	cefpodoxime proxetil	mg/50ml	20
carbidopa-levodopa-	26	clindamycin phosphate	
entacapone tabs	26	in d5w iv soln	600
31.25-125-200 mg	26	mg/50ml	20
51	cefprozil.....	clindamycin phosphate	
carbidopa-levodopa-	26	in d5w iv soln	900
entacapone tabs	26	mg/50ml	20
37.5-150-200 mg	26	clindamycin phosphate	
51	ceftazidime	vaginal.....	79
carbidopa-levodopa-	26	CLINDMYC/NAC INJ	
entacapone tabs	26	300/50ML.....	20
50-	ceftriaxone sodium.	CLINDMYC/NAC INJ	
200-200 mg	26	600/50ML.....	20
51	cefuroxime axetil ...		
carboplatin	26		
29	cefuroxime sodium.		
carglumic acid	18		
74	celecoxib		
carisoprodol	26		
62	cephalexin		
carteolol hcl (ophth)	26		
90	CEQUR SIMPL KIT		
cartia xt	PATCH 2U (3-DAY)		
46	.....		
carvedilol.....	65		
45	CEQUR SIMPL KIT		
caspofungin acetate	PATCH 2U (4-DAY)		
22	.....		
CAYSTON	65		
20	CEQUR SIMPL MIS		
cefaclor	INSERTER		
26	66		
cefadroxil	CERDELGA		
26	74		
CEFAZOLIN.....	CEREZYME		
26	74		
	cetirizine hcl.....		
	91		
	cevimeline hcl		
	98		
	chateal eq.....		
	68		
	CHEMET.....		
	68		
	chlorhexidine		
	gluconate (mouth-		
	throat).....		
	99		
	chloroquine phosphate		
			
	22		
	chlorpromazine hcl.		
	52		

CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML 20	COBENFY CAP 50- 20MG 52	CREON CAP 6000UNIT 78
CLINIMIX INJ 4.25/D10 88	COBENFY STRT CAP PACK 52	<i>cromolyn sodium</i> 92
CLINIMIX INJ 4.25/D5W 88	<i>colchicine</i> 18	<i>cromolyn sodium</i> (<i>mastocytosis</i>) 78
CLINIMIX INJ 5%/D15W 88	<i>colchicine w/</i> <i>probenecid tab 0.5-</i> <i>500 mg</i> 18	<i>cromolyn sodium</i> (<i>ophth</i>) 90
CLINIMIX INJ 5%/D20W 88	<i>colesevelam hcl</i> 44	<i>cryselle-28</i> 68
CLINIMIX INJ 6/5 ... 88	<i>colestipol hcl</i> 44	<i>cyclobenzaprine hcl</i> 62
CLINIMIX INJ 8/10.. 88	<i>colistimethate sodium</i> 20	<i>cyclophosphamide</i> .. 29
CLINIMIX INJ 8/14.. 88	COMBIGAN SOL 0.2/0.5% 90	CYCLOPHOSPHAMIDE 29
<i>clinisol sf 15%</i> 88	COMBIVENT AER 20- 100 91	CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR 29
CLINOLIPID EMU 20% 88	COMETRIQ (60MG DOSE) 33	<i>cycloserine</i> 25
<i>clobazam</i> 54	COMETRIQ KIT 100MG 33	<i>cyclosporine</i> 84
<i>clobetasol propionate</i> 97	COMETRIQ KIT 140MG 33	<i>cyclosporine modified</i> (<i>for microemulsion</i>) 84
<i>clobetasol propionate</i> <i>e</i> 97	COMPLERA TAB 24	<i>cyproheptadine hcl</i> . 91
<i>clomipramine hcl</i> 49	<i>compro</i> 76	<i>cyred eq</i> 68
<i>clonazepam</i> 54, 55	<i>constulose</i> 77	CYSTADROPS 90
<i>clonidine</i> 47	COPAXONE 61	CYSTAGON 74
<i>clonidine hcl</i> 47	COPIKTRA 33	CYSTARAN 90
<i>clopidogrel bisulfate</i> 81	CORLANOR 47	<i>cytarabine</i> 29
<i>clorazepate</i> <i>dipotassium</i> 55	COSENTYX 81	D10W/NACL INJ 0.2% 86
<i>clotrimazole</i> 99	COSENTYX SENSOREADY PEN81	D2.5W/NACL INJ 0.45% 86
<i>clotrimazole (topical)</i> 96	COSENTYX UNOREADY 81	<i>dabigatran etexilate</i> <i>mesylate</i> 79
<i>clotrimazole w/</i> <i>betamethasone</i> <i>cream 1-0.05%</i> ... 96	COTELLIC 33	<i>dalfampridine</i> 61
<i>clozapine</i> 52	CREON CAP 12000UNT 78	<i>danazol</i> 63
COARTEM TAB 20- 120MG 22	CREON CAP 24000UNT 78	<i>dantrolene sodium</i> .. 62
COBENFY CAP 100- 20MG 52	CREON CAP 3000UNIT 78	DANZITEN 33
COBENFY CAP 125- 30MG 52	CREON CAP 36000UNT 78	<i>dapsone</i> 20
		DAPTACEL INJ 85
		<i>daptomycin</i> 20
		DAPTOMYCIN 20
		<i>darunavir</i> 23
		<i>dasatinib</i> 33
		<i>dasetta 1/35</i> 68

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



<i>dasetta 7/7/7</i>.....68	<i>dexmethylphenidate</i>	<i>dihydroergotamine</i>
DAURISMO .....33	<i>hcl</i> .....59	<i>mesylate</i> .....60
<i>daysee</i> .....68	<i>dextrose</i> .....88	DILANTIN .....55
DAYVIGO.....59	<i>dextrose 10% w/</i>	<i>diltiazem hcl</i> .....46
<i>deblitane</i> .....68	<i>sodium chloride</i>	<i>diltiazem hcl coated</i>
<i>deferasirox</i> .....68	<i>0.45%</i> .....86	<i>beads</i>.....46
DELSTRIGO TAB.....24	<i>dextrose 2.5% w/</i>	<i>diltiazem hcl extended</i>
DENG VAXIA SUS ....85	<i>sodium chloride</i>	<i>release beads</i>.....46
DEPO-SUBQ PROVERA	<i>0.45%</i> .....86	<i>dilt-xr</i> .....46
104.....69	<i>dextrose 5% in</i>	DIP/TET PED INJ 25-
<i>depo-testosterone</i> ..63	<i>lactated ringers</i> ...86	5LFU .....85
DESCOVY TAB 120-	<i>dextrose 5% w/</i>	<i>diphenhydramine hcl</i>
15MG .....24	<i>sodium chloride</i>	91
DESCOVY TAB	<i>0.2%</i> .....86	<i>diphenoxylate w/</i>
200/25MG .....24	<i>dextrose 5% w/</i>	<i>atropine liq 2.5-</i>
<i>desipramine hcl</i> .....49	<i>sodium chloride</i>	<i>0.025 mg/5ml</i> .....78
<i>desmopressin acetate</i>	<i>0.225%</i> .....86	<i>diphenoxylate w/</i>
.....74	<i>dextrose 5% w/</i>	<i>atropine tab 2.5-</i>
<i>desmopressin acetate</i>	<i>sodium chloride</i>	<i>0.025 mg</i> .....78
<i>spray</i> .....74	<i>0.3%</i> .....86	<i>dipyridamole</i>.....81
<i>desmopressin acetate</i>	<i>dextrose 5% w/</i>	<i>disopyramide</i>
<i>spray refrigerated</i> 74	<i>sodium chloride</i>	<i>phosphate</i> .....44
<i>desogest-eth estrad &</i>	<i>0.45%</i> .....86	<i>disulfiram</i> .....63
<i>eth estrad tab 0.15-</i>	<i>dextrose 5% w/</i>	<i>divalproex sodium</i> ..55
<i>0.02/0.01 mg(21/5)</i>	<i>sodium chloride</i>	<i>docetaxel</i> .....32
.....69	<i>0.9%</i> .....86	DOCETAXEL.....32
<i>desvenlafaxine</i>	DIACOMIT.....55	DOCIVYX.....32
<i>succinate</i> .....49	<i>diazepam</i> .....55	<i>dofetilide</i> .....44
<i>dexamethasone</i> .....73	<i>diazepam</i>	<i>dolishale</i> .....69
DEXAMETHASONE	<i>(anticonvulsant)</i> ..55	<i>donepezil</i>
INTENSOL.....73	<i>diazepam inj</i> .....55	<i>hydrochloride</i> .....48
<i>dexamethasone</i>	<i>diazepam intensol</i> ..55	DOPTLET .....80
<i>sodium phosphate</i> 73	<i>diazoxide</i> .....74	<i>dorzolamide hcl</i>.....90
<i>dexamethasone</i>	<i>diclofenac potassium</i>	<i>dorzolamide hcl-</i>
<i>sodium phosphate</i>	18	<i>timolol maleate</i>
<i>(ophth)</i>.....89	<i>diclofenac sodium</i> ..18	<i>ophth soln 2-0.5%</i>
DEXCOM G6 MIS	<i>diclofenac sodium</i>	90
RECEIVER .....99	<i>(ophth)</i> .....89	<i>dotti</i> .....73
DEXCOM G6 MIS	<i>diclofenac sodium</i>	DOVATO TAB 50-
SENSOR .....99	<i>(topical)</i> .....98	300MG .....24
DEXCOM G6 MIS	<i>dicloxacin sodium</i> 28	<i>doxazosin mesylate</i> 42
TRANSMIT .....99	<i>dicyclomine hcl</i> .....77	<i>doxepin hcl</i>.....49
DEXCOM G7 MIS	DIFICID .....27	<i>doxepin hcl (sleep)</i> .59
RECEIVER .....99	<i>diflunisal</i> .....18	<i>doxorubicin hcl</i>.....31
DEXCOM G7 MIS	<i>difluprednate</i> .....89	<i>doxorubicin hcl</i>
SENSOR .....99	<i>digoxin</i> .....47	<i>liposomal</i>.....31
		<i>doxy 100</i>.....28

