

2026

قائمة أدوية OHP (كتيب الوصفات الدوائية)

لأعضاء Columbia Pacific CCO،
Jackson Care Connect و Health Share/CareOregon



تم التحديث بتاريخ 1 أغسطس 2026

English

You can get this document in other languages, large print, braille or a format you prefer. You also have the right to an interpreter. You can get help from a certified or qualified health care interpreter. This help is free. Call your CCO toll free, TTY 711, or tell your provider. We accept relay calls.

Health Share of Oregon / CareOregon 800-244-4840

Columbia Pacific CCO 855-722-8206

Jackson Care Connect 855-722-8208

Spanish

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que prefiera. También tiene derecho a un intérprete. Puede obtener ayuda de un intérprete calificado o certificado en el área de atención médica. Esta ayuda es gratuita. Llame a la línea gratuita de su Coordinated Care Organization (CCO, Organización de Atención Coordinada), al TTY (Teléfono de texto) 711 o infórmese a su proveedor. Aceptamos llamadas de retransmisión.

Health Share of Oregon / CareOregon 800-244-4840

Columbia Pacific CCO 855-722-8206

Jackson Care Connect 855-722-8208

Vietnamese

Quý vị có thể nhận những tài liệu này bằng một ngôn ngữ khác, theo định dạng chữ in lớn, chữ nổi braille hoặc một định dạng khác theo ý muốn. Dịch vụ này là miễn phí. Gọi cho Coordinated Care Organization (CCO, Tổ chức chăm sóc phối hợp) của quý vị qua số điện thoại miễn cước, TTY (Dịch vụ dành cho người khiếm thính) 711 hoặc thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ của quý vị. Quý vị có thể nhận được sự trợ giúp từ một thông dịch viên chăm sóc sức khỏe được chứng nhận và có trình độ.

Health Share of Oregon / CareOregon 800-244-4840
Columbia Pacific CCO 855-722-8206
Jackson Care Connect 855-722-8208

Arabic

يمكنك الحصول على هذه الوثيقة بلغات أخرى، أو بخطّ كبير، أو بطريقة برايل، أو بأي تنسيق تفضله. لديك أيضًا الحق في الحصول على مترجم فوري. ويمكنك الحصول على مساعدة من مترجم فوري معتمد أو مؤهل في مجال خدمات الرعاية الصحية. وتُقدّم هذه المساعدات مجانًا. اتصل ، مؤسسة CCO (Coordinated Care Organization) بالرقم المجاني الخاص بـ (الهاتف النصي) على الرقم 711، أو TTY (الرعاية المُنسّقة)، أو عبر

Health Share of Oregon / CareOregon 800-244-4840
Columbia Pacific CCO 855-722-8206
Jackson Care Connect 855-722-8208

Dari - Afghan Persian

شما می‌توانید این سند را به زبان های دیگر، چاپ بزرگ، خط بریل یا فارمت که شما ترجیح می‌دهید بدست بیاورید. شما همچنان حق دارید که یک ترجمان شفاهی داشته باشید. شما می‌توانید از یک ترجمان شفاهی مراقبت صحی تصدیق شده یا واجد شرایط کمک بگیرید. این کمک رایگان است. با Coordinated Care Organization (CCO)، اداره مراقبت هماهنگ شده) رایگان ، TTY (تلیفون پیام کتبی) 711 خود تماس بگیرید، یا به داکتر خود بگویید. ما تماس های انتقالی را می پذیریم.

Health Share of Oregon / CareOregon 800-244-4840
Columbia Pacific CCO 855-722-8206
Jackson Care Connect 855-722-8208

Russian

Этот документ можно получить в переводе на другой язык, напечатанным крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в другом удобном формате. Кроме того, вы имеете право на услуги устного переводчика. Вы можете получить помощь дипломированного или квалифицированного устного переводчика, специализирующегося в области медицины. Эти услуги бесплатны. Позвоните в Coordinated Care Organization (CCO, организация координации медицинского обслуживания) по бесплатному номеру (телетайп: 711) или обратитесь к медицинскому работнику. Мы принимаем звонки в режиме ретрансляции.

Health Share of Oregon / CareOregon 800-244-4840

Columbia Pacific CCO 855-722-8206

Jackson Care Connect 855-722-8208

Somali

Waxaad dukumiintigaan ku heli kartaa luuqadaha kale, farta waawayn, farta indhoolaha ama nooca aad rabto. Waxaad sidoo kale xaq u leedahay inaad hesho turjubaan. Waxaad caawimaad ka heli kartaa turjubaan daryeelka caafimaadka qaabilsan oo xirfad u leh ama shahaado u haysta. Caawimadaan waa bilaash. Wac lambarka bilaashka ah ee Coordinated Care Organization (CCO, Ururka Isku-dubbarida Daryeelka), TTY (Taleefanka dadka maqalka naafada ka ah) 711, ama u sheeg dhakhtarkaaga. Waan aqbalnaa wicitaanada dadka maqalka culus.

Health Share of Oregon / CareOregon 800-244-4840

Columbia Pacific CCO 855-722-8206

Jackson Care Connect 855-722-8208

Traditional Chinese (Cantonese)

您可以獲得以其他語言、大字體、盲文或您喜歡的格式提供的該文件。您還有權獲得由口譯員提供的翻譯協助。您可以從經認證或合格的醫療保健口譯員那裡獲得幫助。這項幫助是免費的。請撥打您的 Coordinated Care Organization (CCO, 協調護理組織) 免費電話, 聽障或語言障礙人士請撥打 TTY (听障语障专线) 711 進行諮詢, 或告知您的服務提供方。我們接受中繼呼叫。

Health Share of Oregon / CareOregon 800-244-4840

Columbia Pacific CCO 855-722-8206

Jackson Care Connect 855-722-8208

Simplified Chinese (Mandarin)

您可以获得以其他语言、大字体、盲文或您喜欢的格式提供的该文件。您还有权获得由口译员提供的翻译协助。您可以从经认证或合格的医疗保健口译员那里获得帮助。这项帮助是免费的。请拨打您的 Coordinated Care Organization (CCO, 协调护理组织) 免费电话, 听障或语言障碍人士请拨打 TTY (听障语障专线) 711 进行咨询, 或告知您的服务提供方。我们接受中继呼叫。

Health Share of Oregon / CareOregon 800-244-4840

Columbia Pacific CCO 855-722-8206

Jackson Care Connect 855-722-8208

Korean

본 문서는 다른 언어, 큰 활자, 점자 또는 귀하가 선호하는 형식으로 제공될 수 있습니다. 또한 통역사를 요청할 권리가 있습니다. 자격증을 소지하였거나 자격을 갖춘 의료 전문 통역사의 도움을 받을 수 있습니다. 이 지원은 무료로 제공됩니다. Coordinated Care Organization(CCO, 조정 진료 기구) 무료 전화, TTY(문자 전화) 711 로 전화하거나 담당 제공자에게 문의하십시오. 중계 전화도 받고 있습니다.

Health Share of Oregon / CareOregon 800-244-4840
Columbia Pacific CCO 855-722-8206
Jackson Care Connect 855-722-8208

Chuukese

Ka tongeni angei ei taropwe non ekkoch fos, taropwe mi watte, braille ika ew napanap ka mochen. Mei pwan wor omw mumuta ngeni emon chon affouni. Ka tongeni angei aninis seni emon chon affouni pekin safei mei wor an taropwen mumuta ika mei sinenap. Ika fen me apasa pwe seni faniten. Kokkori noumw we Coordinated Care Organization (CCO, Ekkewe Tumunun Pekin Safei mi kawor non ekkewe sokopaten kinikin fan ewe chok budget) ese kamo, TTY (Text me Pwóróusfengen wóón Fonu fán iten ekkewe mi selingepúng) 711, ika ereni noumw ewe chon awora aninis. Sia etiwa ekkewe kokkotun relay.

Health Share of Oregon / CareOregon 800-244-4840
Columbia Pacific CCO 855-722-8206
Jackson Care Connect 855-722-8208

Ukrainian

Цей документ можна отримати в перекладі іншою мовою, надрукованим великим шрифтом, шрифтом Брайля або в іншому зручному форматі. Крім того, ви маєте право на послуги усного перекладача. Ви можете отримати допомогу дипломованого або кваліфікованого усного перекладача, який спеціалізується в медичній галузі. Ці послуги безкоштовні. Зателефонуйте у свою Coordinated Care Organization (CCO, організація координації медичного обслуговування) за безкоштовним номером (телетайп: 711) або зверніться до медичного працівника. Ми приймаємо виклики в режимі ретрансляції.

Health Share of Oregon / CareOregon 800-244-4840
Columbia Pacific CCO 855-722-8206
Jackson Care Connect 855-722-8208

Farsi

می‌توانید این سند را به زبان‌های دیگر، به صورت نسخه چاپی درشت، خط بریل، یا در قالب دلخواه خود دریافت کنید. همچنین حق دارید از مترجم شفاهی کمک بگیرید. می‌توانید از مترجم شفاهی مراقبت‌های بهداشتی دارای گواهی‌نامه یا واجد صلاحیت کمک بگیرید. این کمک رایگان است. با شماره رایگان Coordinated Care Organization (CCO)، های مراقبت شده‌هماهنگ) خود تماس بگیرید، از طریق TTY (دستگاه تله‌تایپ) با شماره 711 تماس حاصل کنید، یا موضوع را به ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود اطلاع دهید. ما از تماس‌های رله پشتیبانی می‌کنیم.

Health Share of Oregon / CareOregon 800-244-4840
Columbia Pacific CCO 855-722-8206
Jackson Care Connect 855-722-8208

Amharic

ይህንን ሰነድ በሌሎች ቋንቋዎች፣ በትላልቅ ህትመቶች፣ በብሬይል ወይም በሚመርጡት ቅርጸት ማግኘት ይችላሉ። በተጨማሪም አስተርጓሚ የማግኘት መብት አለዎት። እውቅና ካለው ወይም ብቃት ካለው የጤና እንክብካቤ አስተርጓሚ እርዳታ ማግኘት ይችላሉ። ይህ እርዳታ ነጻ ነው። ወደ የእርስዎ Coordinated Care Organization (CCO፣ የተቀናጀ እንክብካቤ ድርጅት) ከክፍያ ነጻ፣ TTY (በጽሑፍ የሚደረግ ስልክ) 711 ይደውሉ፣ ወይም ለአቅራቢዎ ይንገሩ። የሪሌይ ስልክ ጥሪዎችን እንቀበላለን።

Health Share of Oregon / CareOregon 800-244-4840
Columbia Pacific CCO 855-722-8206
Jackson Care Connect 855-722-8208

Khmer/Cambodian

អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះជាភាសាផ្សេងទៀត អក្សរធំៗ អក្សរស្នាប ឬទម្រង់ដែលអ្នកចង់បាន។

អ្នកក៏មានសិទ្ធិទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ផងដែរ។

អ្នកអាចទទួលបានជំនួយពីអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ផ្នែកថែទាំសុខភាព ដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ឬមានវិញ្ញាបនបត្របញ្ជាក់។

ជំនួយនេះផ្តល់ជូនឥតគិតថ្លៃ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅ Coordinated Care Organization (CCO, ស្ថាប័នថែទាំដែលមានការសម្របសម្រួល)

ឥតគិតថ្លៃសេវារបស់អ្នក, TTY (ទូរអង្គុលីលេខ) 711

ឬប្រាប់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

យើងទទួលយកការហៅទូរសព្ទបញ្ជូនបន្ត។

Health Share of Oregon / CareOregon 800-244-4840

Columbia Pacific CCO 855-722-8206

Jackson Care Connect 855-722-8208

Burmese

ဤစာရွက်စာတမ်းကို အခြားဘာသာစကားများ၊ စာလုံးကြီးဖြင့်

ပုံနှိပ်ထားခြင်း၊ မျက်မမြင်စာ သို့မဟုတ် သင်နစ်သက်သော

ဖောမက်တစ်ခုဖြင့် ရရှိနိုင်ပါသည်။ သင့်တွင်

စကားပြန်တစ်ဦးရပိုင်ခွင့်လည်း ရှိပါသည်။ အသိအမှတ်ပြုထားသော

သို့မဟုတ် အရည်အချင်းပြည့်မီသော ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ

စကားပြန်တစ်ဦး၏ အကူအညီကို သင်ရရှိနိုင်ပါသည်။ ဤအကူအညီသည်

အခမဲ့ ဖြစ်ပါသည်။ သင့် Coordinated Care Organization (CCO,

ကျန်းမာရေး ပူးပေါင်းစောင့်ရှောက်မှုအဖွဲ့) ထံ ဖုန်းခေါ်ဆိုခ အခမဲ့ဖြင့်

ဖြစ်စေ၊ TTY (စာရိုက်တယ်လီဖုန်း) 711 သို့ ဖြစ်စေ ခေါ်ဆိုပါ။ သို့မဟုတ်

သင်၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူကို ပြောပါ။

ကြားလူအကူအညီဖြင့် ဖုန်းခေါ်ဆိုမှုများကို ကျွန်ုပ်တို့ လက်ခံပါသည်။

Health Share of Oregon / CareOregon 800-244-4840

Columbia Pacific CCO 855-722-8206

Jackson Care Connect 855-722-8208

Swahili

Unaweza kupata hati hii katika lugha nyingine, herufi kubwa, breli au katika muundo unaoupenda. Pia una haki ya kupata mkalimani.