<i>doxycycline</i> (monohydrate) 28	<i>efavirenz-lamivudine-</i> <i>tenofovir df tab 400-</i> <i>300-300 mg</i> 24	<i>endocet tab 2.5-</i> <i>325mg</i> 19
<i>doxycycline hyclate</i> . 28	<i>efavirenz-lamivudine-</i> <i>tenofovir df tab 600-</i> <i>300-300 mg</i> 24	<i>endocet tab 5-325mg</i> 19
DRIZALMA SPRINKLE 49	ELIGARD..... 30	<i>endocet tab 7.5-</i> <i>325mg</i> 19
<i>dronabinol</i> 76	<i>elinest</i> 69	ENGERIX-B..... 85
<i>drospirenone-ethinyl</i> <i>estradiol tab 3-0.02</i> <i>mg</i> 69	ELIQUIS 80	<i>enilloring</i> 69
<i>drospirenone-ethinyl</i> <i>estradiol tab 3-0.03</i> <i>mg</i> 69	ELIQUIS STARTER PACK 80	<i>enoxaparin sodium</i> . 80
<i>drospirenone-ethinyl</i> <i>estradiol tab 3-0.03</i> <i>mg</i> 69	<i>eluryng</i> 69	<i>enpresse-28</i> 69
<i>drospirenone-ethinyl</i> <i>estradiol-levomefolate</i> <i>tab 3-0.02-0.451</i> <i>mg</i> 69	EMGALITY 60	<i>enskyce</i> 69
<i>drospirenone-ethinyl</i> <i>estradiol-levomefolate</i> <i>tab 3-0.03-0.451</i> <i>mg</i> 69	EMSAM 49	ENSTILAR AER 96
<i>droxidopa</i> 47	<i>emtricitabine</i> 23	<i>entacapone</i> 51
DULERA AER 100- 5MCG 95	<i>emtricitabine-tenofovir</i> <i>disoproxil fumarate</i> <i>tab 100-150 mg</i> .. 24	<i>entecavir</i> 25
DULERA AER 200- 5MCG 95	<i>emtricitabine-tenofovir</i> <i>disoproxil fumarate</i> <i>tab 133-200 mg</i> .. 24	ENTRESTO CAP 15- 16MG 42
DULERA AER 50-5MCG 95	<i>emtricitabine-tenofovir</i> <i>disoproxil fumarate</i> <i>tab 167-250 mg</i> .. 24	ENTRESTO CAP 6-6MG 42
<i>duloxetine hcl</i> 49	<i>emtricitabine-tenofovir</i> <i>disoproxil fumarate</i> <i>tab 200-300 mg</i> .. 24	ENTRESTO TAB 24- 26MG 42
DUPIXENT 81	EMTRIVA..... 23	ENTRESTO TAB 49- 51MG 42
<i>dutasteride</i> 79	EMVERM 20	ENTRESTO TAB 97- 103MG 42
<i>dutasteride-tamsulosin</i> <i>hcl cap 0.5-0.4 mg</i> 79	<i>emzahh</i> 69	<i>enulose</i> 77
<i>e.e.s. 400</i> 27	<i>enalapril maleate</i> ... 41	EPCLUSA PAK 150- 37.5..... 25
<i>econazole nitrate</i> 96	<i>enalapril maleate &</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 10-25 mg</i> 41	EPCLUSA PAK 200- 50MG 25
EDURANT 23	<i>enalapril maleate &</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 5-12.5 mg</i> 41	EPCLUSA TAB 200- 50MG 25
<i>efavirenz</i> 23	ENBREL 81, 82	EPCLUSA TAB 400-100 25
<i>efavirenz-</i> <i>emtricitabine-</i> <i>tenofovir df tab 600-</i> <i>200-300 mg</i> 24	ENBREL MINI..... 82	EPIDIOLEX 55
	ENBREL SURECLICK 82	<i>epinephrine</i> (anaphylaxis) 47, 92, 93
	<i>endocet tab 10-325mg</i> 19	<i>epitol</i> 55
		<i>eplerenone</i> 42
		EPRONTIA 55

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



<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>.....60	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-0.015 mg/24hr</i> 69	FETZIMA 49
ERIVEDGE .....33	<i>etoposide</i> 32	FETZIMA CAP TITRATIO 49
ERLEADA.....30	<i>etravirine</i> 23	FIASP 66
<i>erlotinib hcl</i>.....34	EULEXIN 30	FIASP FLEXTOUCH.. 66
<i>errin</i> .....69	<i>euthyrox</i> 75	FIASP PENFILL 66
<i>ertapenem sodium</i> ..20	<i>everolimus</i> 34	FIASP PUMPCART ... 66
<i>ery</i> .....95	<i>everolimus (immunosuppressan t)</i> 84	<i>finasteride</i> 79
<i>ery-tab</i>.....27	EVOTAZ TAB 300-150 24	<i> fingolimod hcl</i> 62
ERYTHROCIN LACTOBIONATE ...27	<i>exemestane</i> 30	FINTEPLA 56
<i>erythromycin (acne aid)</i>.....95	EYSUVIS 90	<i>finzala</i> 69
<i>erythromycin (ophth)</i> .....89	<i>ezetimibe</i> 44	FIRMAGON 30
<i>erythromycin base</i> ..27	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i> 44	<i>flac</i> 90
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> .....27	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i> 44	FLAREX 89
<i>erythromycin lactobionate</i> .....27	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i> 44	FLEBOGAMMA DIF .. 84
<i>escitalopram oxalate</i> 49	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i> 44	<i>flecainide acetate</i> ... 44
<i>esomeprazole magnesium</i> .....78	FABRAZYME 74	<i>fluconazole</i> 22
<i>estarylla</i> .....69	<i>falmina</i> 69	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i> 22
<i>estradiol</i> .....73	<i>famciclovir</i> 25	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i> 22
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>.....73	<i>famotidine</i> 77	<i>flucytosine</i> 22
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>.....73	<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i> 77	<i>fludrocortisone acetate</i> 73
<i>estradiol vaginal</i> ....73	FANAPT 52	<i>flunisolide (nasal)</i> ... 94
<i>estradiol valerate</i>....73	FANAPT PAK 52	<i>fluocinolone acetonide</i> 97
<i>eszopiclone</i> .....59	FARXIGA..... 64	<i>fluocinolone acetonide (otic)</i> 90
<i>ethambutol hcl</i> .....25	FASENRA 93	<i>fluocinonide</i> 97
<i>ethosuximide</i> .....55	FASENRA PEN..... 93	<i>fluocinonide emulsified base</i> 97
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i> .....69	<i>feirza 1.5/30</i> 69	<i>fluorometholone (ophth)</i> 89
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i> .....69	<i>feirza 1/20</i> 69	<i>fluorouracil</i> 29
<i>etodolac</i> .....18	<i>felbamate</i> 55	<i>fluorouracil (topical)</i> 98
	<i>felodipine</i> 46	<i>fluoxetine hcl</i> 49
	<i>fenofibrate</i> 44	<i>fluphenazine decanoate</i> 52
	<i>fenofibrate micronized</i> 44	<i>fluphenazine hcl</i> 52
	<i>fentanyl</i> 18	<i>flurbiprofen</i> 18
	<i>fesoterodine fumarate</i> 79	<i>flurbiprofen sodium</i> 89
		<i>fluticasone propionate</i> 97

<i>fluticasone propionate (nasal)</i> 94	<i>furosemide inj</i> 46	<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i> 20
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act</i> 95	FUZEON..... 23	<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i> 20
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i> 95	<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i> 73	<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i> 20
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i> 95	<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i> 73	<i>gentamicin sulfate ..</i> 20
<i>fluvoxamine maleate</i> 48	FYCOMPA..... 56	<i>gentamicin sulfate (ophth)</i> 89
<i>fondaparinux sodium</i> 80	<i>gabapentin</i> 56	<i>gentamicin sulfate (topical)</i> 96
<i>fosamprenavir calcium</i> 23	<i>galantamine hydrobromide</i> 48	GENVOYA TAB 24
<i>fosinopril sodium</i> 41	<i>gallifrey</i> 75	GILOTRIF 34
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> ... 41	GAMASTAN INJ 84	<i>glatiramer acetate</i> .. 62
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> ... 41	GAMMAGARD LIQUID 84	<i>glatopa</i> 62
FOTIVDA 34	GAMMAGARD S/D IGA LESS TH..... 84	GLEOSTINE 29
FREESTY LIBR KIT 2 SENSOR 99	GAMMAKED 84	<i>glimepiride</i> 64
FREESTY LIBR KIT 3 SENSOR 99	GAMMAPLEX..... 84	<i>glipizide</i> 64
FREESTY LIBR KIT SENSOR 99	GAMUNEX-C..... 84	<i>glipizide xl</i> 64
FREESTY LIBR MIS 2 READER..... 99	<i>ganciclovir sodium</i> . 25	<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i> ... 64
FREESTY LIBR MIS 3 READER..... 99	GARDASIL 9..... 85	<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i> ... 64
FREESTYLE MIS READER..... 99	<i>gatifloxacin (ophth)</i> 89	<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i> 64
FRINDOVYX 29	GATTEX 78	<i>glycopyrrolate</i> 77
FRUZAQLA..... 34	GAUZE PADS 2 66	<i>glydo</i> 97
FULPHILA 80	<i>gavilyte-c</i> 77	GLYXAMBI TAB 10-5 MG 64
<i>fulvestrant</i> 30	<i>gavilyte-g</i> 77	GLYXAMBI TAB 25-5 MG 64
<i>furosemide</i> 46	<i>gavilyte-n/flavor pack</i> 77	GOMEKLI..... 34
	GAVRETO..... 34	<i>granisetron hcl</i> 76
	<i>gefitinib</i> 34	<i>griseofulvin microsize</i> 22
	<i>gemcitabine hcl</i> 30	<i>griseofulvin ultramicrosize</i> 22
	<i>gemfibrozil</i> 44	<i>guanfacine hcl</i> 47
	GEMTESA..... 79	<i>guanfacine hcl (adhd)</i> 59
	<i>generlac</i> 77	HAEGARDA..... 80
	<i>gengraf</i> 84	<i>hailey 1.5/30</i> 69
	GENOTROPIN 74	
	GENOTROPIN MINIQUICK 74	
	<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i> 20	
	<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i> 20	

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



<i>hailey 24 fe</i>	69	<i>hydrocodone-</i>	<i>imipenem-cilastatin</i>
<i>halobetasol propionate</i>		<i>acetaminophen tab</i>	<i>intravenous for soln</i>
.....	97	<i>10-325 mg</i>	<i>250 mg</i>
<i>haloette</i>	69	<i>hydrocodone-</i>	<i>imipenem-cilastatin</i>
<i>haloperidol</i>	52	<i>acetaminophen tab</i>	<i>intravenous for soln</i>
<i>haloperidol decanoate</i>		<i>5-325 mg</i>	<i>500 mg</i>
.....	52	<i>hydrocodone-</i>	<i>imipramine hcl</i>
<i>haloperidol lactate</i> ..	52	<i>acetaminophen tab</i>	<i>imiquimod</i>
HARVONI PAK 33.75-		<i>7.5-325 mg</i>	IMKELDI.....
150MG	25	<i>hydrocodone-</i>	IMOVAX RABIES
HARVONI PAK 45-		<i>ibuprofen tab 7.5-</i>	(H.D.C.V.)
200MG	25	<i>200 mg</i>	IMPAVIDO
HARVONI TAB 45-		<i>hydrocortisone</i>	INBRIJA
200MG	25	<i>hydrocortisone</i>	<i>incassia</i>
HARVONI TAB 90-		<i>(intrarectal)</i>	INCRELEX.....
400MG	25	<i>hydrocortisone (rectal)</i>	INCRUSE ELLIPTA... 91
HAVRIX	85	.....	<i>indapamide</i>
<i>heather</i>	69	<i>hydrocortisone</i>	INFANRIX INJ
HEP SOD/NACL INJ		<i>(topical)</i>	INFLIXIMAB
25000UNT	80	<i>hydrocortisone sod</i>	INLYTA.....
<i>heparin sodium</i>		<i>succinate</i>	INQOVI TAB 35-
<i>(porcine)</i>	80	<i>hydrocortisone</i>	100MG
HEPLISAV-B.....	85	<i>valerate</i>	INREBIC.....
HERCEP HYLEC SOL		<i>hydromorphone hcl</i> 19	INSULIN PEN
60-10000	34	<i>hydroxychloroquine</i>	NEEDLES: BD-
HERCEPTIN.....	34	<i>sulfate</i>	EMBECTA.....
HERZUMA	34	<i>hydroxyurea</i>	66
HIBERIX	85	<i>hydroxyzine hcl</i>	INSULIN SAFETY
HUMIRA	82	<i>hydroxyzine pamoate</i>	NEEDLES: BD-
HUMIRA PEN	82	.....	EMBECTA.....
HUMIRA PEN KIT		<i>ibandronate sodium</i> 67	66
PS/UV	82	IBRANCE.....	INSULIN SYRINGES:
HUMIRA PEN-		<i>ibu</i>	BD-EMBECTA
CD/UC/HS START	82	<i>ibuprofen</i>	66
HUMIRA PEN-		<i>icatibant acetate</i>	INTELENCE.....
PEDIATRIC UC S..	82	<i>iclevia</i>	23
HUMULIN R U-500		ICLUSIG	INTRALIPID
(CONCENTR	66	IDACIO (2 PEN)	88
HUMULIN R U-500		IDACIO (2 SYRINGE)	<i>introvale</i>
KWIKPEN	66	.....	69
<i>hydralazine hcl</i>	47	IDACIO CROHN INJ	INVEGA HAFYERA... 52
<i>hydrochlorothiazide</i>	46	DISEASE	52
<i>hydrocodone bitartrate</i>		IDACIO PLAQU INJ	INVEGA TRINZA.....
.....	18	PSORIASIS.....	52
<i>hydrocodone-</i>		IDHIFA	IPOL INJ INACTIVE .85
<i>acetaminophen soln</i>		<i>imatinib mesylate</i> ..	<i>ipratropium bromide</i> 91
<i>7.5-325 mg/15ml</i>	19	IMBRUVICA	<i>ipratropium bromide</i>
			<i>(nasal)</i>
			91
			<i>ipratropium-albuterol</i>
			<i>nebu soln 0.5-2.5(3)</i>
			<i>mg/3ml</i>
			91
			<i>irbesartan</i>
			43