Unaweza kupata msaada kutoka kwa mkalimani wa huduma za afya aliyeidhinishwa au anayestahiki. Msaada huu haulipishwi. Pigia simu Shirika la Coordinated Care Organization (CCO, Huduma Zilizoratibiwa) kwa, TTY (Simu ya Maandishi) 711 bila malipo, au mweleze mtoa huduma wako. Tunapokea simu za kupitia mfasiri wa mawasiliano.

Health Share of Oregon / CareOregon 800-244-4840

Columbia Pacific CCO 855-722-8206

Jackson Care Connect 855-722-8208



قائمة أدوية OHP لعام 2026 (كتيب الوصفات الدوائية)

تُدار بواسطة CareOregon. تم التحديث بتاريخ 1 أغسطس 2026

المقدمة

مزاياك الصيدلانية

نحن نحرص على حصولك على الرعاية المناسبة لاحتياجاتك الصحية! ويُعدّ الحصول على الأدوية التي يصفها لك مقدم خدمة الرعاية الصحية المعنى بك جزءًا بالغ الأهمية من هذه الرعاية. يتم دفع تكاليف العديد من الأدوية الموصوفة طبيًا المشمولة بتغطية Oregon Health Plan (OHP) Medicaid التأمينية الخاصة بك، ولكن ليست جميع الأدوية مشمولة في التغطية؛ فكيف يمكنك معرفة الأدوية التي تشملها التغطية، وتلك التي لا تشملها؟ سيوفر لك هذا الكتيب قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية. ويُطلق على هذه القائمة اسم "كتيب الوصفات الدوائية". لقد تعاونًا مع الصيدلة والأطباء على إعداد كتيب وصفات دوائية يضم أدوية آمنة وفعّالة. وتشرف شركة CareOregon على هذا الكتيب، وهي جهة شريكة في coordinated care organization (CCO)، مؤسسة خدمات الرعاية الصحية المُنسقة (المعنية بك).

نحدّث محتوى هذا الكتيب عادةً كل شهرين. وللحصول على أحدث المعلومات حول الأدوية التي نغطي تكلفتها، يُرجى الاتصال بقسم خدمة العملاء في مؤسسة CCO المعنية بك. والقسم متاح للاتصال به من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً.

خدمة عملاء Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

خدمة عملاء Health Share/CareOregon: 800-224-4840

خدمة عملاء Jackson Care Connect: 855-722-8208

خطوات البدء

بالنسبة إلى بعض الأدوية، سيحتاج مقدم خدمة الرعاية الصحية المعني بك إلى التنسيق مع مؤسسة CCO المعنية بك قبل تغطية تكلفة الأدوية الموصوفة طبيًا. ويُسمى هذا الإجراء بالموافقة المسبقة. يساعد الحصول على الموافقة المسبقة على بدء العلاج بالدواء في أسرع وقت ممكن.

وإليك فيما يلي بعض الأمور المهمة التي ينبغي لك معرفتها:

1. قبل مغادرة عيادة مقدم خدمة الرعاية الصحية، اسأل عما إذا كانت CCO المعنية بك تغطي تكلفة الدواء الموصوف لك.
 2. إذا لم تكن مؤسسة CCO المعنية بك تغطي تكلفة هذا الدواء، فاسأل مقدم خدمة الرعاية الصحية عما إذا كان هناك دواء آخر مشمول بالتغطية ويمكن أن يكون مناسبًا لحالتك.
 3. إذا لم يصف لك مقدم خدمة الرعاية الصحية دواءً بديلًا، فاطلب منه تقديم طلب الحصول على موافقة مسبقة من مؤسسة CCO المعنية بك.
 4. إذا تم قبول طلب الموافقة المسبقة، فستبلغك بذلك مؤسسة CCO المعنية بك أنت ومقدم خدمة الرعاية الصحية المعني بك. أما إذا لم تتم الموافقة على الطلب، فستوضح لك منظمة CCO كيفية التماس إعادة النظر في القرار.
- احرص دائمًا على اتباع تعليمات مقدم خدمة الرعاية الصحية والصيدلي بشأن كيفية تناول الدواء (الأدوية) الموصوفة لك.

كيفية صرف الوصفات الدوائية

1. يمكنك صرف وصفتك الدوائية من أي صيدلية مشاركة ضمن شبكة مؤسسة CCO. ويمكنك العثور على قائمة الصيدليات التابعة لشبكة مؤسسة CCO من خلال دليل Provider Directory (دليل موفري الخدمات) المتاح على الإنترنت من خلال الموقع الإلكتروني لمؤسسة CCO.

:Columbia Pacific CCO

colpachealth.org/providerdirectory

:Health Share/CareOregon

careoregon.org/members/find-a-provider

:Jackson Care Connect

jacksoncareconnect.org/providerdirectory

2. احرص على إبراز بطاقة هوية عضويتك في مؤسسة CCO في كل مرة تصرف فيها دواءً موصوفًا طبيًا.

3. لن يُطلب منك سداد أي مدفوعات مشتركة مقابل أي دواءٍ تغطي تكلفته مؤسسة CCO المعنية بك. وإذا طلبت منك الصيدلية سداد تكلفة أحد الأدوية الموصوفة لك طبيًا، فاتصل بقسم خدمة العملاء لدى مؤسسة CCO قبل السداد.

مهم: بصفتك عضوًا، تقع على عاتقك مسؤولية التواصل مع قسم خدمة العملاء قبل دفع أي تكاليف أدوية موصوفة طبيًا من جيبك. وإذا تعذر عليك التواصل مع القسم، فقد تعوزك مؤسسة CCO عن تكلفة الأدوية الموصوفة طبيًا التي دفعتها من جيبك. ويتوقف ذلك على نطاق المزايا التي تشملها تغطيتك، وكذلك على القيود والاستثناءات المنصوص عليها في الخطة. يمكنك العثور على نموذج يتضمن تعليمات طلب استرداد الأموال المدفوعة في قسم "Member Forms (نماذج الأعضاء)" على الموقع الإلكتروني لمؤسسة CCO المعنية بك.

إذا كانت عيادة مقدم خدمة الرعاية الصحية مغلقة، ورأيت أنك تحتاج إلى صرف الدواء الموصوف طبيًا بشكل عاجل، فاتصل برقم الهاتف المخصص للتواصل مع مقدم خدمة الرعاية الصحية خارج ساعات العمل الرسمية. وستجد عادة شخصًا متاحًا للإجابة عن أسئلتك.

الأدوية غير المشمولة بالتغطية

من أجل مساعدة الأعضاء على تحقيق أفضل النتائج الصحية الممكنة، قد تضيف أو تحذف مؤسسة CCO أدوية إلى كتيب الوصفات الدوائية، أو تعدّل قواعد التغطية الخاصة ببعض الأدوية. وإذا قررت مؤسسة CCO حذف دواء من كتيب الوصفات الدوائية، أو تغيير قواعد التغطية الخاصة بدواء معين تستخدمه، فستبلغك بذلك قبل تنفيذ ذلك التغيير بفترة لا تقل عن 30 يومًا. تشمل الأدوية غير المشمولة بالتغطية ما يلي:

- الأدوية غير المدرجة في كتيب الوصفات الدوائية (يُرَجَى الرجوع إلى القسم المعنون "الأدوية غير المدرجة في كتيب الوصفات الدوائية" لمزيد من المعلومات).
- الأدوية المستخدمة لعلاج الحالات غير المشمولة بتغطية Oregon Health Plan.
- الأدوية المستخدمة لأغراض تجميلية.

- الأدوية المستخدمة لدواعي استعمال غير معتمدة طبيًا

تتم تغطية تكاليف أدوية الصحة النفسية من خلال برامج Medical Assistance Programs (MAP، برامج المساعدة الطبية) التابعة للولاية؛ ومن ثمّ، فهذه الأدوية غير مدرجة في كتيب الوصفات الدوائية هذا. ويرسل الصيدلي فاتورة السداد المعنية بهذه الأدوية مباشرة إلى برامج MAP.

الأعضاء الجدد في الخطة أو الخارجون حديثاً من المستشفى

لعل الأعضاء الجدد، أو الأعضاء الذين ينتقلون إلى مستوى مختلف من الرعاية، يستخدمون دواءً غير مدرج في كتيب الوصفات الدوائية أو دواءً يخضع لقيود خاصة؛ فإذا طلب مقدم خدمة الرعاية الصحية تغطية تكلفة هذا الدواء، يمكن أن يوفر لك إمداداً مؤقتاً بهذا الدواء. ويتيح لك هذا الإمداد المؤقت بالدواء الوقت الكافي لتجربة دواء آخر بديل مدرج في كتيب الوصفات الدوائية، لمعرفة ما إذا كان يلبي احتياجاتك العلاجية. وخلال فترة استخدامك لهذا الإمداد المؤقت، ينبغي لمقدم خدمة الرعاية الصحية المعني بك تقديم طلب موافقة مسبقة حتى تتم تغطية تكلفة الدواء البديل.

الأدوية الجَنيسة (البديلة المكافئة)

الدواء الجَنيس هو دواء له نفس مفعول الدواء ذي الاسم التجاري؛ فهو بديل مكافئ له. وفي معظم الحالات، لا تتم تغطية تكلفة الدواء ذي الاسم التجاري عند توفر بدائل جَنيسة للدواء.

الأدوية Over-the-counter (OTC)، المتاحة من دون وصفة طبية

تغطي مؤسسة CCO المعنية بك تكلفة بعض الأدوية المتاحة من دون وصفة طبية والمدرجة في كتيب الوصفات الدوائية. وتكون هذه الأدوية مشمولة بالتغطية إذا حصلت على وصفة طبية لها من مقدم خدمة الرعاية الصحية المعني بك.

القيود المفروضة على الأدوية المدرجة في كتيب الوصفات الدوائية

قد يخضع استخدام بعض الأدوية المشمولة بالتغطية لقواعد خاصة. وتشمل هذه القواعد ما يلي:

- **الموافقة المسبقة (PA):** إذا رغبَ مقدم خدمة الرعاية الصحية في وصف دواء موسوم بالرمز "PA - الموافقة المسبقة"، فيجب عليه إرسال طلب Prior Authorization (موافقة مسبقة) أو Formulary Exception Request Form (نموذج طلب استثناء من كتيب الوصفات الطبية) إلينا. ولا يمكننا سداد تكلفة الدواء الموصوف طبيًا ما لم تتم الموافقة على الطلب مسبقًا. وفي العادة، لا نوافق على طلبات الموافقة المسبقة إلا إذا كان الدواء مخصصًا لعلاج حالات مرضية مشمولة بتغطية Oregon Health Plan.
- **حدود الكمية (QL):** بالنسبة إلى الأدوية الموسومة بالرمز "QL"، فإننا نضع حدًا لكمية الدواء التي يمكننا تغطية تكلفتها. وإذا أراد مقدم خدمة الرعاية الصحية المعني بك وصف كمية تتجاوز الحد المسموح به، فيجب عليه إرسال طلب موافقة مسبقة إلينا.

• **العلاج التدريجي (ST):** في بعض الحالات، نطلب منك تجربة أدوية أخرى قبل أن نوافق على تغطية دواء موسوم بالرمز "ST - العلاج التدريجي". لنفترض أن الدواء (أ) والدواء (ب) يعالجان حالتك المرضية. قد لا نغطي تكلفة الدواء (ب) قبل أن تجرب الدواء (أ)، ولكن إذا كان للدواء (أ) آثار جانبية ضارة، أو لم يكن فعالاً في علاج حالتك، فسنغطي تكلفة الدواء (ب).

• **القيود العمرية (AR):** بالنسبة إلى بعض الأدوية، نشترط أن يكون عمر المريض أصغر أو أكبر من عمر معين حتى تكون تغطية الدواء متاحة. على سبيل المثال، قد يكون أحد الأدوية مخصصاً فقط للأطفال دون سن 6 أعوام أو للأشخاص الذين فوق سن 16 عامًا.