<i>irbesartan-</i>	<i>javygtor</i> 74	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i>
<i>hydrochlorothiazide</i>	JAYPIRCA..... 35	<i>in dextrose 5% &</i>
<i>tab 150-12.5 mg .42</i>	JENTADUETO TAB 2.5-	<i>nacl 0.9% inj 86</i>
<i>irbesartan-</i>	1000 64	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i>
<i>hydrochlorothiazide</i>	JENTADUETO TAB 2.5-	<i>in nacl 0.45% inj .86</i>
<i>tab 300-12.5 mg .42</i>	500 64	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i>
<i>irinotecan hcl</i> 31	JENTADUETO TAB 2.5-	<i>in nacl 0.9% inj... 86</i>
ISENTRESS 23	850 64	<i>kcl 30 meq/l (0.224%)</i>
ISENTRESS HD..... 23	JENTADUETO TAB XR	<i>in dextrose 5% &</i>
<i>isibloom</i> 69	2.5-1000MG 64	<i>nacl 0.45% inj..... 87</i>
ISOLYTE-P INJ /D5W	JENTADUETO TAB XR	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i>
..... 86	5-1000MG 64	<i>dextrose 5% & nacl</i>
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	<i>jinteli</i> 73	<i>0.45% inj 87</i>
..... 86	<i>jolessa</i> 69	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i>
<i>isoniazid</i> 25	<i>juleber</i> 69	<i>dextrose 5% & nacl</i>
<i>isosorbide dinitrate</i> .47	JULUCA TAB 50-25MG	<i>0.9% inj 87</i>
<i>isosorbide mononitrate</i>	 24	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i>
..... 47	<i>junel 1.5/30</i> 70	<i>nacl 0.9% inj 87</i>
<i>isotretinoin</i> 95	<i>junel 1/20</i> 70	KCL/D5W/NACL INJ
<i>isradipine</i> 46	<i>junel fe 1.5/30</i> 70	<i>0.3/0.9%..... 87</i>
ITOVEBI 35	<i>junel fe 1/20</i> 70	<i>kelnor 1/35</i> 70
<i>itraconazole</i> 22	<i>junel fe 24</i> 70	<i>kelnor 1/50</i> 70
<i>ivabradine hcl</i> 47	JYLAMVO 83	KERENDIA 42
<i>ivermectin</i> 20	JYNNEOS 85	KESIMPTA 62
IWILFIN 32	KADCYLA 35	<i>ketoconazole</i> 22
IXCHIQ INJ 85	<i>kaitlib fe</i> 70	<i>ketoconazole (topical)</i>
IXIARO INJ 85	KALYDECO 93	 96
JAKAFI 35	KANJINTI 35	<i>ketorolac</i>
<i>jantoven</i> 80	<i>kariva</i> 70	<i>tromethamine</i>
JANUMET TAB 50-	<i>kcl 10 meq/l (0.075%)</i>	<i>(ophth)</i> 89
1000 64	<i>in dextrose 5% &</i>	KEYTRUDA..... 35
JANUMET TAB 50-	<i>nacl 0.45% inj 86</i>	KINRIX INJ 85
500MG 64	<i>kcl 20 meq/l (0.149%)</i>	<i>kionex</i> 68
JANUMET XR TAB 100-	<i>in nacl 0.45% inj. 87</i>	KISQALI 200 DOSE. 35
1000 64	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i>	KISQALI 200 PAK
JANUMET XR TAB 50-	<i>in dextrose 5% &</i>	FEMARA 35
1000 64	<i>nacl 0.2% inj 86</i>	KISQALI 400 DOSE. 35
JANUMET XR TAB 50-	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i>	KISQALI 400 PAK
500MG 64	<i>in dextrose 5% &</i>	FEMARA 35
JANUVIA..... 64	<i>nacl 0.45% inj 86</i>	KISQALI 600 DOSE. 35
JARDIANCE 64		KISQALI 600 PAK
<i>jasmiel</i> 69		FEMARA 35

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



<i>klayesta</i>	96	LENVIMA 8 MG DAILY	0.02/0.025/0.03 mg
<i>klor-con</i>	87	DOSE	ð est 0.01 mg 70
<i>klor-con 10</i>	87	LENVIMA CAP 14 MG	levonorgestrel &
<i>klor-con 8</i>	87	.....	ethinyl estradiol (91-
<i>klor-con m10</i>	87	LENVIMA CAP 18 MG	day) tab 0.15-0.03
<i>klor-con m15</i>	87	.....	mg
<i>klor-con m20</i>	87	LENVIMA CAP 24 MG	70
KOSELUGO	35, 36	.....	levonorgestrel &
<i>kourzeq</i>	99	<i>lessina</i>	ethinyl estradiol tab
KRAZATI	36	<i>letrozole</i>	0.1 mg-20 mcg ...
<i>kurvelo</i>	70	<i>leucovorin calcium</i> .	70
<i>labetalol hcl</i>	45	LEUKERAN	levonorgestrel &
<i>lacosamide</i>	56	<i>leuprolide acetate</i> ..	ethinyl estradiol tab
<i>lacosamide oral</i>	56	<i>levalbuterol hcl</i>	0.15 mg-30 mcg..
<i>lactated ringer's</i>		<i>levalbuterol tartrate</i>	70
<i>solution</i>	87	<i>levetiracetam</i>	levonorgestrel-eth
<i>lactic acid (ammonium</i>		LEVETIRACETAM	estra tab 0.05-
<i>lactate)</i>	98	<i>levetiracetam in</i>	30/0.075-40/0.125-
<i>lactulose</i>	77	<i>sodium chloride iv</i>	30mg-mcg
<i>lactulose</i>		<i>soln 1000 mg/100ml</i>	70
<i>(encephalopathy).</i>	77	.....	levonorgestrel-ethinyl
<i>lamivudine</i>	23	<i>levetiracetam in</i>	estradiol
<i>lamivudine (hbv)</i>	25	<i>sodium chloride iv</i>	(continuous) tab 90-
<i>lamivudine-zidovudine</i>		<i>soln 1500 mg/100ml</i>	20 mcg
<i>tab 150-300 mg</i> ..	24	.....	70
<i>lamotrigine</i>	56	<i>levetiracetam in</i>	levonorg-eth est tab
<i>lanreotide acetate</i> ...	74	<i>sodium chloride iv</i>	0.1-0.02mg(84) &
<i>lansoprazole</i>	78	<i>soln 500 mg/100ml</i>	eth est tab
<i>lapatinib ditosylate</i> .	36	.....	0.01mg(7)
<i>larin 1.5/30</i>	70	<i>levobunolol hcl</i>	70
<i>larin 1/20</i>	70	<i>levocarnitine</i>	levonorg-eth est tab
<i>larin 24 fe</i>	70	<i>(metabolic</i>	0.15-0.03mg(84) &
<i>larin fe 1.5/30</i>	70	<i>modifiers)</i>	eth est tab
<i>larin fe 1/20</i>	70	<i>levocetirizine</i>	0.01mg(7)
<i>latanoprost</i>	90	<i>dihydrochloride</i> ...	70
<i>layolis fe</i>	70	<i>levofloxacin</i>	levora 0.15/30-28 ..
LAZCLUZE	36	<i>levofloxacin in d5w iv</i>	70
<i>leflunomide</i>	83	<i>soln 250 mg/50ml</i>	levo-t
<i>lenalidomide</i>	31	27	75
LENVIMA 10 MG DAILY		<i>levofloxacin in d5w iv</i>	levothyroxine sodium
DOSE	36	<i>soln 500 mg/100ml</i>	.....
LENVIMA 12MG DAILY		.....	75
DOSE	36	<i>levofloxacin in d5w iv</i>	levoxyl
LENVIMA 20 MG DAILY		<i>soln 750 mg/150ml</i>	76
DOSE	36	.....	<i>l-glutamine (sickle</i>
LENVIMA 4 MG DAILY		<i>levonest</i>	<i>cell)</i>
DOSE	36	<i>levonor-eth est tab</i>	80
		0.15-	LIBERVANT
			56
			<i>lidocaine</i>
			97
			<i>lidocaine hcl</i>
			98
			<i>lidocaine hcl (local</i>
			<i>anesth.)</i>
			18
			<i>lidocaine hcl (mouth-</i>
			<i>throat)</i>
			99
			<i>lidocaine-prilocaine</i>
			<i>cream 2.5-2.5%</i> ..
			98
			<i>lidocan</i>
			98
			LILETTA
			70
			<i>linezolid</i>
			21

LINEZOLID INJ 2MG/ML.....21	losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg ... 43	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 36
LINZESS.....78	losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg .. 42	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 36
liothyronine sodium 76	LOTEMAX..... 89	lyza 70
lisinopril .....42	loteprednol etabonate 89	magnesium sulfate .87
lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg ...41	lovastatin..... 44	MAGNESIUM SULFATE.....87
lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg ...41	low-ogestrel 70	magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml..... 87
lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg .....41	loxapine succinate.. 52	malathion 98
lithium .....61	LUMAKRAS..... 36	maraviroc..... 23
lithium carbonate ...61	LUMIGAN 90	marlissa 70
LIVTENCITY .....25	LUMIZYME 74	MARPLAN 49
loestrin 1.5/30-21 .. 70	LUPRON DEPOT (1- MONTH)..... 30	MATULANE 32
loestrin 1/20-21 70	LUPRON DEPOT (3- MONTH)..... 30	MAVYRET PAK 50- 20MG..... 25
loestrin fe 1.5/30.... 70	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH..... 74	MAVYRET TAB 100- 40MG..... 25
loestrin fe 1/20 70	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH..... 75	meclizine hcl..... 76
LOKELMA.....68	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH..... 75	medroxyprogesterone acetate..... 75
LONSURF TAB 15-6.14 30	lurasidone hcl 52	medroxyprogesterone acetate (contraceptive).... 71
LONSURF TAB 20-8.19 30	luteal 70	mefloquine hcl 22
loperamide hcl 78	LYBALVI TAB 10-10MG 53	megestrol acetate .30, 75
lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml) 24	LYBALVI TAB 15-10MG 53	megestrol acetate (appetite) 75
lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg..... 24	LYBALVI TAB 20-10MG 53	MEKINIST..... 36, 37
lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg..... 24	LYBALVI TAB 5-10MG 53	MEKTOVI..... 37
lorazepam .....48	lyleq..... 70	meloxicam..... 18
lorazepam intensol .48	lyllana 73	memantine hcl 48
LORBRENA..... 36	LYNPARZA..... 36	memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack .48
loryna .....70	LYSODREN 30	memantine hcl- donepezil hcl cap er 24hr 14-10 mg.... 48
losartan potassium .43	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)..... 36	
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg .42		