الاستثناءات

قد تحصل على كمية من بعض الأدوية تكفي لمدة تصل إلى 90 يومًا. وستجد الأدوية التي تستوفي شروط صرف كمية تكفي لمدة 90 يومًا موسومة بعبارة "90-day supply available" (يتوفر صرف كمية تكفي لمدة 90 يومًا) في قسم الملاحظات بجوار اسم الدواء في كتيب الوصفات.

ملاحظة: قد توافق مؤسسة CCO المعنية بك على إعادة صرف كمية إضافية للدواء الموصوف طبيًا في الحالات التالية:

- فقدان الدواء الموصوف طبيًا، أو سرقة، أو انسكابها.
 - حاجتك إلى كمية إضافية من الدواء بسبب سفرك خارج المدينة.
 - حاجتك إلى كمية إضافية من الدواء بسبب زيادة جرعتك.
 - حاجتك إلى كمية من دواء معين لاستخدامها في مكان العمل أو المدرسة.
- ولمزيد من المعلومات، يُرجى الاتصال بقسم خدمة العملاء التابع لمؤسسة CCO المعنية بك.

الأدوية غير المدرجة في كتيب الوصفات الدوائية

لا تكون الأدوية مشمولة عادةً بالتغطية ما لم تكن مدرجة في كتيب الوصفات الدوائية. ومع ذلك، إذا رأى مقدم خدمة الرعاية الصحية المعني بك أن دواءً غير مدرج في كتيب الوصفات الدوائية هو الخيار العلاجي الأنسب لحالتك، فيمكنه أن يطلب من مؤسسة CCO المعنية بك تغطية تكلفة هذا الدواء. ويُعرف هذا الإجراء باسم "تقديم طلب استثناء من كتيب الوصفات الدوائية". وسيتعين على مقدم خدمة الرعاية الصحية تقديم طلب الحصول على موافقة مسبقة. وعادة، لا تتم الموافقة على طلبات الاستثناء من كتيب الوصفات الدوائية إلا في الحالات التالية:

- وجود داع طبي لحاجتك إلى ذلك الدواء بعينه.
- عدم فعالية الأدوية الأخرى المدرجة في كتيب الوصفات الدوائية في علاج حالتك.

الاحتياجات العاجلة للأدوية غير المدرجة في كتيب الوصفات الدوائية أو الأدوية الخاضعة لقيود

يمكن لمقدم خدمة الرعاية الصحية أو الصيدلي طلب كمية طارئة تكفي لمدة خمسة أيام من دواء غير مدرج في كتيب الوصفات الدوائية أو دواء يخضع لقيود خاصة. وهذا يتيح لهما مهلة كافية لإرسال طلب موافقة مسبقة إلى مؤسسة CCO المعنية بك. لطلب كمية طارئة، يُرجى الاتصال بخدمة العملاء لدى مؤسسة CCO المعنية بك.

يمكنك الاطلاع على مزيد من المعلومات على البوابة الإلكترونية للأعضاء Member Portal الخاصة بمؤسسة CCO.

توفر مؤسسة CCO المعنية بك بوابة إلكترونية (Member Portal) آمنة للأعضاء يمكنك من خلالها الاطلاع على معلومات حول وصفاتك الدوائية الطبية والقيام بأشياء أخرى. بعد تسجيل دخولك إلى البوابة الإلكترونية للأعضاء Member Portal، يمكنك فعل ما يلي:

- الاطلاع على معلومات مزاياك
 - مراجعة سجل صرف وصفاتك الدوائية الطبية
 - البحث عن مقدم خدمة رعاية صحية
 - إرسال رسالة آمنة إلينا
 - وغير ذلك الكثير
- يمكنك التسجيل في البوابة الإلكترونية للأعضاء Member Portal الخاصة بمؤسسة CCO من خلال الروابط التالية:

Columbia Pacific CCO: colpachealth.org/portal

Health Share/CareOregon: careoregon.org/portal

Jackson Care Connect: jacksoncareconnect.org/portal

جدول المحتويات

1 (مُضادّات العدوى) ANTI-INFECTIVES

- 1..... (البنسلينات) PENICILLINS
 2..... (السيفالوسبورينات) CEPHALOSPORINS
 4..... (المكروليدات) MACROLIDES
 4..... (التتراسيكلينات) TETRACYCLINES
 4..... (الفلوروكوينولونات) FLUOROQUINOLONES
 5..... (أميبيسايدات - مبيدات الأميبا) AMEBICIDES
 5..... (الأمينوغليكوزيدات) AMINOGLYCOSIDES
 5..... (مواد العلاج المضادة لمرض السل) ANTITUBERCULOSIS AGENTS
 5..... (مُضادّات الفُطريّات) ANTIFUNGALS
 6..... (مُضادّات الفُطريّات - الجلد والأغشية المخاطيّة) ANTIFUNGALS (SKIN & MUCOUS MEMBRANE)
 7..... (مُضادّات الفَيروسلت) ANTIVIRALS
 8..... (مواد العلاج المُضادّة لالتهاب الكبد) HEPATITIS AGENTS
 9..... (فَيروس العَوَز المناعي البَشَري) HIV
 12..... (مواد العلاج المُضادّة للإنفلونزا) INFLUENZA AGENTS
 12..... (مُضادّات المَلاريا) ANTIMALARIALS
 12..... (مُضادّات الديدان) ANTHELMINTICS
 13..... (مواد العلاج المُضادّة للعدوى: مِتتوّعات) MISC
 15..... (اعتلال الدماغ الكبدي) HEPATIC ENCEPHALOPATHY
 15..... (المُونوباكلتامت) MONOBACTAMS

15 (اللقاحات) VACCINES

- VACCINES AGES 18 AND YOUNGER COVERED BY VACCINES FOR CHILDREN
 (اللقاحات التي تُعطىها اللقاحات للأطفال الذين
 في سن 18 عاماً أو أقل)

18 (مُضادّات الأورام السرطانيّة) ANTI-NEOPLASTICS

- 18..... (الترياق) ANTIDOTES
 18..... (المُضادّات الأيضيّة) ANTIMETABOLITES
 18..... (مواد العلاج المُضادّة للأورام السرطانيّة) ANTINEOPLASTIC AGENTS
 28..... (البروجستينات) PROGESTINS

28 (الأدوية الهرمونيّة والأَيضيّة) ENDOCRINE AND METABOLIC DRUGS

- 28..... (الغدة الكظريّة) ADRENALS
 30..... (الأندروجينات) ANDROGENS
 31..... (الإستروجينات) ESTROGENS
 32..... (وسائل منع الحمل) CONTRACEPTIVES
 37..... (مُثبّطات ألفا غلوكوزيداز) ALPHA-GLUCOSIDASE INHIBITORS
 37..... (المواد العلاج المِتتوّعة المُضادّة لنقص السُكّر في الدّم) ANTIHYPOGLYCEMIC AGENTS, MISCELLANEOUS

37	BIGUANIDES (بيغوانيدس).....
38	COMBO ANTI-DIABETIC (علاج مركب مُضاد لمرض السكري).....
38	GLUCAGON (أَلْغوكاغون).....
38	GNRH AGENTS (مواد العلاج للهرمون المُطلَق لمُوجهة الغدة التناسليّة - GNRH).....
39	INCRETIN MIMETICS (مُحاكاة الإنكريتين).....
41	INSULINS (الأنسولين).....
43	DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4(DPP-4) INHIBITORS (مُثبّطات ثنائي ببتيداز - 4، الذي يُعرف بـ DPP-4).....
43	MEGLITINIDES (ألميغلينيدات).....
43	SODIUM-GLUC COTRANSPORT 2 (SGLT2) INHIB (مُثبّطات ناقل الصوديوم والغلوكوز 2 - الذي يُعرف بـ SGLT2).....
45	SULFONYLUREAS (السُلْفونيلوريا).....
46	THIAZOLIDINEDIONES (الثيازوليدينيونات).....
46	ANTITHYROID AGENTS (مواد علاج مُضادّات الغُدّة الدرقيّة).....
46	THYROID AGENTS (مواد علاج الغُدّة الدرقيّة).....
49	OXYTOCICS (الأوكسيتوسين).....
49	ERGOT-DERIV. (مُشتقّات من فطر الأرغوت) DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS (ناهضات مُستقبّلات الدوبامين).....
50	OSTEOPOROSIS (هشاشة العظام).....
50	OTHER MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS (مواد علاجيّة متنوّعة أخرى).....
53	PITUITARY (الغُدّة النخاميّة).....
53	SOMATOTROPIN AGONISTS (ناهضات هرمون النمو -سوماتوتروبين).....
53	SOMATOTROPIN ANTAGONISTS (مُضادّات هرمون النمو - سوماتوتروبين).....
53	VITAMIN D (فيتامين د).....
55	VITAMIN E (فيتامين E).....
55	CARDIOVASCULAR AGENTS (مواد علاج القلب والأوعيّة الدمويّة).....
55	CARDIOTONIC AGENTS (مواد علاج مُنشّطة للقلب).....
56	CARDIAC DRUGS, MISCELLANEOUS (أدوية متنوّعة للقلب).....
56	NITRATES AND NITRITES (النّيتريت والنّيترائيت).....
57	BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS (مواد العلاج الحاصرة لمُستقبّلات بيتا الأدريناليّة).....
60	CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS (مواد العلاج الحاصرة لقنوات الكالسيوم).....
64	ANTIARRHYTHMICS (مُضادّات اضطراب النظم القلبي).....
64	ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS (مُضادّات مُستقبّلات الأنجيوتنسين الثاني).....
66	ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME INHIBITORS (مُثبّطات الإنزيم المُحوّل للأنجيوتنسين).....
67	CENTRAL ALPHA-AGONISTS (الناهضات المركزيّة لمُستقبّلات ألفا).....
68	COMBO HYPERTENSION MEDS (أدوية مُركّبة لعلاج ارتفاع ضغط الدم).....
69	DIRECT VASODILATORS (موسّعات الأوعيّة الدمويّة المباشرة).....
69	CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS (EENT) (مُثبّطات الأنهيدراز الكربونيّة - العين والأذن والأنف والحجرة).....
70	LOOP DIURETICS (مُدّرّات البُول العرونيّة).....
71	POTASSIUM-SPARING DIURETICS (مُدّرّات البُول الحافظة للبوتاسيوم).....
71	THIAZIDE AND THIAZIDE-LIKE DIURETICS (مُدّرّات البُول الثيازيدية وما شابهها).....
72	ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS (ناهضات مُستقبّلات ألفا الأدريناليّة).....
72	EPINEPHRINE (أبينيفرين).....

72	ANTILIPEMIC AGENTS, MISCELLANEOUS (مواد علاج متنوعة خافضة لسكر الدم).....
72	BILE ACID SEQUESTRANTS (مواد عزل الأحماض الصفراوية).....
72	FIBRIC ACID DERIVATIVES (مشتقات حمض الألياف).....
73	PCSK9 INHIBITORS (مثبطات PCSK9).....
73	STATINS (الستاتينات).....
74	PULMONARY HYPERTENSION (ارتفاع ضغط الدم في الشريان الرئوي).....
75	RESPIRATORY AGENTS (مواد علاج الجهاز التنفسي)
75	ANTI-HISTAMINES (مضادات الهيستامين).....
76	DECONGESTANTS (مزيلات الاحتقان).....
76	NASAL STEROIDS (الستيرويدات الأنفية).....
77	ALLERGY NASAL SPRAY (بخاخ أنفي للحساسية).....
77	CYSTIC FIBROSIS (التليف الكيسي).....
77	INHALED ANTICHOLINERGICS (مضادات الكولين المستنشقة).....
78	INHALED BETA-AGONISTS (ناهضات مستقبلات بيتا المستنشقة).....
78	INHALED COMBO ANTICHOLINERGICS/BETA-AGONISTS (مزيج استنشقي من مضادات الكولين/ناهضات مستقبلات بيتا).....
78	INHALED COMBO BETA-AGONISTS/ANTICHOLINERGICS (مزيج استنشقي من ناهضات بيتا/مضادات الكولين).....
78	INHALED COMBO STEROID/BETA-AGONISTS (مزيج استنشقي من الستيرويدات/ناهضات بيتا).....
79	INHALED STEROIDS (الستيرويدات المستنشقة).....
79	LEUKOTRIENE MODIFIERS (معدلات الليكوترين).....
79	OTHER ASTHMA/COPD (أخرى للربو/مرض الانسداد الرئوي المزمن).....
80	GASTROINTESTINAL AGENTS (مواد علاج للجهاز الهضمي)
80	CATHARTICS AND LAXATIVES (المسهلات والملينات).....
81	ANTACIDS AND ADSORBENTS (مضادات الحموضة والمواد الممتزة).....
82	ANTIDIARRHEA AGENTS (مضادات الإسهال).....
82	ANTIMUSCARINICS/ANTISPASMODICS (مضادات المسكارين/مضادات التشنج).....
83	HISTAMINE H2-ANTAGONISTS (مضادات مستقبلات الهيستامين H2).....
84	PROSTAGLANDINS (البروستاغلاندينات).....
84	PROTECTANTS (مواد الحماية).....
84	PROTON-PUMP INHIBITORS (مثبطات مضخة البروتون).....
84	ANTI-NAUSEA (مضاد الغثين).....
86	DIGESTANTS (المواد الهاضمة).....
87	CHOLELITHOLYTIC AGENTS (مواد إذابة حصى المرارة).....
87	INFLAMMATORY BOWEL AGENTS (مواد علاج التهاب الأمعاء).....
88	PHOSPHATE-REMOVING AGENTS (مواد إزالة الفوسفات).....
88	PROKINETIC AGENTS (مواد علاج ناهضة لحركة الجهاز الهضمي).....
88	GENITOURINARY PRODUCTS (منتجات معينة بالجهاز البولي والجهاز التناسلي)
88	INCONTINENCE/URINARY FREQUENCY (سلس البول/كثرة التبول).....
89	PARASYMPATHOMIMETIC (CHOLINERGIC AGENTS) (محاكاة الجهاز العصبي اللاودي - مواد علاج الكولين).....
89	CONTRACEPTIVES (E.G. FOAMS, DEVICES) (وسائل منع الحمل مثل الرغوة والأجهزة).....