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



<i>memantine hcl-</i>	<i>metoprolol succinate</i>	MULTAQ	44
<i>donepezil hcl cap er</i>	 45	<i>multiple electrolytes</i>	
24hr 21-10 mg	<i>metoprolol tartrate.</i>	<i>ph 5.5</i>	87
<i>memantine hcl-</i>	<i>metronidazole</i>	<i>multiple electrolytes</i>	
<i>donepezil hcl cap er</i>	<i>metronidazole</i>	<i>ph 7.4</i>	87
24hr 28-10 mg	<i>(topical)</i>	<i>mupirocin</i>	96
MENACTRA INJ	98	<i>mycophenolate mofetil</i>	
MENQUADFI	<i>metronidazole vaginal</i>	 84	
MENVEO INJ	 79	<i>mycophenolate</i>	
MENVEO SOL	<i>metyrosine</i>	<i>sodium</i>	84
<i>mercaptapurine</i>	47	MYRBETRIQ	79
<i>meropenem</i>	<i>mibelas 24 fe</i>	<i>nabumetone</i>	18
<i>mesalamine</i>	71	<i>nadolol</i>	45
<i>mesalamine w/</i>	<i>micafungin sodium</i> .	<i>nafcillin sodium</i>	28
<i>cleanser</i>	22	NAGLAZYME	75
<i>mesna</i>	<i>microgestin 1.5/30.</i>	<i>nalbuphine hcl</i>	19
MESNEX	71	<i>naloxone hcl</i>	63
<i>metformin hcl</i>	<i>microgestin 1/20 ...</i>	<i>naltrexone hcl</i>	63
<i>methadone hcl</i> .	71	NAMZARIC CAP 14-	
18, 19	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	10MG	48
<i>methadone</i>	 71	NAMZARIC CAP 21-	
<i>hydrochloride i</i>	<i>microgestin fe 1/20</i>	10MG	48
19	71	NAMZARIC CAP 28-	
<i>methazolamide</i>	<i>midodrine hcl</i>	10MG	48
46	47	NAMZARIC CAP 7-	
<i>methenamine</i>	MIEBO	10MG	48
<i>hippurate</i>	90	NAMZARIC CAP PACK	
21	<i>mifepristone</i>	 48	
<i>methimazole</i>	<i>(hyperglycemia)</i> ..	<i>naproxen</i>	18
76	71	<i>naproxen dr</i>	18
<i>methocarbamol</i>	<i>mili</i>	<i>naproxen sodium</i>	18
62	73	<i>naratriptan hcl</i>	60
<i>methotrexate sodium</i>	<i>minocycline hcl</i>	<i>nateglinide</i>	64
..... 30, 83	28	NAYZILAM	56
<i>methsuximide</i>	<i>minoxidil</i>	<i>nebivolol hcl</i>	45
56	47	<i>necon 0.5/35-28</i>	71
<i>methylphenidate hcl</i>	<i>mirtazapine</i>	<i>nefazodone hcl</i>	50
59	49	<i>neomycin sulfate</i>	21
<i>methylprednisolone</i>	<i>misoprostol</i>	<i>neomycin-bacitrac zn-</i>	
73	78	<i>polymyx 5(3.5)mg-</i>	
<i>methylprednisolone</i>	MITIGARE	400unt-10000unt op	
<i>acetate</i>	18	<i>oin</i>	89
73	M-M-R II INJ	<i>neomycin-polymy-</i>	
<i>methylprednisolone</i>	85	<i>gramicid op sol</i>	
<i>sod succ</i>	M-NATAL PLUS TAB	1.75-10000-	
74	87	0.025mg-unt-mg/ml	
<i>methyltestosterone</i>	<i>modafinil</i>	 89	
63	62		
<i>metoclopramide hcl</i>	<i>moexipril hcl</i>		
76	42		
<i>metolazone</i>	<i>molindone hcl</i>		
46	53		
<i>metoprolol &</i>	<i>mometasone furoate</i>		
<i>hydrochlorothiazide</i>	 97		
<i>tab 100-25 mg</i>	MONJUVI		
45	37		
<i>metoprolol &</i>	<i>mono-lynyah</i>		
<i>hydrochlorothiazide</i>	71		
<i>tab 100-50 mg</i>	<i>montelukast sodium</i>		
45	92		
<i>metoprolol &</i>	<i>morphine sulfate</i>		
<i>hydrochlorothiazide</i>	19		
<i>tab 50-25 mg</i>	MOUNJARO		
45	64		
	MOVANTIK		
	<i>moxifloxacin hcl</i>		
	27		
	<i>moxifloxacin hcl</i>		
	<i>(ophth)</i>		
	89		
	<i>moxifloxacin hcl 400</i>		
	<i>mg/250ml in sodium</i>		
	<i>chloride 0.8% inj.</i>		
	27		
	MRESVIA		
	85		

<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1% ..88</i>	<i>nitrofurantoin monohyd macro .. 21</i>	<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg 71</i>
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1% .88</i>	<i>nitroglycerin (intra-anal) 98</i>	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg 71</i>
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp.....88</i>	<i>nizatidine 77</i>	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg 71</i>
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%....90</i>	<i>nora-be 71</i>	<i>norlyroc 71</i>
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1% 90</i>	<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr 71</i>	<i>nortrel 0.5/35 (28) . 71</i>
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin .....89</i>	<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg..... 71</i>	<i>nortrel 1/35 (21).... 71</i>
<i>neo-polycin hc ophth oint 1% .....88</i>	<i>norethindrone (contraceptive) ... 71</i>	<i>nortrel 1/35 (28).... 71</i>
<i>NERLYNX.....37</i>	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg..... 71</i>	<i>nortrel 7/7/7..... 71</i>
<i>nevirapine .....23</i>	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg ... 71</i>	<i>nortriptyline hcl..... 50</i>
<i>NEXLETOL .....44</i>	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg 71</i>	<i>NORVIR 23</i>
<i>NEXLIZET TAB 180/10MG .....44</i>	<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg (24)71</i>	<i>NOVOLIN INJ 70/30 66</i>
<i>NEXPLANON.....71</i>	<i>norethindrone acetate 75</i>	<i>NOVOLIN INJ 70/30 FP 66</i>
<i>niacin (antihyperlipidemic) .....44</i>	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg .. 73</i>	<i>NOVOLIN N 66</i>
<i>nicardipine hcl.....46</i>	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg 73</i>	<i>NOVOLIN N FLEXPEN 66</i>
<i>NICOTROL INHALER 63</i>	<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg..... 71</i>	<i>NOVOLIN R..... 66</i>
<i>NICOTROL NS .....63</i>		<i>NOVOLIN R FLEXPEN 66</i>
<i>nifedipine .....46</i>		<i>NOVOLOG 66</i>
<i>nikki .....71</i>		<i>NOVOLOG FLEXPEN 66</i>
<i>nilutamide .....31</i>		<i>NOVOLOG MIX INJ 70/30..... 66</i>
<i>nimodipine.....46</i>		<i>NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN..... 66</i>
<i>NINLARO .....37</i>		<i>NOVOLOG PENFILL . 66</i>
<i>nitazoxanide .....21</i>		<i>NUBEQA..... 31</i>
<i>nitisinone .....75</i>		<i>NUDEXTA CAP 20-10MG 61</i>
<i>NITRO-BID .....47</i>		<i>NULOJIX 84</i>
<i>nitrofurantoin macrocrystal .....21</i>		<i>NUPLAZID 53</i>
		<i>NURTEC 60</i>
		<i>NUTRILIPID 88</i>
		<i>NUZYRA 29</i>