90	VAGINAL ANTI-INFECTIVES (مُضادّات العدوى المهبلية)
90	ALKALINIZING AGENTS (مواد مُقلّونة)
90	IRRIGATING SOLUTIONS (محاليل ريّ)
91	MISCL URINARY AGENTS (مواد متنوّعة لعلاج الجهاز التّولي)
91	BPH AGENTS (مواد علاج تضخّم البروستاتا الحميد - BPH)
92	CENTRAL NERVOUS SYSTEM DRUGS (أدوية الجهاز العصبي المركزي)
92	ANXIOLYTICS, SEDATIVES & HYPNOTICS, MISC. (أدوية متنوّعة من مُضادّات القلق، المهدئات، والمنوّمات)
93	BENZODIAZEPINES (البنزوديازيبينات)
93	BARBITURATES (ANXIOLYTIC, SEDATIVE/HYP) (الباربيتورات - مُضادّة للقلق، مُهدئة/منوّمة)
	ADHD/ANTI-NARCOLEPSY/ANTI-OBESITY/ANOREXIANT AGENTS (مواد علاج اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط/مُضاد للنوم القهري/مُضاد للسمنة/مُضاد لفقدان الشهية)
93	AMPHETAMINES (الأمفيتامينات)
95	METHYLPHENIDATES (ميثيل فينيدات)
96	RESPIRATORY AND CNS STIMULANTS (منبّهات الجهاز التنفسي والجهاز العصبي المركزي)
	PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS – MISC (مواد علاج متنوّعة نفسية وعصبية)
96	ALCOHOL DETERRENTS (ردع تعاطي الكحول)
97	ANTIDEMENTIA AGENTS (مواد العلاج المُضادّة للخرف)
97	MULTIPLE SCLEROSIS (التصلّب المتعدّد)
97	SMOKING DETERRENTS (ردع التدخين)
98	ANALGESICS AND ANESTHETICS (المُسكّنات والمُخدّرات)
98	ANALGESICS AND ANTIPYRETICS, MISC. (مُسكّنات الألم وخافضات الحرارة متنوّعة)
99	SALICYLATES (الساليسيلات)
99	OPIATE PARTIAL AGONISTS (ناهضات الأفيون الجزئية)
100	OPIATES (الأفيونيات)
102	ANTI-TNF INHIBITORS (مُثبّطات مُضادّة لعامل نخر الورم)
103	DISEASE-MODIFYING ANTIRHEUMATIC AGENTS (مواد العلاج المُضادّة للروماتيزم المُعدّلة لسير المرض)
104	MISC BIOLOGIC (بيولوجيات متنوّعة)
105	NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY (NSAID) (مُضادّات الالتهاب غير الستيرويدية - NSAID)
106	ACUTE MIGRAINE PRODUCTS (منتجات علاج الصداع التّصفي الحاد)
107	CHRONIC MIGRAINE PRODUCTS (منتجات علاج الصداع التّصفي المزمن)
107	ANTIGOUT AGENTS (مواد مُضادّة للنقرس)
107	URICOSURIC AGENTS (مواد خفض حمض اليوريك)
107	ANTI-CONVULSANTS (مُضادّات الاختلاج)
110	NEUROMUSCULAR DRUGS (الأدوية العصبية العضلية)
110	ANTICHOLINERGIC AGENTS (CNS) (مواد العلاج المُضادّة للكولين (الجهاز العصبي المركزي))
110	ANTIPARKINSON (مُضادّات مرض باركنسون)

110	DOPAMINERGICS (محفّزات الدوبامين).....
111	CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS, MISC. (مواد علاج متّوّعة للجهاز العصبي المركزي).....
111	CENTRALLY ACTING SKELETAL MUSCLE RELAXANT (استرخاء العضلات الهيكلية ذو التأثير المركزي).....
111	DIRECT-ACTING SKELETAL MUSCLE RELAXANTS (مُرخّلات العضلات الهيكلية ذات التأثير المباشر).....
111	VMAT2 INHIBITORS (مُثبّطات الناقل الحويصلي لأحاديّات الأمين 2).....
112	NUTRITIONAL PRODUCTS (منتجات تغذويّة).....
112	VITAMIN B COMPLEX (فيتامين ب المركّب).....
113	MULTIVITAMIN PREPARATIONS (مُستحضرات الفيتامينات المتعدّدة).....
132	FLUORIDE (فلورايد).....
135	REPLACEMENT PREPARATIONS (مُستحضرات التعويض).....
138	CALORIC AGENTS (مواد السُعرات الحراريّة).....
139	HEMATOLOGICAL AGENTS (مواد علاج الاضطرابات الدموية).....
139	HEMATOPOIETIC AGENTS (مواد علاج مُحفّزة لإنتاج الدم).....
140	IRON CHELATING AGENTS (مواد علاج استخلاّب الحديد).....
140	IRON PREPARATIONS (مُستحضرات الحديد).....
142	ANTICOAGULANTS (مُضادّات التخثّر).....
144	HEMOSTATICS (مُرَقّلات الدم).....
145	HEMORRHEOLOGIC AGENTS (مواد علاج سيولة الدم).....
145	PLATELET-ACTING AGENTS (مواد علاج مؤثّرة على الصّفائح الدموية).....
145	TOPICAL PRODUCTS (المنتجات الموضعيّة).....
145	ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS (EENT) (ناهضات مُستقبّلات ألفا الأدرينالية - العين والأذن والأنف والحنجرة).....
145	ANTIBACTERIALS (EENT) (مُضادّات البكتيريا - العين والأذن والأنف والحنجرة).....
146	ANTIVIRALS (EENT) (مُضادّات الفيروسات - العين والأذن والأنف والحنجرة).....
146	BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS (EENT) (مواد علاج حاصرة لمُستقبّلات بيتا الأدرينالية - العين والأذن والأنف والحنجرة).....
146	CORTICOSTEROIDS (EENT) (الكورتيكوستيرويدات - العين والأذن والأنف والحنجرة).....
147	EENT DRUGS, MISCELLANEOUS (أدوية متنوّعة للعين والأذن والأنف والحنجرة).....
147	EENT NONSTEROIDAL ANTI-INFLAM. AGENTS (مواد علاج غير ستيرويديّة مُضادّة لالتهابات العين والأذن والأنف والحنجرة).....
147	MIOTICS (مُضيّقات الحدقة).....
147	MYDRIATICS (مُوسّعات الحدقة).....
148	PROSTAGLANDIN ANALOGS (نظائر البروستاغلاندين).....
148	LOCAL ANESTHETICS (EENT) (التخدير الموضعي - العين والأذن والأنف والحنجرة).....
148	EENT ANTI-INFECTIVES, MISCELLANEOUS (مُضادّات العدوى متنوّعة للعين والأذن والأنف والحنجرة).....
148	ANTIBACTERIALS (SKIN & MUCOUS MEMBRANE) (مُضادّات البكتيريا - الجلد والأغشية المخاطيّة).....
149	M FIRST AID (أدوية الإسعافات الأوليّة).....
149	LOCAL ANTI-INFECTIVES, MISCELLANEOUS (مُضادّات عدوى موضعيّة لعلاج العدوى).....
149	SCABICIDES AND PEDICULICIDES (مبيدات الجرب ومبيدات القمل).....
150	SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISC. (مواد علاج متنوّعة للجلد والأغشية المخاطيّة).....
152	TOPICAL CORTICOSTEROIDS (الكورتيكوستيرويدات الموضعيّة).....

154.....	(منتجات متنوعة) MISCELLANEOUS PRODUCTS
154.....	(مُثَبِّطَات مِتَوَّعَة).....COMPLEMENT INHIBITORS
155.....	(مُثَبِّطَات - نَاهَضَات عَلَى الْاِسْتِقْرَاح).....EMETICS
155.....	(مُناهِضَات الْاُفْيُون).....OPIATE ANTAGONISTS
155.....	(قُصُور الْغَدَّة الْكَظَرِيَّة).....ADRENOCORTICAL INSUFFICIENCY
155.....	(الْعِلَاج الْمُنَاعِي تَحْت اللِّسَان).....SUBLINGUAL IMMUNOTHERAPY
155.....	(مِتَوَّعَات أُخْرَى).....MISCL OTHER
156.....	(الْأَجْهَزة).....DEVICES
163.....	(مُواد عِلَاج تَنْثِيْب الْمُنَاعَة).....IMMUNOSUPPRESSIVE AGENTS
164.....	(مُواد عِلَاج إِزَالَة الْبُوتَاسْيُوم).....POTASSIUM-REMOVING AGENTS

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
ANTI-INFECTIVES (مُضَادَّات العدوى)			
PENICILLINS (البنسلينات)			
	Generic	TAB 250MG	AMOXICILLIN/CLAVULANATE POTASSIUM
	Generic	TAB 500MG	AMOXICILLIN/CLAVULANATE POTASSIUM
	Generic	TAB 875MG	AMOXICILLIN/CLAVULANATE POTASSIUM
	Generic	CHW 200MG	AMOXICILLIN/CLAVULANATE POTASSIUM
	Generic	CHW 400MG	AMOXICILLIN/CLAVULANATE POTASSIUM
	Generic	SUS 200/5ML	AMOXICILLIN/CLAVULANATE POTASSIUM
	Generic	SUS 250/5ML	AMOXICILLIN/CLAVULANATE POTASSIUM
	Generic	SUS 400/5ML	AMOXICILLIN/CLAVULANATE POTASSIUM
	Generic	SUS 600/5ML	AMOXICILLIN/CLAVULANATE POTASSIUM
	Generic	TAB 875MG	AMOXICILLIN
	Generic	TAB 500MG	AMOXICILLIN
	Generic	CAP 250MG	AMOXICILLIN
	Generic	CAP 500MG	AMOXICILLIN
	Generic	CHW 250MG	AMOXICILLIN
	Generic	SUS 125/5ML	AMOXICILLIN
	Generic	SUS 200/5ML	AMOXICILLIN
	Generic	SUS 250/5ML	AMOXICILLIN
	Generic	SUS 400/5ML	AMOXICILLIN
	Generic	TAB ER	AMOXICILLIN/CLAVULANATE POTASSIUM
	Generic	CAP 250MG	AMPICILLIN
	Generic	CAP 500MG	AMPICILLIN
	Generic	INJ 1.5GM	AMP-SULBACTA
	Generic	INJ 1-0.5GM	AMP-SULBACTA
	Generic	INJ 1.5GM	AMP-SULBACTA
	Generic	INJ 3GM	AMP-SULBACTA
	Generic	INJ 2-1GM	AMP-SULBACTA
	Generic	IV SOLN 3 (2-1) GM	AMP-SULBACTA
	Generic	INJ 10-5GM	AMP-SULBACTA
	Generic	INJ 15GM	AMP-SULBACTA
	Generic	CAP 250MG	DICLOXACILLIN SODIUM
	Generic	CAP 500MG	DICLOXACILLIN SODIUM
	Generic	INJ 1 GM	NAFCILLIN SODIUM
	Generic	IV SOLN 1 GM	NAFCILLIN SODIUM
	Generic	INJ 2 GM	NAFCILLIN SODIUM
	Generic	IV SOLN 2 GM	NAFCILLIN SODIUM
	Generic	INJ 10 GM	NAFCILLIN SODIUM
	Generic	IV SOLN 10 GM	NAFCILLIN SODIUM