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



<i>nyamyc</i>	96	<i>hydrochlorothiazide</i>		ONTRUZANT	37
<i>nylia 1/35</i>	71	<i>tab 40-10-25 mg</i>	43	ONUREG.....	30
<i>nylia 7/7/7</i>	71	<i>olmesartan-</i>		OPIPZA	53
<i>nystatin</i>	22	<i>amlodipine-</i>		OPSUMIT.....	48
<i>nystatin (mouth-</i>		<i>hydrochlorothiazide</i>		ORGOVYX.....	31
<i>throat)</i>	99	<i>tab 40-5-12.5 mg</i>	43	ORKAMBI GRA 100-	
<i>nystatin (topical)</i>	96	<i>olmesartan-</i>		125.....	93
<i>nystop</i>	96	<i>amlodipine-</i>		ORKAMBI GRA 150-	
<i>ocella</i>	72	<i>hydrochlorothiazide</i>		188.....	93
OCTAGAM.....	84	<i>tab 40-5-25 mg ..</i>	43	ORKAMBI GRA 75-	
<i>octreotide acetate</i> ...	75	<i>omega-3-acid ethyl</i>		94MG.....	93
ODEFSEY TAB	24	<i>esters cap 1 gm ..</i>	44	ORKAMBI TAB 100-	
ODOMZO	37	<i>omeprazole</i>	78	125.....	93
OFEV	93	OMNIPOD 5 DX KIT		ORKAMBI TAB 200-	
<i>ofloxacin (ophth)</i>	89	INT G7G6.....	66	125.....	93
<i>ofloxacin (otic)</i>	91	OMNIPOD 5 DX MIS		ORSERDU.....	31
OGIVRI	37	POD G7G6.....	66	<i>oseltamivir phosphate</i>	
OGSIVEO.....	37	OMNIPOD 5 G7 KIT		.....	25
OJEMDA	37	INTRO	66	<i>oxacillin sodium</i>	28
OJJAARA.....	37	OMNIPOD 5 G7 MIS		<i>oxaliplatin</i>	29
<i>olanzapine</i>	53	PODS.....	66	<i>oxcarbazepine</i>	56
<i>olmesartan medoxomil</i>		OMNIPOD 5 LB KIT		<i>oxybutynin chloride</i>	79
.....	43	INTRO G6	66	<i>oxycodone hcl</i>	19
<i>olmesartan</i>		OMNIPOD 5 LB MIS		<i>oxycodone w/</i>	
<i>medoxomil-</i>		PODS G6.....	66	<i>acetaminophen tab</i>	
<i>hydrochlorothiazide</i>		OMNIPOD DASH KIT		<i>10-325 mg</i>	19
<i>tab 20-12.5 mg</i> ...	43	INTRO	66	<i>oxycodone w/</i>	
<i>olmesartan</i>		OMNIPOD DASH MIS		<i>acetaminophen tab</i>	
<i>medoxomil-</i>		PODS.....	66	<i>2.5-325 mg</i>	19
<i>hydrochlorothiazide</i>		OMNIPOD GO KIT		<i>oxycodone w/</i>	
<i>tab 40-12.5 mg</i> ...	43	10UNT/DY	67	<i>acetaminophen tab</i>	
<i>olmesartan</i>		OMNIPOD GO KIT		<i>5-325 mg</i>	19
<i>medoxomil-</i>		15UNT/DY	67	<i>oxycodone w/</i>	
<i>hydrochlorothiazide</i>		OMNIPOD GO KIT		<i>acetaminophen tab</i>	
<i>tab 40-25 mg</i>	43	20UNT/DY	67	<i>7.5-325 mg</i>	19
<i>olmesartan-</i>		OMNIPOD GO KIT		OXYCONTIN.....	19
<i>amlodipine-</i>		25UNT/DY	67	OZEMPIC (0.25 OR 0.5	
<i>hydrochlorothiazide</i>		OMNIPOD GO KIT		MG/DOSE)	64
<i>tab 20-5-12.5 mg</i>	43	30UNT/DY	67	OZEMPIC (0.25 OR	
<i>olmesartan-</i>		OMNIPOD GO KIT		0.5MG/DOSE)	65
<i>amlodipine-</i>		35UNT/DY	67	OZEMPIC (1MG/DOSE)	
<i>hydrochlorothiazide</i>		OMNIPOD GO KIT		.....	65
<i>tab 40-10-12.5 mg</i>		40UNT/DY	67	OZEMPIC (2MG/DOSE)	
.....	43	OMNIPOD MIS		.....	65
<i>olmesartan-</i>		CLASSIC	67	<i>pacerone</i>	44
<i>amlodipine-</i>		<i>ondansetron</i>	76	<i>paclitaxel</i>	32
		<i>ondansetron hcl</i>	76	<i>paclitaxel inj 100mg</i>	32

<i>paliperidone</i>.....53	<i>perindopril erbumine</i>	<i>inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i> 28
<i>pamidronate disodium</i> .....67	 42	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i> 28
PAMIDRONATE DISODIUM .....67	<i>periogard</i> 99	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i> 28
PANRETIN.....98	<i>permethrin</i> 98	PIQRAY 200MG DAILY DOSE..... 37
<i>pantoprazole sodium</i> .....78	<i>perphenazine</i> 53	PIQRAY 250MG TAB DOSE..... 37
PANZYGA.....84	<i>pfizerpen</i> 28	PIQRAY 300MG DAILY DOSE..... 37
<i>paricalcitol</i> .....76	<i>phenelzine sulfate</i> .. 50	<i>pirfenidone</i> 93
<i>paroxetine hcl</i> 50	<i>phenobarbital</i> 56	<i>piroxicam</i> 18
PAXLOVID TAB 150-100.....25	<i>phenobarbital sodium</i> 56	<i>plenamine</i> 88
PAXLOVID TAB 300-100.....25	<i>phenytekt</i> 56	PLENVU SOL 77
<i>pazopanib hcl</i>.....37	<i>phenytoin</i> 57	<i>podofilox</i> 98
PEDIARIX INJ 0.5ML85	<i>phenytoin sodium</i> .. 57	<i>polycin ophth oint</i> ... 89
PEDVAX HIB 85	<i>phenytoin sodium extended</i> 57	<i>polymyxin b sulfate</i> 21
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>.....77	PHESGO SOL 37	<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i> 89
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i> .....77	<i>philith</i> 72	POMALYST..... 31
PEGASYS.....25	PIFELTRO..... 23	<i>portia-28</i> 72
PEMAZYRE .....37	<i>pilocarpine hcl</i> 90	<i>posaconazole</i> 22
<i>pemetrexed disodium</i> .....30	<i>pilocarpine hcl (oral)</i> 99	POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ.. 87
PENBRAYA INJ.....85	<i>pimecrolimus</i> 98	POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ ... 87
<i>penicillamine</i>.....68	<i>pimozide</i> 53	POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ ... 87
<i>penicillin g potassium</i> .....28	<i>pimtrea</i> 72	<i>potassium chloride</i> 87, 88
<i>penicillin g sodium</i> ..28	<i>pindolol</i> 45	<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i> ... 87
<i>penicillin v potassium</i> .....28	<i>pioglitazone hcl</i> 65	
PENTACEL INJ .....86	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg</i> 65	
<i>pentamidine isethionate inh</i> ....21	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg</i> 65	
<i>pentamidine isethionate inj</i> ....21	<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i> 28	
<i>pentoxifylline</i> .....81	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i> 28	
	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for</i>	

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



<i>potassium chloride</i>	PROCRT..... 80	REPATHA..... 45
<i>microencapsulated</i>	<i>proctocort</i> 98	REPATHA
<i>crystals er</i> 88	<i>procto-med hc</i> 98	PUSHTRONEX
<i>potassium citrate</i>	<i>proctosol hc</i> 98	SYSTEM..... 45
<i>(alkalinizer)</i> 79	<i>proctozone-hc</i> 98	REPATHA SURECLICK
<i>pramipexole</i>	<i>progesterone</i> 75	 45
<i>dihydrochloride</i> 51	PROGRAF..... 85	RESTASIS 90
<i>prasugrel hcl</i> 81	PROLASTIN-C 93	RESTASIS MULTIDOSE
<i>pravastatin sodium</i> . 44	PROLIA..... 67	 90
<i>praziquantel</i> 21	<i>promethazine hcl</i> ... 76	RETEVMO 37, 38
<i>prazosin hcl</i> 42	<i>propafenone hcl</i> 44	REVUFORJ 38
<i>prednisolone</i> 74	<i>proparacaine hcl</i> ... 90	REXULTI..... 53
<i>prednisolone acetate</i>	<i>propranolol hcl</i> 45	REYATAZ..... 23
<i>(ophth)</i> 89	<i>propylthiouracil</i> 76	REZLIDHIA 38
PREDNISOLONE	PROQUAD INJ..... 86	REZUROCK 85
SODIUM PHOSP... 89	PROSOL INJ 20%... 88	RHOPRESSA 90
<i>prednisolone sodium</i>	<i>protriptyline hcl</i> 50	<i>ribavirin (hepatitis c)</i>
<i>phosphate</i> 74	PULMOZYME..... 93	 26
<i>prednisone</i> 74	PURIXAN..... 30	<i>rifabutin</i> 25
PREDNISONE	<i>pyrazinamide</i> 25	<i>rifampin</i> 25
INTENSOL..... 74	<i>pyridostigmine</i>	<i>riluzole</i> 61
<i>pregabalin</i> 57	<i>bromide</i> 61	<i>rimantadine</i>
PREMASOL SOL 10%	<i>pyrimethamine</i> 21	<i>hydrochloride</i> 26
..... 88	QINLOCK 37	RINVOQ 82
PRENATAL TAB 27-	QUADRACEL INJ 0.5ML	RINVOQ LQ 82
1MG..... 88	 86	<i>risedronate sodium</i> . 67
PRENATAL TAB PLUS	<i>quetiapine fumarate</i> 53	<i>risperidone</i> 53, 54
..... 88	<i>quinapril hcl</i> 42	<i>risperidone</i>
<i>prevalite</i> 45	<i>quinidine sulfate</i> ... 44	<i>microspheres</i> 54
PREVYMIS 26	<i>quinine sulfate</i> 22	<i>ritonavir</i> 23
PREZCOBIX TAB 800-	QULIPTA 60	<i>rivaroxaban</i> 80
150..... 24	RABAVERT INJ..... 86	<i>rivastigmine</i> 49
PREZISTA..... 23	<i>rabeprazole sodium</i> 78	<i>rivastigmine tartrate</i>
PRIFTIN..... 25	RALDESY 50	 49
<i>primaquine phosphate</i>	<i>raloxifene hcl</i> 75	<i>rivelsa</i> 72
..... 22	<i>ramipril</i> 42	<i>rizatriptan benzoate</i> 60
PRIMAQUINE	<i>ranolazine</i> 47	ROCKLATAN DRO ... 90
PHOSPHATE 22	<i>rasagiline mesylate</i> 51	<i>roflumilast</i> 93
<i>primidone</i> 57	<i>reclipsen</i> 72	<i>ropinirole</i>
PRIORIX INJ 86	RECOMBIVAX HB ... 86	<i>hydrochloride</i> 51
PRIVIGEN 84	REGRANEX..... 98	<i>rosuvastatin calcium</i> 44
<i>probenecid</i> 18	RELENZA DISKHALER	ROTARIX SUS 86
<i>prochlorperazine</i> 76	 26	ROTATEQ SOL..... 86
<i>prochlorperazine</i>	RELISTOR 78	<i>roweepra</i> 57
<i>edisylate</i> 76	REMICADE 82	ROZLYTREK 38
<i>prochlorperazine</i>	RENFLEXIS..... 82	RUBRACA 38
<i>maleate</i> 76	<i>repaglinide</i> 65	<i>rufinamide</i> 57