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Generic	INJ 1 GM	OXACILLIN SODIUM
	Generic	INJ 2 GM	OXACILLIN SODIUM
	Generic	IV SOLN 10 GM	OXACILLIN SODIUM
	Generic	INJ 20000000	PENICILLIN G POTASSIUM
	Generic	INJ 5000000	PENICILLIN G POTASSIUM
	Brand	INJ 20000	PENICILLIN G POTASSIUM DEXTROSE
	Brand	INJ 40000	PENICILLIN G POTASSIUM DEXTROSE
	Brand	INJ 60000	PENICILLIN G POTASSIUM DEXTROSE
	Generic	TAB 250MG	PENICILLIN VK
	Generic	TAB 500MG	PENICILLIN VK
	Generic	SOL 125/5ML	PENICILLIN VK
	Generic	SOL 250/5ML	PENICILLIN VK
	Brand	INJ 2-0.25GM	PIP/TAZ/NACL
	Generic	INJ 2-0.25GM	PIPER/TAZOBA
	Generic	INJ 3-0.375G	PIPER/TAZOBA
	Generic	INJ 4-0.5GM	PIPER/TAZOBA
	Generic	INJ 12-1.5GM	PIPER/TAZOBA
	Generic	INJ 36-4.5GM	PIPER/TAZOBA
CEPHALOSPORINS (السيفالوسبورينات)			
	Generic	CAP 250MG	CEFACLOX
	Generic	CAP 500MG	CEFACLOX
	Generic	CAP 500MG	CEFADROXIL
	Generic	TAB 1GM	CEFADROXIL
	Generic	SUS 250/5ML	CEFADROXIL
	Generic	SUS 500/5ML	CEFADROXIL
	Generic	INJ 500MG	CEFAZOLIN
	Generic	INJ 1GM	CEFAZOLIN
	Brand	INJ 2GM/10ML	CEFAZOLIN
	Brand	INJ 3GM/30ML	CEFAZOLIN
	Generic	INJ 10GM	CEFAZOLIN
	Generic	INJ 20GM	CEFAZOLIN
	Generic	INJ 100GM	CEFAZOLIN
	Generic	INJ 300GM	CEFAZOLIN
	Generic	INJ 1GM/50ML	CEFAZOLIN
	Generic	SOL 1GM	CEFAZOLIN/DEXTROSE
	Generic	SOL 2GM	CEFAZOLIN/DEXTROSE
	Generic	IV SOLN 2 GM/100ML	CEFAZOLIN/NACL
	Generic	IV SOLN 3 GM/100ML	CEFAZOLIN/NACL
	Generic	CAP 300MG	CEFDINIR

QL: Quantity Limit (حدّ الكمية) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Generic	SUS 125/5ML	CEFDINIR
	Generic	SUS 250/5ML	CEFDINIR
	Generic	INJ 1 GM	CEFEPIME
	Generic	INJ 2 GM	CEFEPIME
	Generic	CAP 400MG	CEFIXIME
	Generic	SUS 100/5ML	CEFIXIME
	Generic	SUS 200/5ML	CEFIXIME
	Generic	INJ 500 MG	CEFOTAXIME
	Generic	INJ 1 GM	CEFOTAXIME
	Generic	INJ 2 GM	CEFOTAXIME
	Generic	INJ 1 GM	CEFOTETAN
	Generic	INJ 2 GM	CEFOTETAN
	Generic	IV SOLN 1 GM	CEFOXITIN
	Generic	IV SOLN 2 GM	CEFOXITIN
	Generic	INJ 10 GM	CEFOXITIN
	Generic	TAB 100MG	CEFPODOXIME
	Generic	TAB 200MG	CEFPODOXIME
	Generic	SUS 50MG/5ML	CEFPODOXIME PROXETIL
	Generic	SUS 100MG/5ML	CEFPODOXIME PROXETIL
	Generic	TAB 250MG	CEFPROZIL
	Generic	TAB 500MG	CEFPROZIL
	Generic	SUS 125/5ML	CEFPROZIL
	Generic	SUS 250/5ML	CEFPROZIL
	Generic	INJ 250MG	CEFTRIAXONE
	Generic	INJ 500MG	CEFTRIAXONE
	Generic	INJ 1GM	CEFTRIAXONE
	Generic	INJ 2GM	CEFTRIAXONE
	Generic	INJ 10GM	CEFTRIAXONE
	Generic	INJ 100GM	CEFTRIAXONE
	Generic	INJ DEX 1GM	CEFTRIAXONE
	Generic	INJ DEX 2GM	CEFTRIAXONE
	Generic	TAB 250MG	CEFUROXIME
	Generic	TAB 500MG	CEFUROXIME
	Generic	CAP 250MG	CEPHALEXIN
	Generic	CAP 500MG	CEPHALEXIN
	Generic	SUS 125/5ML	CEPHALEXIN
	Generic	SUS 250/5ML	CEPHALEXIN
	Brand	SUS 500/5ML	SUPRAX

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
MACROLIDES (المكروليدات)			
	Generic	TAB 250MG	AZITHROMYCIN
	Generic	TAB 500MG	AZITHROMYCIN
	Generic	TAB 600MG	AZITHROMYCIN
	Generic	SUS 100/5ML	AZITHROMYCIN
	Generic	SUS 200/5ML	AZITHROMYCIN
	Generic	IV SOLN 500 MG	AZITHROMYCIN
	Generic	POW 1GM PAK	AZITHROMYCIN
	Generic	TAB 250MG	CLARITHROMYCIN
	Generic	TAB 500MG	CLARITHROMYCIN
	Generic	SUS 125/5ML	CLARITHROMYCIN
	Generic	SUS 250/5ML	CLARITHROMYCIN
	Generic	TAB 500MG ER	CLARITHROMYCIN
	Brand	POW 1GM PAK	ZITHROMAX
TETRACYCLINES (التتراسيكلينات)			
QL 2.5 per day	Generic	CAP 50MG	DOXYCYCLINE HYCLATE
QL 2.5 per day	Generic	CAP 100MG	DOXYCYCLINE HYCLATE
derm	Generic	TAB 20MG	DOXYCYCLINE HYCLATE
QL 2.5 per day	Generic	TAB 100MG	DOXYCYCLINE HYCLATE
QL 2.5 per day	Generic	CAP 50MG	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE
QL 2.5 per day	Generic	CAP 100MG	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE
QL 2.5 per day	Generic	TAB 50MG	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE
QL 2.5 per day	Generic	TAB 100MG	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE
QL 2 caps per day	Generic	CAP 50MG	MINOCYCLINE
QL 2 caps per day	Generic	CAP 100MG	MINOCYCLINE
QL 14 day supply per 180 days	Generic	CAP 250 MG	TETRACYCLINE
QL 14 day supply per 180 days	Generic	CAP 500 MG	TETRACYCLINE
AR PA required > 12	Brand	SYP 50MG/5ML	VIBRAMYCIN
FLUOROQUINOLONES (الفلوروكوينولونات)			
	Generic	TAB 100MG	CIPROFLOXACIN
	Generic	TAB 250MG	CIPROFLOXACIN
	Generic	TAB 500MG	CIPROFLOXACIN
	Generic	TAB 750MG	CIPROFLOXACIN
	Generic	INJ 200MG	CIPROFLOXACIN
	Generic	INJ 400MG	CIPROFLOXACIN
	Generic	TAB 250MG	LEVOFLOXACIN

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Generic	TAB 500MG	LEVOFLOXACIN
	Generic	TAB 750MG	LEVOFLOXACIN
	Generic	SOL 25MG/ML	LEVOFLOXACIN
	Generic	IV SOL 25MG/ML	LEVOFLOXACIN
	Generic	TAB 400MG	MOXIFLOXACIN
	Generic	IV SOL 400 MG/250ML	MOXIFLOXACIN
	Generic	400 MG/250ML INJ	MOXIFLOXACIN
AMEBICIDES ("أمبيسايدات" - مبيدات الأميبا)			
	Generic	CAP 250MG	PAROMOMYCIN
	Brand	TAB 210MG	YODOXIN
	Brand	TAB 650MG	YODOXIN

AMINOGLYCOSIDES (الأمينوغليكوزيدات)			
	Generic	INJ 500 MG/2ML	AMIKACIN
	Generic	INJ 1 GM/4ML	AMIKACIN
	Generic	TAB 500MG	NEOMYCIN
PA, QL 280ml per 60 days	Generic	NEB 300/5ML	TOBRAMYCIN
	Generic	INJ 80MG/2ML	TOBRAMYCIN
	Generic	INJ 40MG/ML	TOBRAMYCIN
	Generic	1.2 GM/30ML	TOBRAMYCIN
ANTITUBERCULOSIS AGENTS (مواد العلاج المضادة لمرض السل)			
	Generic	TAB 100MG	ETHAMBUTOL
	Generic	TAB 400MG	ETHAMBUTOL
	Generic	TAB 100MG	ISONIAZID
	Generic	TAB 300MG	ISONIAZID
PA	Brand	TAB 200MG	PRETOMANID
	Brand	TAB 150MG	PRIFTIN
	Generic	TAB 500MG	PYRAZINAMIDE
	Generic	CAP 150MG	RIFABUTIN
	Generic	CAP 150MG	RIFAMPIN
	Generic	CAP 300MG	RIFAMPIN
PA	Brand	TAB 20MG	SIRTURO
PA	Brand	TAB 100MG	SIRTURO
ANTIFUNGALS (مُضَادَّاتِ الفُطْرِيَّاتِ)			
PA	Generic	POW	BIO-STATIN
	Generic	CREAM 0.77%	CICLOPIROX OLAMINE
	Generic	SOL 8%	CICLOPIROX
	Generic	CREAM 1%	ECONAZOLE NITRATE

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسَبِّقَة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Generic	TAB 50MG	FLUCONAZOLE
	Generic	TAB 100MG	FLUCONAZOLE
	Generic	TAB 150MG	FLUCONAZOLE
	Generic	TAB 200MG	FLUCONAZOLE
	Generic	SUS 10MG/ML	FLUCONAZOLE
	Generic	SUS 40MG/ML	FLUCONAZOLE
PA QL 4 per day	Generic	CAP 250MG	FLUCYTOSINE
PA	Generic	CAP 500MG	FLUCYTOSINE
	Generic	SUS 125/5ML	GRISEOFULVIN
PA	Generic	CAP 100MG	ITRACONAZOLE
PA AR covered for ages 12 and younger	Generic	SOL 10MG/ML	ITRACONAZOLE
	Generic	TAB 200MG	KETOCONAZOLE
	Generic	CRE 2%	KETOCONAZOLE
PA	Brand	SUSP 40MG/ML	NOXAFIL
	Generic	TAB 500000	NYSTATIN
	Generic	SUS 100000	NYSTATIN
	Generic	CRE 100000	NYSTATIN
	Generic	OIN 100000	NYSTATIN
PA	Generic	TAB 100MG DR	POSACONAZOLE
	Generic	CREAM 1%	TERBINAFINE
	Generic	TAB 250MG	TERBINAFINE
PA QL 6 per day	Generic	TAB 50MG	VORICONAZOLE
PA	Generic	TAB 200MG	VORICONAZOLE
PA AR covered for ages 12 and younger	Generic	SUS 40MG/ML	VORICONAZOLE
ANTIFUNGALS (SKIN & MUCOUS MEMBRANE) (مُضَادَاتِ الفُطَرِيَّات - الجِلْد والأغْطِيَّة المخاطِيَّة)			
	Generic	CRE 2%	3 DAY VAGINAL
	Generic	CRE 4%	3 DAY VAGINAL
	Generic	CRE 1%	ATHLETE FOOT
	Generic	CRE 1%	CLOTRIMAZOLE
	Generic	CRE 1% VAG	CLOTRIMAZOLE
	Generic	CRE 2%	CLOTRIMAZOLE
	Generic	CRE 3 DAY	CLOTRIMAZOLE
	Generic	TRO 10MG	CLOTRIMAZOLE
	Generic	LOZ 10MG	CLOTRIMAZOLE
	Generic	CRE GRX 1%	CLOTRIMAZOLE