RUKOBIA.....	23	sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln.....	88	soln 10- 0.23(0.25)%.....	88
RYBELSUS	65	SODIUM OXYBATE .	63	sulfadiazine	21
RYDAPT	38	sodium phenylbutyrate	75	sulfamethoxazole- trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml...	21
sajazir	81	sodium polystyrene sulfonate powder	68	sulfamethoxazole- trimethoprim susp 200-40 mg/5ml...	21
SANTYL	98	solifenacin succinate	79	sulfamethoxazole- trimethoprim tab 400-80 mg	21
sapropterin dihydrochloride....	75	SOLQUA INJ 100/33	67	sulfamethoxazole- trimethoprim tab 800-160 mg.....	21
SCEMBLIX	38	SOLTAMOX.....	31	SULFAMYLON.....	96
scopolamine.....	76	SOLU-CORTEF	74	sulfasalazine	77
SECUADO	54	SOMATULINE DEPOT	75	sulindac	18
selegiline hcl	51	SOMAVERT.....	75	sumatriptan	60
selenium sulfide	96	sorafenib tosylate ..	38	sumatriptan succinate	60, 61
SELZENTRY.....	23	sotalol hcl	44	sunitinib malate	38
SEREVENT DISKUS .	92	sotalol hcl (afib/afl)	44	SUNLENCA	23
sertraline hcl.....	50	SOTYKTU	83	syeda.....	72
setlakin	72	spironolactone	42	SYMDEKO TAB 100- 150.....	93
sharobel	72	spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg	46	SYMDEKO TAB 50- 75MG.....	93
SHINGRIX	86	sprintec 28.....	72	SYMPAZAN	57
SIGNIFOR.....	75	SPRITAM.....	57	SYMITUZA TAB.....	24
SIKLOS	81	sps.....	68	SYNAREL.....	75
sildenafil citrate (pulmonary hypertension).....	48	sps rectal.....	68	SYNJARDY TAB 12.5- 1000MG	65
silver sulfadiazine ...	96	sronyx.....	72	SYNJARDY TAB 12.5- 500.....	65
SIMBRINZA SUS 1- 0.2%.....	90	ssd.....	96	SYNJARDY TAB 5- 1000MG	65
simliya	72	STELARA.....	83	SYNJARDY TAB 5- 500MG	65
simpesse	72	STIVARGA.....	38	SYNJARDY XR TAB 10- 1000	65
simvastatin	44	streptomycin sulfate	21		
sirolimus	85	STRIBILD TAB	24		
SIRTURO	25	subvenite.....	57		
SKYRIZI	82	sucrafate.....	78		
SKYRIZI PEN.....	82	sulfacetamide sodium (acne)	95		
sod sulfate-pot sulf- mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml.....	78	sulfacetamide sodium (ophth)	89		
sodium chloride	87	sulfacetamide sodium- prednisolone ophth			
sodium chloride (gu irrigant).....	98				

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



SYNJARDY XR TAB 12.5-1000	65	<i>telmisartan- hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg ..</i>	43	TOBRADEX OIN 0.3- 0.1%	88
SYNJARDY XR TAB 25- 1000	65	<i>telmisartan- hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg ..</i>	43	<i>tobramycin</i>	21
SYNJARDY XR TAB 5- 1000MG.....	65	<i>telmisartan- hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i>	43	<i>tobramycin (ophth)</i>	89
SYNTHROID	76	<i>temazepam</i>	60	<i>tobramycin sulfate..</i>	21
TABLOID	30	TENIVAC INJ 5-2LF	86	<i>tobramycin- dexamethasone ophth susp 0.3- 0.1%</i>	88
TABRECTA	38	<i>tenofovir disoproxil fumarate.....</i>	23	<i>tolterodine tartrate .</i>	79
<i>tacrolimus</i>	85	TEPMETKO	39	<i>topiramate</i>	57
<i>tacrolimus (topical).</i>	98	<i>terazosin hcl.....</i>	42	<i>toremifene citrate...</i>	31
<i>tadalafil.....</i>	79	<i>terbinafine hcl</i>	22	<i>torpenz</i>	39
<i>tadalafil (pulmonary hypertension).....</i>	48	<i>terbutaline sulfate..</i>	92	<i>torsemide.....</i>	46
TAFINLAR	38	<i>terconazole vaginal</i>	79	TOUJEO MAX	
TAGRISSO	38	TERIPARATIDE	67	SOLOSTAR.....	67
TALZENNA	38	<i>testosterone.....</i>	63	TOUJEO SOLOSTAR	67
<i>tamoxifen citrate</i>	31	<i>testosterone cypionate</i>	63	TPN ELECTROL INJ .	87
<i>tamsulosin hcl.....</i>	79	<i>testosterone enantate</i>	63	TRADJENTA	65
<i>tarina 24 fe.....</i>	72	<i>testosterone pump .</i>	64	<i>tramadol hcl</i>	20
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	72	<i>tetrabenazine</i>	61	<i>tramadol- acetaminophen tab 37.5-325 mg.....</i>	20
TASIGNA	38, 39	<i>tetracycline hcl</i>	29	<i>trandolapril.....</i>	42
<i>tasimelteon.....</i>	59	THALOMID	31	<i>tranexamic acid</i>	81
TAVNEOS	81	THEO-24.....	93	<i>tranylcypromine sulfate.....</i>	50
<i>tazarotene</i>	96	<i>theophylline</i>	93	TRAVASOL INJ 10%	88
<i>tazicef.....</i>	26	<i>thioridazine hcl</i>	54	TRAZIMERA	39
TAZORAC	96	<i>thiothixene.....</i>	54	<i>trazodone hcl.....</i>	50
TAZVERIK.....	39	<i>tiadylt er.....</i>	46	TRECATOR.....	25
TECENTRIQ.....	39	<i>tiagabine hcl</i>	57	TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	91
TECENTRIQ INJ		TIBSOVO	39	TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	91
HYBREZA	39	<i>ticagrelor</i>	81	TREMFYA.....	83
TEFLARO	26	TICOVAC	86	TREMFYA INDUCTION PACK FO.....	83
<i>telmisartan</i>	43	<i>tigecycline.....</i>	29	<i>treprostinil.....</i>	48
<i>telmisartan- amlodipine tab 40- 10 mg</i>	43	<i>tilia fe.....</i>	72	TRESIBA	67
<i>telmisartan- amlodipine tab 40-5 mg.....</i>	43	<i>timolol maleate.....</i>	45	TRESIBA FLEXTOUCH	67
<i>telmisartan- amlodipine tab 80- 10 mg</i>	43	<i>timolol maleate (ophth)</i>	90	<i>tretinoin</i>	95
<i>telmisartan- amlodipine tab 80-5 mg.....</i>	43	<i>tinidazole</i>	21	<i>tretinoin (chemotherapy) ..</i>	32
		TIVICAY	23	<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	99
		TIVICAY PD	23		
		<i>tizanidine hcl</i>	62		
		TOBI PODHALER	21		