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Generic	CRE 1-0.05%	CLOTRIMAZOLE W/ BETAMETHASONE
	Generic	CRE 1%	DESENEX
	Generic	CRE 1%	JOCK ITCH
QL 1 bottle per month (4mLs per day)	Generic	SHAMPOO 1%	KETOCONAZOLE
QL 1 bottle per month (4mLs per day)	Generic	SHAMPOO 2%	KETOCONAZOLE
	Generic	CRE 2%	MICADERM
	Generic	3 KIT COMBO PK	MICONAZOLE
	Generic	SUP 100MG	MICONAZOLE
	Generic	CRE 2%	MICONAZOLE CRE 2%
	Generic	CRE 4%	MICONAZOLE 3
	Generic	CRE TUBE/KIT	MICONAZOLE 7
	Generic	CRE 2%	MICONAZOLE 7
	Generic	SUP 100MG	MICONAZOLE 7
	Generic	POWDER 2%	MICONAZOLE NITRATE
	Generic	CRE 2%	MICRO GUARD
	Generic	CRE 2% JOCK	NEOSPORIN AF
	Generic	CRE 2%	PODACTIN
	Generic	CRE 1%	RINGWORM
	Generic	CRE 1%	SM ANTIFUNGL
	Generic	CRE INZO 2%	SOOTHE&COOL
	Generic	LOTION 2.5%	SELENIUM SULFIDE
	Generic	CRE	TINEACIDE
	Generic	KIT COMBO PK	VAGISTAT-3
ANTIVIRALS (مُضَادَّات الفَيْرُوسَات)			
	Generic	TAB 100MG	AMANTADINE
	Generic	CAP 100MG	AMANTADINE
	Generic	SYP 50MG/5ML	AMANTADINE
	Generic	TAB 100MG	RIMANTADINE
90-day supply available	Generic	CAP 200MG	ACYCLOVIR
90-day supply available	Generic	TAB 400MG	ACYCLOVIR
90-day supply available	Generic	TAB 800MG	ACYCLOVIR
AR <12	Generic	SUS 200/5ML	ACYCLOVIR

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
90-day supply available			
90-day supply available	Generic	TAB 125MG	FAMCICLOVIR
90-day supply available	Generic	TAB 250MG	FAMCICLOVIR
90-day supply available	Generic	TAB 500MG	FAMCICLOVIR
QL 1 per day	Brand	TAB 100-0.25MG	IDVYNOS
	Brand	TAB 150-100MG	PAXLOVID
QL 20 tablets every 30 days	Brand	TAB 300-100MG	PAXLOVID
QL 11 per 30 days	Brand	PAK	PAXLOVID
PA QL 1 per day	Brand	TAB 240MG	PREVYMIS
PA QL 1 per day	Brand	TAB 480MG	PREVYMIS
PA QL 4 per day	Brand	PAK 20MG	PREVYMIS
PA QL 4 per day	Brand	PAK 120MG	PREVYMIS
90-day supply available	Generic	TAB 500MG	VALACYCLOVIR
90-day supply available	Generic	TAB 1GM	VALACYCLOVIR
PA required > 12	Generic	SOL 50MG/ML	VALGANCICLOVIR
	Generic	TAB 450MG	VALGANCICLOVIR
HEPATITIS AGENTS (مواد العلاج المضادة لالتهاب الكبد)			
QL 20 per day; AR Covered for members ages 12 and younger	Brand	SOL .05MG/ML	BARACLUDE
	Generic	INJ 75MG/ML	CIDOFOVIR
QL 1 per day	Generic	TAB 0.5MG	ENTECAVIR
QL 1 per day	Generic	TAB 1MG	ENTECAVIR
QL 3 tabs per day PA reqd for retreatment only	Brand	TAB 100-40MG	MAVYRET
QL 1 per day PA reqd for retreatment only	Generic	TAB 400-100MG	SOFOSBUVIR-VELPATASVIR (generic Epclusa)

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
PA QL 1 per day	Brand	TAB 400-100-100MG	VOSEVI
HIV (فيروس العوز المناعي البشري)			
	Generic	TAB 300MG-150MG-300MG	ABACAVIR SULFATE/LAMIVUDINE/ZIDOVUDINE
	Generic	TAB 600MG-300MG	ABACAVIR/LAMIVUDINE
	Generic	TAB 300MG	ABACAVIR
	Brand	SUS 600MG ER	APRETUDE
	Brand	CAP 250MG	APTIVUS
	Brand	SOL	APTIVUS
	Generic	CAP 150MG	ATAZANAVIR
	Generic	CAP 200MG	ATAZANAVIR
	Generic	CAP 300MG	ATAZANAVIR
QL 1 per day	Brand	TAB 30-120-15MG	BIKTARVY
QL 1 per day	Brand	TAB 50-200-25MG	BIKTARVY
QL 1 per day	Brand	TAB 300MG	CIMDUO
	Brand	CAP 200MG	CRIXIVAN
	Brand	CAP 400MG	CRIXIVAN
	Generic	TAB 600MG	DARUNAVIR
	Generic	TAB 800MG	DARUNAVIR
QL 1 per day	Brand	TAB 100MG-300MG-300MG	DELSTRIGO
QL 1 per day	Brand	TAB 120/15MG	DESCOVY
QL 1 per day	Brand	TAB 200/25MG	DESCOVY
	Generic	CAP 125MG	DIDANOSINE
	Generic	CAP 200MG	DIDANOSINE
	Generic	CAP 250MG	DIDANOSINE
	Generic	CAP 400MG	DIDANOSINE
QL 1 per day	Brand	TAB 50-300MG	DOVATO
	Brand	TAB 25MG	EDURANT
QL 6 per day	Brand	TAB 2.5MG	EDURANT PED
	Generic	CAP 50MG	EFAVIRENZ
	Generic	CAP 200MG	EFAVIRENZ
	Generic	TAB 600MG	EFAVIRENZ
	Generic	TAB	EFAVIR/EMTRI/TENOFOVI (generic Atripla)
	Generic	CAP 200MG	EMTRICITABINE
	Generic	TAB 200MG-25MG-300MG	EMTRIC/RILPI TENOF DF (generic Complera)
QL 2 per day	Generic	TAB 100-150	EMTR/TENOFOV (generic Truvada)

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
QL 2 per day	Generic	TAB 133-200	EMTR/TENOFOV (generic Truvada)
QL 2 per day	Generic	TAB 167-250	EMTR/TENOFOV (generic Truvada)
QL 2 per day	Generic	TAB 200-300MG	EMTR/TENOFOV (generic Truvada)
	Brand	SOL 10MG/ML	EMTRIVA
	Generic	TAB 100MG	ETRAVIRINE
	Generic	TAB 200MG	ETRAVIRINE
QL 1 per day	Brand	TAB 300-150	EVOTAZ
	Generic	TAB 700MG	FOSAMPRENAVIR
	Brand	INJ 90MG	FUZEON
QL 1 per day	Brand	TAB 150-150-200-10 MG	GENVOYA
	Brand	TAB 25MG	INTELENCE
	Brand	CAP 200MG	INVIRASE
	Brand	TAB 500MG	INVIRASE
	Brand	CHEW 100MG	ISENTRESS
	Brand	CHEW 25MG	ISENTRESS
	Brand	POW 100MG	ISENTRESS
	Brand	TAB 400MG	ISENTRESS
QL 2 per day	Brand	TAB 600 MG	ISENTRESS HD
QL 1 per day	Brand	TAB 50-25MG	JULUCA
	Generic	TAB 150-300	LAMIVUDINE/ZIDOVUDINE
	Generic	TAB 150MG	LAMIVUDINE
QL 1 per day	Generic	TAB 300MG	LAMIVUDINE
	Generic	SOL 10MG/ML	LAMIVUDINE
	Generic	TAB 100MG	LAMIVUDINE
	Brand	SUS 50MG/ML	LEXIVA
	Generic	TAB 100-25MG	LOPINAVIR-RITONAVIR
	Generic	TAB 200-50MG	LOPINAVIR-RITONAVIR
	Generic	400-100 MG/5ML (80- 20 MG/ML)	LOPINAVIR-RITONAVIR SOL
	Generic	150MG	MARAVIROC
	Generic	300MG	MARAVIROC
	Generic	SUS 50MG/5ML	NEVIRAPINE
AR PA required > 18	Generic	TAB 100MG	NEVIRAPINE
	Generic	TAB 200MG	NEVIRAPINE
	Generic	TAB 400MG ER	NEVIRAPINE
	Brand	CAP 100MG	NORVIR
	Brand	SOL 80MG/ML	NORVIR
QL 1 per day	Brand	TAB 200-25-25MG	ODEFSY

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
QL 1 per day	Brand	TAB 100MG	PIFELTRO
QL 1 per day	Brand	TAB 675-150	PREZCOBIX
QL 1 per day	Brand	TAB 800-150	PREZCOBIX
	Brand	TAB 75MG	PREZISTA
	Brand	TAB 150MG	PREZISTA
	Brand	TAB 400MG	PREZISTA
	Brand	SUS 100MG/ML	PREZISTA
	Brand	TAB 100 MG	RESCRIPTOR
	Brand	TAB 200MG	RESCRIPTOR
	Brand	INJ 10MG/ML	RETROVIR
	Brand	POW 50MG	REYATAZ
	Generic	TAB 100MG	RITONAVIR
PA & QL 2 tabs per day	Brand	TAB 600MG	RUKOBIA
QL 4 tabs per day	Brand	TAB 25MG	SELZENTRY
QL 2 tabs per day	Brand	TAB 75MG	SELZENTRY
AR Covered for patients_age 12 and younger	Brand	SOLN 20MG/ML	SELZENTRY
	Generic	CAP 15MG	STAVUDINE
	Generic	CAP 20MG	STAVUDINE
	Generic	CAP 30MG	STAVUDINE
	Generic	CAP 40MG	STAVUDINE
	Generic	SOL 1MG/ML	STAVUDINE
	Brand	TAB	STRIBILD
QL 1 per day	Brand	TAB 800-150-200- 10MG	SYMTUZA
	Generic	TAB 300MG	TENOFOVIR
QL 1 per day	Brand	TAB 10MG	TIVICAY
QL 1 per day	Brand	TAB 25MG	TIVICAY
	Brand	TAB 50MG	TIVICAY
QL 6 per day	Brand	SUSP 5MG	TIVICAY PD
QL 1 per day	Brand	TAB	TRIUMEQ
QL 6 per day	Brand	TAB	TRIUMEQ PD
QL 1 per day	Brand	TAB 150MG	TYBOST
	Brand	SOL 2GM	VIDEX
	Brand	SOL 4GM	VIDEX
	Brand	TAB 250MG	VIRACEPT
	Brand	TAB 625MG	VIRACEPT
QL 1 per day	Brand	TAB 150MG	VIREAD

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Brand	TAB 200MG	VIREAD
	Brand	TAB 250MG	VIREAD
	Brand	POW 40MG/GM	VIREAD
QL 1 per day	Brand	TAB 150MG	VITEKTA
QL 1 per day	Brand	TAB 85MG	VITEKTA
QL 4 per 365 days	Brand	TAB 300MG	YEZTUGO
QL 0.02 per day	Brand	INJ 463.5MG	YEZTUGO
	Brand	SOL 20MG/ML	ZIAGEN
	Generic	CAP 100MG	ZIDOVUDINE
	Generic	TAB 300MG	ZIDOVUDINE
	Generic	SYP 50MG/5ML	ZIDOVUDINE
INFLUENZA AGENTS (مواد العلاج المضادة للإنفلونزا)			
	Brand	SOLN	INFLUENZA A (H5N1) TISS-CULT
AR PA required > 19	Brand	SUSP	INFLUENZA VIRUS VAC TISS-CULT
AR PA required > 19	Brand	SOLN	INFLUENZA VIRUS VACC RECOMBINANT
	Generic	CAP 30MG	OSELTAMIVIR
	Generic	CAP 45MG	OSELTAMIVIR
	Generic	CAP 75MG	OSELTAMIVIR
AR PA required > 12	Generic	SUS 6MG/ML	OSELTAMIVIR
	Brand	MIS DISKHALE	RELENZA
ANTIMALARIALS (مُضَادَّات المَلَارِيَا)			
	Generic	TAB 250MG	CHLOROQUINE
	Generic	TAB 500MG	CHLOROQUINE
	Brand	TAB 20-120MG	COARTEM
	Generic	TAB 200MG	HYDROXYCHLOR
	Generic	TAB 300MG	HYDROXYCHLOR
QL 2 per 180 days	Brand	TAB 150MG	KRINTAFEL
	Generic	TAB 250MG	MEFLOQUINE
ANTHELMINTICS (مُضَادَّات الديدان)			
PA	Generic	TAB 200MG	ALBENDAZOLE
QL of 20 tablets per 60 days	Generic	TAB 3MG	IVERMECTIN
	Generic	TAB MEDICINE	PINWORM
	Generic	SUS 50MG/ML	PIN-X
	Generic	SUS PINWORM	REESES MED

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
ANTI-INFECTIVE AGENTS: (مواد العلاج المضادة للعدوى: MISC (مُتَوَّعَات))			
PA; QL 10mls per day	Generic	SUS 750/5ML	ATOVAQUONE
PA	Brand	TAB 12.5MG	BENZNIDAZOLE
PA	Brand	TAB 100MG	BENZNIDAZOLE
	Generic	CAP 75MG	CLINDAMYCIN
	Generic	CAP 150MG	CLINDAMYCIN
	Generic	CAP 300MG	CLINDAMYCIN
AR PA required > 12	Generic	SOL 75MG/5ML	CLINDAMYCIN
	Generic	INJ 300 MG/2ML	CLINDAMYCIN
	Generic	600 MG/4ML	CLINDAMYCIN
	Generic	900 MG/6ML	CLINDAMYCIN
	Generic	INJ 9 GM/60ML	CLINDAMYCIN
	Generic	INJ 150 MG	COLISTIMETHATE SOD
	Brand	SOL 25MG/ML	FIRVANQ
	Brand	SOL 50MG/ML	FIRVANQ
PA; QL 3 per day	Brand	CAP 50MG	IMPAVIDO
PA	Brand	TAB 30MG	LAMPIT
PA	Brand	TAB 120MG	LAMPIT
QL 14-day supply per fill	Generic	TAB 600MG	LINEZOLID
QL 14-day supply per fill	Generic	INJ 2MG/ML	LINEZOLID
	Generic	IV SOLN 500 MG/50ML	MEROP/NACL
	Generic	IV SOLN 1 GM/50ML	MEROP/NACL
	Generic	CAP 375MG	METRONIDAZOLE
	Generic	TAB 250MG	METRONIDAZOLE
	Generic	TAB 500MG	METRONIDAZOLE
QL 3.3 per day	Generic	CREAM 0.75%	METRONIDAZOLE
QL 3.3 per day	Generic	GEL 0.75%	METRONIDAZOLE
	Brand	INH 300MG	NEBUPENT
	Brand	INJ 25MG	NEUTREXIN
	Generic	CAP 25MG	NITROFURANTOIN MACROCRYSTALS
	Generic	CAP 50MG	NITROFURANTOIN MACROCRYSTALS
	Generic	CAP 100MG	NITROFURANTOIN MACROCRYSTALS
	Generic	CAP 100MG	NITROFURANTOIN
	Brand	INJ 300MG	PENTAM 300
	Generic	TAB 800-160	SMZ/TMP DS

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Generic	TAB 400-80MG	SMZ-TMP
	Generic	SUS 200-40/5	SMZ-TMP
	Generic	SUS 200-40/5	SULFATRIM PD
PA QL 5 fills per 6 months	Brand	INJ 50MG	SYNAGIS
PA QL 5 fills per 6 months	Brand	INJ 100MG/ML	SYNAGIS
	Generic	TAB 100MG	TRIMETHOPRIM
	Generic	CAP 125MG	VANCOMYCIN
	Generic	CAP 250MG	VANCOMYCIN
	Generic	INJ 500MG	VANCOMYCIN
	Generic	INJ 750MG	VANCOMYCIN
	Generic	INJ 1 GM	VANCOMYCIN
	Generic	INJ 1000MG	VANCOMYCIN
	Generic	INJ 5GM	VANCOMYCIN
	Generic	INJ 10GM	VANCOMYCIN
	Generic	INJ 1GM/200ML	VANCOMYCIN
	Generic	INJ 1.5/300ML	VANCOMYCIN
	Generic	SOL 25MG/ML	VANCOMYCIN ORAL SOLUTION
	Generic	SOL 50MG/ML	VANCOMYCIN ORAL SOLUTION
	Generic	IV SOLN 500MG/100ML	VANCOMYCIN
	Generic	IV SOLN 2G/400ML	VANCOMYCIN
	Generic	IV SOLN 750 MG/7.5ML	VANCOMYCIN
	Generic	IV SOLN 1000 MG/10ML	VANCOMYCIN
	Generic	IV SOLN 1250 MG/12.5ML	VANCOMYCIN
	Generic	IV SOLN 1500 MG/15ML	VANCOMYCIN
	Generic	IV SOLN 1750 MG/17.5ML	VANCOMYCIN
	Generic	IV SOLN 2000 MG/20ML	VANCOMYCIN
	Generic	IV SOLN 1.25 GM	VANCOMYCIN
	Generic	IV SOLN 1.5 GM	VANCOMYCIN
	Generic	INJ 750/150 MG/ML	VANCOMYCIN
	Generic	INJ 1250/250 MG/ML	VANCOMYCIN
	Generic	INJ 1750/350 MG/ML	VANCOMYCIN

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Generic	INJ 1750/350 MG/ML	VANCOMYCIN
	Generic	INJ 500MG/100ML	VANCOMYCIN/DEXTROSE
	Generic	INJ 750MG/150ML	VANCOMYCIN/DEXTROSE
	Generic	INJ 1GM/200ML	VANCOMYCIN/DEXTROSE
HEPATIC ENCEPHALOPATHY (اعتلال الدماغ الكبدي)			
	Generic	SOL 10GM/15	CONSTULOSE
	Generic	SOL 10GM/15	ENULOSE
	Generic	SOL 10GM/15	GENERLAC
	Generic	SOL 10GM/15	LACTULOSE
	Generic	SOL 20GM/30	LACTULOSE
PA	Brand	TAB 550MG	XIFAXAN
MONOBACTAMS (المونوباكتمات)			
	Generic	INJ 1 GM	AZTREONAM
	Generic	INJ 2 GM	AZTREONAM
PA 84mls per 60 days	Brand	INH 75MG	CAYSTON
VACCINES (اللقاحات)			
VACCINES AGES 18 AND YOUNGER COVERED BY VACCINES FOR CHILDREN (اللقاحات التي تغطيها) (اللقاحات للأطفال الذين في سن 18 عاماً أو أقل)			
	Brand	INNJ	ABRYSVO INJ
AR <19 covered by VFC	Brand	INJ	ADACEL
AR covered for ages 3 and older	Brand	INJ	AFLURIA -
AR covered for ages 19-25	Brand	INJ	BEXSERO
AR <19 covered by VFC	Brand	INJ	BOOSTRIX
AR>19	Brand	INJ	CAPVAXIVE
AR covered ages 12 and older	Brand	INJ 30/0.3ML	COMIRNATY
AR covered ages 7-11	Brand	INJ	COMIRNATY 5-11
AR <19 covered by VFC	Brand	INJ	DAPTACEL
	Brand	INJ	EBOLA ZAIRE VIRU
AR <19 covered by VFC	Brand	INJ 10/0.5ML	ENGERIX-B

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
AR <19 covered by VFC	Brand	INJ 20MCG/ML	ENGERIX-B
AR covered ages >64	Brand	INJ	FLUAD
AR covered for ages 3 and older	Brand	INJ	FLUARIX
AR covered for ages 3 and older	Brand	INJ	FLUBLOK
AR covered for ages 3 and older	Brand	INJ	FLUCELVAX
AR covered for ages 3 and older	Brand	INJ	FLULAVAL
AR Covered for ages 3-49	Brand	SUSP	FLUMIST
AR < 65 not covered	Brand	INJ PF	FLUZONE HD
AR covered for ages 3 and older	Brand	INJ	FLUZONE
AR Covered for ages 19-45	Brand	INJ	GARDASIL 9
AR <19 covered by VFC	Brand	INJ 720UNIT	HAVRIX
AR <19 covered by VFC	Brand	INJ 1440UNIT	HAVRIX
AR <19 covered by VFC	Brand	INJ 20MCG	HEPLISAV-B
AR <19 covered by VFC	Brand	INJ 20MCG/0.5ML	HEPLISAV-B
AR <19 covered by VFC	Brand	INJ	INFANRIX
AR <19 covered by VFC	Brand	INJ	IXCHIQ
AR <19 covered by VFC	Brand	INJ	MENACTRA
AR <19 covered by VFC	Brand	INJ	MENQUAFI
AR <19 covered by VFC	Brand	INJ A/C/Y/W	MENOMUNE
AR Covered for ages 19-55	Brand	INJ	MENVEO

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
AR Covered for ages 19-55	Brand	SOL	MENVEO
AR <19 covered by VFC	Brand	INJ	M-M-R II
AR covered ages 12 and older	Brand	INJ	MNEXSPIKE
AR covered ages 7-11	Brand	INJ	MODERNA 6MO-11Y COVID VACCINE
AR <19 covered by VFC	Brand	INJ	mRESVIA
AR covered ages 12 and older	Brand	INJ	NUVAXOVID
AR <25 covered by VFC	Brand	INJ	PENBRAYA
AR covered for ages 19-25	Brand	INJ	PENMENVY
AR <19 covered by VFC	Brand	INJ	PRIORIX
AR <19 covered by VFC; QL 0.5ml per day	Generic	INJ 25/0.5	PNEUMOVAX 23
AR <19 covered by VFC	Brand	SUSP 10MCG/ML	PREHEVBRIO
AR <19 covered by VFC	Brand	INJ	PREVNAR 13
AR <19 covered by VFC	Brand	INJ	PREVNAR 20
AR <19 covered by VFC	Brand	INJ 5MCG/0.5	RECOMBIVA HB
AR <19 covered by VFC	Brand	INJ 10MCG/ML	RECOMBIVA HB
AR <19 covered by VFC	Brand	INJ 40MCG/ML	RECOMBIVA HB
AR Covered ages > 50; QL 2 inj per lifetime	Brand	INJ 50MCG	SHINGRIX
AR covered ages 12 and older	Brand	INJ 50/.5ML	SPIKEVAX
AR Covered ages 19-25	Brand	INJ	TRUMENBA

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
AR <19 Covered by VFC	Brand	INJ	TWINRIX
AR <19 Covered by VFC	Brand	INJ	VAXNEUVANCE
AR <19 covered by VFC	Brand	INJ 25/0.5ML	VAQTA
AR <19 covered by VFC	Brand	INJ 50UNT/ML	VAQTA
AR <19 covered by VFC	Brand	INJ	VARIVAX
AR Covered ages 12 and older	Brand	INJ 40/0.8ML	VIMKUNYA
ANTI-NEOPLASTICS (مُضَادَات الأورام السرطانية)			
ANTIDOTES (الترياق)			
PA	Generic	TAB 5MG	LEUCOVOR CA
PA	Generic	TAB 10MG	LEUCOVOR CA
PA	Generic	TAB 15MG	LEUCOVOR CA
PA	Generic	TAB 25MG	LEUCOVOR CA
ANTIMETABOLITES (المُضَادَات الأيضية)			
	Generic	TAB 50MG	MERCAPTOPYRINE
	Generic	INJ 100/4ML	METHOTREXATE
	Generic	INJ 1GM	METHOTREXATE
	Generic	INJ 1GM/40ML	METHOTREXATE
	Generic	INJ 200/8ML	METHOTREXATE
	Generic	INJ 250/10ML	METHOTREXATE
	Generic	INJ 25MG/ML	METHOTREXATE
	Generic	INJ 50MG/2ML	METHOTREXATE
	Generic	TAB 2.5MG	METHOTREXATE
ANTINEOPLASTIC AGENTS (مواد العلاج المُضَادَّة للأورام السرطانية)			
QL 4 per day	Generic	TAB 250MG	ABIRATERONE
QL 2 per day	Generic	TAB 500MG	ABIRATERONE
PA	Brand	INJ 2MU/0.5	ACTIMMUNE
PA QL 8 per day	Brand	CAP 150MG	ALECENSA
	Brand	TAB 2MG	ALKERAN
PA QL 30 tabs per 180 days	Brand	STARTER PAK	ALUNBRIG
PA QL 2 per day	Brand	30MG	ALUNBRIG
PA QL 1 per day	Brand	90MG	ALUNBRIG
PA QL 1 per day	Brand	180MG	ALUNBRIG