<i>triamcinolone</i>	<i>tri-lo-estarylla</i>	UBRELVY
<i>acetonide (topical)</i>	<i>tri-lo-marzia</i>	<i>unithroid</i>
.....97	<i>tri-lo-mili</i>	<i>ursodiol</i>
<i>triamterene &</i>	<i>tri-lo-sprintec</i>	<i>valacyclovir hcl</i>
<i>hydrochlorothiazide</i>	<i>trimethoprim</i>	VALCHLOR.....
<i>cap 37.5-25 mg</i> ...46	<i>tri-mili</i>	<i>valganciclovir hcl</i> ...
<i>triamterene &</i>	<i>trimipramine maleate</i>	<i>valproate sodium</i> ...
<i>hydrochlorothiazide</i>	 50	<i>valproic acid</i>
<i>tab 37.5-25 mg</i> ...46	TRINTELLIX.....	<i>valsartan</i>
<i>triamterene &</i>	<i>tri-nymyo</i>	<i>valsartan-</i>
<i>hydrochlorothiazide</i>	<i>tri-sprintec</i>	<i>hydrochlorothiazide</i>
<i>tab 75-50 mg</i> .....47	TRIUMEQ PD TAB... 24	<i>tab 160-12.5 mg</i> .43
<i>tridacaine ii</i>.....98	TRIUMEQ TAB..... 24	<i>valsartan-</i>
<i>triderm</i>.....97	<i>trivora-28</i>	<i>hydrochlorothiazide</i>
<i>trientine hcl</i>	<i>tri-vylibra</i>	<i>tab 160-25 mg</i> ....43
<i>tri-estarylla</i>	<i>tri-vylibra lo</i>	<i>valsartan-</i>
<i>trifluoperazine hcl</i> ...54	TROGARZO	<i>hydrochlorothiazide</i>
<i>trifluridine</i>	TROPHAMINE INJ 10%	<i>tab 320-12.5 mg</i> .43
<i>trihexyphenidyl hcl</i> .51	 88	<i>valsartan-</i>
TRIJARDY XR TAB ER	<i>tropium chloride</i> ... 79	<i>hydrochlorothiazide</i>
24HR 10-5-1000MG	TRUE METRIX KIT AIR	<i>tab 320-25 mg</i> ....43
.....65	 99	<i>valsartan-</i>
TRIJARDY XR TAB ER	TRUE METRIX KIT	<i>hydrochlorothiazide</i>
24HR 12.5-2.5-	METER	<i>tab 80-12.5 mg</i> ...43
1000MG.....65	TRUE METRIX STRIPS	VALTOCO 10 MG
TRIJARDY XR TAB ER	 99	DOSE.....57
24HR 25-5-1000MG	TRULICITY	VALTOCO 15 MG
.....65	TRUMENBA.....	DOSE.....57
TRIJARDY XR TAB ER	TRUQAP.....	VALTOCO 20 MG
24HR 5-2.5-1000MG	TRUXIMA	DOSE.....57
.....65	TUKYSA	VALTOCO 5 MG DOSE
TRIKAFTA PAK 59.5MG	TURALIO.....	57
.....94	<i>turqoz</i>	<i>valtya 1/50</i>.....72
TRIKAFTA PAK 75MG	<i>twice-daily</i>	<i>vancomycin hcl</i>
.....94	<i>clindamycin</i>	VANCOMYCIN INJ 1
TRIKAFTA TAB 100-	<i>phosphate (topical)</i>	GM
50-75MG & 150MG	 95	22
.....94	TWINRIX INJ	VANCOMYCIN INJ
TRIKAFTA TAB 50-25-	TYBOST	500MG
37.5MG & 75MG ..94	<i>tydemy</i>	22
<i>tri-legest fe</i>.....72	TYENNE	VANCOMYCIN INJ
<i>tri-lynah</i>	TYPHIM VI	750MG
72	86	39
		86

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



<i>varenicline tartrate</i> .63	VYZULTA..... 90	XIIDRA 90
<i>varenicline tartrate tab</i>	<i>warfarin sodium</i> 80	XOFLUZA..... 26
11 x 0.5 mg & 42 x	<i>water for irrigation,</i>	XOLAIR 94
1 mg start pack ...63	sterile irrigation soln	XOSPATA 40
VARIVAX .....86	 98	XPOVIO PAK (100 MG
VASCEPA .....45	WELIREG 32	ONCE WEEKLY) ... 40
VAXCHORA SUS .....86	<i>wera</i> 72	XPOVIO PAK (40 MG
<i>velivet</i>.....72	WESTAB PLUS TAB	ONCE WEEKLY) ... 40
VELSIPITY .....83	27-1MG 88	XPOVIO PAK (40 MG
VENCLEXTA .....39	<i>wixela inhub</i> 95	TWICE WEEKLY) .. 40
VENCLEXTA TAB	<i>wymzya fe</i> 72	XPOVIO PAK (60 MG
START PK .....39	XALKORI..... 40	ONCE WEEKLY) ... 40
<i>venlafaxine hcl</i> .....50	<i>xarah fe</i> 72	XPOVIO PAK (60 MG
VENTOLIN HFA .....92	XARELTO 80	TWICE WEEKLY) .. 40
VENTOLIN HFA	XARELTO STAR TAB	XPOVIO PAK (80 MG
(INSTITUTIONAL	15/20MG..... 80	ONCE WEEKLY) ... 40
PACK) .....92	XATMEP 83	XPOVIO PAK (80 MG
VEOZAH .....75	XCOPRI 58	TWICE WEEKLY) .. 40
<i>verapamil hcl</i> .....46	XCOPRI PAK 100-150	XTANDI..... 31
VERQUVO .....47	 58	<i>xulane</i> 72
VERSACLOZ .....54	XCOPRI PAK 12.5-25	XULTOPHY INJ
VERZENIO .....39	 58	100/3.6..... 67
<i>vestura</i> .....72	XCOPRI PAK 150-	YF-VAX INJ..... 86
<i>vienna</i>.....72	200MG	<i>yuvaferm</i> 73
<i>vigabatrin</i> .....58	(MAINTENANCE) . 58	<i>zafemy</i> 72
<i>vigadrone</i> .....58	XCOPRI PAK 150-	<i>zafirlukast</i> 92
VIGAFYDE.....58	200MG (TITRATION)	<i>zaleplon</i> 60
<i>vigpoder</i>.....58	 58	ZARXIO..... 80
<i>vilazodone hcl</i> .....50	XCOPRI PAK 50-	ZEGALOGUE 74
<i>vincristine sulfate</i> ...32	100MG..... 58	ZEJULA 40
<i>vinorelbine tartrate</i> .32	XDEMVY 89	ZELBORAF 40
<i>violele</i> .....72	XELJANZ 83	ZEMAIRA..... 94
VIRACEPT .....24	XELJANZ XR 83	<i>zenatane</i> 95
VIREAD .....24	XERMELO..... 78	ZENPEP CAP
VITRAKVI .....39	XGEVA..... 67	10000UNT 78
VIVIMUSTA .....29	XHANCE..... 94	ZENPEP CAP
VIVITROL .....63	XIFAXAN..... 78	15000UNT 78
VIVOTIF CAP EC .....86	XIGDUO XR TAB 10-	ZENPEP CAP
VIZIMPRO.....40	1000 65	20000UNT 78
VONJO .....40	XIGDUO XR TAB 10-	ZENPEP CAP
VORANIGO .....40	500MG..... 65	25000UNT 78
<i>voriconazole</i> .....22	XIGDUO XR TAB 2.5-	ZENPEP CAP
VOSEVI TAB.....26	1000 65	3000UNIT 78
VOWST CAP .....78	XIGDUO XR TAB 5-	ZENPEP CAP
VRAYLAR .....54	1000MG 65	40000UNT 78
<i>vyfemla</i>.....72	XIGDUO XR TAB 5-	ZENPEP CAP
<i>vylibra</i> .....72	500MG..... 65	5000UNIT 78

ZENPEP CAP	ZIRGAN	89	zumandimine	72
60000UNT	zoledronic acid.....	67	ZURZUVAE	50
ZERVIATE	ZOLINZA.....	40	ZYDELIG	40
90	zolpidem tartrate ...	60	ZYKADIA	40
zidovudine	ZONISADE	58	ZYLET SUS 0.5-0.3%	
24	zonisamide.....	58	.....	88
ziprasidone hcl	zovia 1/35	72		
54	ZTALMY	58		
ziprasidone mesylate				
.....				
54				
ZIRABEV				
40				

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





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

تم تحديث كتيب الوصفات الدوائية بتاريخ 06/01/2025

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