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Generic	TAB 1MG	ANASTROZOLE
PA QL 8 per day	Brand	CAP 40MG	AUGTYRO
PA QL 2 per day	Brand	CAP 160MG	AUGTYRO
PA QL 66 per 28 days	Brand	THERAPY PAK	AVMAPKI PAK FAKZYNJA
PA QL 1 per day	Brand	TAB 25 MG	AYVAKIT
PA QL 1 per day	Brand	TAB 50 MG	AYVAKIT
PA QL 1 per day	Brand	TAB 100 MG	AYVAKIT
PA QL 1 per day	Brand	TAB 200 MG	AYVAKIT
PA QL 1 per day	Brand	TAB 300 MG	AYVAKIT
PA QL 3 tabs per day	Brand	TAB 3MG	BALVERSA
PA QL 2 tabs per day	Brand	TAB 4MG	BALVERSA
PA QL 1 tab per day	Brand	TAB 5MG	BALVERSA
PA QL 1 per 28 days	Brand	SOL 500 MCG	BESREMI
	Generic	TAB 50MG	BICALUTAMIDE
PA QL 1 per day	Brand	CAP 50MG	BOSULIF
PA QL 3 per day	Brand	CAP 100MG	BOSULIF
PA QL 3 per day	Brand	TAB 100MG	BOSULIF
PA QL 1 per day	Brand	TAB 400MG	BOSULIF
PA QL 1 per day	Brand	TAB 500MG	BOSULIF
PA QL 1 per day	Brand	TAB 50MG	BRAFTOVI
PA QL 6 per day	Brand	TAB 75MG	BRAFTOVI
PA QL 4 per day	Brand	CAP 80MG	BRUKINSA
PA QL 2 per day	Brand	TAB 160MG	BRUKINSA
PA	Brand	TAB 71MG	DANZITEN
PA QL 4 per day	Brand	TAB 95MG	DANZITEN
PA QL 1 per day	Brand	TAB 20MG	CABOMETYX
PA QL 1 per day	Brand	TAB 40MG	CABOMETYX
PA QL 1 per day	Brand	TAB 60MG	CABOMETYX
PA QL 2 per day	Brand	CAP 100MG	CALQUENCE
PA QL 2 per day	Brand	TAB 100MG	CALQUENCE
	Generic	TAB 150MG	CAPECITABINE
	Generic	TAB 500MG	CAPECITABINE
PA QL 2 per day	Brand	TAB 100MG	CAPRELSA
PA QL 1 per day	Brand	TAB 300MG	CAPRELSA
PA QL 3 per day	Brand	KIT 60MG	COMETRIQ

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
PA QL 2 per day	Brand	KIT 100MG	COMETRIQ
PA QL 4 per day	Brand	KIT 140MG	COMETRIQ
PA	Brand	TAB 20MG	COTELLIC
	Generic	CAP 25MG	CYCLOPHOSPHAMIDE
	Generic	CAP 50MG	CYCLOPHOSPHAMIDE
	Generic	TAB 25MG	CYCLOPHOSPHAMIDE
	Generic	TAB 50MG	CYCLOPHOSPHAMIDE
PA	Generic	TAB 20MG	DASATINIB
PA	Generic	TAB 50MG	DASATINIB
PA	Generic	TAB 70MG	DASATINIB
PA	Generic	TAB 80MG	DASATINIB
PA	Generic	TAB 100MG	DASATINIB
PA	Generic	TAB 140MG	DASATINIB
PA QL 3 per day	Brand	TAB 25MG	DAURISMO
PA QL 1 per day	Brand	TAB 100MG	DAURISMO
	Brand	CAP 200MG	DROXIA
	Brand	CAP 300MG	DROXIA
	Brand	CAP 400MG	DROXIA
PA QL 2 per day	Brand	CAP 25MG	ENSACOVE
PA QL 2 per day	Brand	CAP 100MG	ENSACOVE
PA	Brand	INJ 22.5MG	ELIGARD
PA	Brand	INJ 7.5MG	ELIGARD
	Brand	CAP 140MG	EMCYT
PA QL 4 per day	Brand	TAB 60MG	ERLEADA
PA QL 1 per day	Brand	TAB 240MG	ERLEADA
PA QL 1 per day	Generic	TAB 25MG	ERLOTINIB
PA QL 1 per day	Generic	TAB 100MG	ERLOTINIB
PA QL 1 per day	Generic	TAB 150MG	ERLOTINIB
PA QL 1 per day	Brand	TAB 150MG	ERIVEDGE
	Generic	CAP 50MG	ETOPOSIDE
PA QL 1 per day	Generic	TAB 2.5MG	EVEROLIMUS (generic Afinitor)
PA QL 2 per day	Generic	TAB 5MG	EVEROLIMUS (generic Afinitor)
PA QL 2 per day	Generic	TAB 7.5MG	EVEROLIMUS (generic Afinitor)
PA QL 1 per day	Generic	TAB 10MG	EVEROLIMUS (generic Afinitor)
PA	Generic	TAB 2MG	EVEROLIMUS (generic Afinitor Disperz)
PA	Generic	TAB 3MG	EVEROLIMUS (generic Afinitor Disperz)
PA	Generic	TAB 5MG	EVEROLIMUS (generic Afinitor Disperz)
	Generic	TAB 25MG	EXEMESTANE
PA QL 4 per day	Brand	CAP 40MG	EXKIVITY

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
PA	Brand	CAP 10MG	FARYDAK
PA	Brand	CAP 15MG	FARYDAK
PA	Brand	CAP 20MG	FARYDAK
PA QL 21 every 28 days	Brand	CAP 1MG	FRUZAQLA
PA QL 21 every 28 days	Brand	CAP 5MG	FRUZAQLA
	Generic	CAP 125MG	FLUTAMIDE
PA QL 21 per month	Brand	CAP 0.89MG	FOTIVDA
PA QL 21 per month	Brand	CAP 1.34MG	FOTIVDA
PA QL 4 per day	Brand	CAP 100MG	GAVRETO
PA QL 1 per day	Generic	TAB 250MG	GEFITINIB
PA QL 1 per day	Brand	TAB 20MG	GILOTRIF
PA QL 1 per day	Brand	TAB 30MG	GILOTRIF
PA QL 1 per day	Brand	TAB 40mg	GILOTRIF
PA	Brand	CAP 5MG	GLEOSTINE
PA	Brand	CAP 10MG	GLEOSTINE
PA	Brand	CAP 40MG	GLEOSTINE
PA	Brand	CAP 100MG	GLEOSTINE
PA QL 4 per day	Brand	CAP 1MG	GOMEKLI
PA QL 4 per day	Brand	CAP 2MG	GOMEKLI
PA QL 4 per day	Brand	TAB 1MG	GOMEKLI
PA QL 3 per day	Brand	TAB 60MG	HERNEXEOS
	Brand	CAP 50MG	HEXALEN
	Brand	CAP 0.25MG	HYCAMTIN
	Brand	CAP 1MG	HYCAMTIN
	Generic	CAP 500MG	HYDROXYUREA
PA QL 4 per day	Brand	TAB 10MG	HYRNUO
PA QL 3 per day	Brand	CAP 200MG	IBTROZI
PA QL 1 per day	Brand	TAB 9MG	ITOVEBI
PA QL 2 per day	Brand	TAB 3MG	ITOVEBI
PA QL 0.75/day	Brand	CAP 75MG	IBRANCE
PA QL 0.75/day	Brand	CAP 100MG	IBRANCE
PA QL 0.75/day	Brand	CAP 125MG	IBRANCE
PA QL 0.75/day	Brand	TAB 75MG	IBRANCE
PA QL 0.75/day	Brand	TAB 100MG	IBRANCE
PA QL 0.75/day	Brand	TAB 125MG	IBRANCE
PA QL 1 per day	Brand	TAB 10MG	ICLUSIG

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
PA QL 1 per day	Brand	TAB 15MG	ICLUSIG
PA QL 1 per day	Brand	TAB 30MG	ICLUSIG
PA QL 1 per day	Brand	TAB 45MG	ICLUSIG
PA QL 1 per day	Brand	TAB 50MG	IDHIFA
PA QL 1 per day	Brand	TAB 100MG	IDHIFA
QL 3 per day	Generic	TAB 100MG	IMATINIB MESYLATE
QL 1 per day	Generic	TAB 400MG	IMATINIB MESYLATE
PA QL 1 per day	Brand	TAB 560MG	IMBRUVICA
PA	Brand	CAP 140MG	IMBRUVICA
PA QL 1 per day	Brand	CAP 70MG	IMBRUVICA
PA QL 8 ML per day	Brand	SOL 70 MG/ML	IMBRUVICA
PA QL 8 per day	Brand	TAB 1MG	INLYTA
PA QL 4 per day	Brand	TAB 5MG	INLYTA
PA QL 2 per day	Brand	TAB 200MG	INLURIYO
PA QL 5 per month	Brand	TAB 35-100MG	INQOVI
PA QL 4 per day	Brand	CAP 100MG	INREBIC
PA QL 8 per day	Brand	TAB 192MG	IWILFIN
PA QL 2 tabs per day	Brand	TAB 5MG	JAKAFI
PA QL 2 tabs per day	Brand	TAB 10MG	JAKAFI
PA QL 2 tabs per day	Brand	TAB 15MG	JAKAFI
PA QL 2 tabs per day	Brand	TAB 20MG	JAKAFI
PA QL 2 tabs per day	Brand	TAB 25MG	JAKAFI
PA QL 3 per day	Brand	TAB 50MG	JAYPIRCA
PA QL 3 per day	Brand	TAB 100MG	JAYPIRCA
PA QL 3 per day	Brand	CAP 200MG	KOMZIFTI
PA QL 2.25 per day	Brand	TAB 200 DOSE	KISQALI
PA QL 2.25 per day	Brand	TAB 400 DOSE	KISQALI
PA QL 2.25 per day	Brand	TAB 600 DOSE	KISQALI
PA	Brand	CAP 5MG	KOSELUGO
PA	Brand	CAP 7.5MG	KOSELUGO

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
PA QL 8 per day	Brand	CAP 10MG	KOSELUGO
PA QL 4 per day	Brand	CAP 25MG	KOSELUGO
PA QL 6 per day	Brand	TAB 200MG	KRAZATI
PA QL 5 per day	Generic	TAB 250MG	LAPATINIB (generic Tykerb)
PA QL 2 per day	Brand	TAB 80MG	LAZCLUZE
PA QL 1 per day	Brand	TAB 240MG	LAZCLUZE
PA QL 1 per day	Generic	CAP 2.5MG	LENALIDOMIDE (generic Revlimid)
PA QL 1 per day	Generic	CAP 5MG	LENALIDOMIDE (generic Revlimid)
PA QL 1 per day	Generic	CAP 10MG	LENALIDOMIDE (generic Revlimid)
PA QL 1 per day	Generic	CAP 15MG	LENALIDOMIDE (generic Revlimid)
PA QL 1 per day	Generic	CAP 20MG	LENALIDOMIDE (generic Revlimid)
PA QL 1 per day	Generic	CAP 25MG	LENALIDOMIDE (generic Revlimid)
PA QL 1 per day	Brand	CAP 4MG	LENVIMA
PA QL 2 per day	Brand	CAP 8MG	LENVIMA
PA QL 1 per day	Brand	CAP 10MG	LENVIMA
PA QL 3 per day	Brand	CAP 12MG	LENVIMA
PA QL 2 per day	Brand	CAP 14 MG	LENVIMA
PA QL 3 per day	Brand	CAP 18MG	LENVIMA
PA QL 2 per day	Brand	CAP 20 MG	LENVIMA
PA QL 3 per day	Brand	CAP 24MG	LENVIMA
	Generic	TAB 2.5MG	LETROZOLE
	Brand	TAB 2MG	LEUKERAN
PA	Generic	INJ 1MG/0.2	LEUPROLIDE
PA QL 1 per 84 days	Generic	INJ 22.5MG	LEUPROLIDE
PA QL 0.65 per day	Brand	CAP 125MG	LIFYORLI
PA QL 0.97 per day	Brand	CAP 150MG	LIFYORLI
	Generic	CAP 100MG	LOMUSTINE
	Generic	CAP 10MG	LOMUSTINE
	Generic	CAP 40MG	LOMUSTINE
PA	Brand	TAB 15-6.14MG	LONSURF
PA	Brand	TAB 20-8.19MG	LONSURF
PA	Brand	INJ 240/6ML	LOQTORZI
PA QL 3 tabs per day	Brand	TAB 25MG	LORBRENA
PA QL 1 tab per day	Brand	TAB 100MG	LORBRENA
PA QL 8 per day	Brand	TAB 120MG	LUMAKRAS

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
PA QL 4 per day	Brand	TAB 240MG	LUMAKRAS
PA QL 3 per day	Brand	TAB 320MG	LUMAKRAS
PA QL 8 per day	Brand	CAP 50MG	LYNPARZA
PA QL 4 per day	Brand	TAB 100MG	LYNPARZA
PA QL 4 per day	Brand	TAB 150MG	LYNPARZA
	Brand	TAB 500MG	LYSODREN
PA QL 3 per day	Brand	TAB 4MG (12 MG DAILY DOSE)	LYTGOBI
PA QL 4 per day	Brand	TAB 4 MG (16 MG DAILY DOSE)	LYTGOBI
PA QL 5 per day	Brand	TAB 4 MG (20 MG DAILY DOSE)	LYTGOBI
PA	Brand	CAP 50MG	MATULANE
	Generic	SUS 400MG/10	MEGESTROL AC
	Generic	SUS 40MG/ML	MEGESTROL AC
	Generic	TAB 20MG	MEGESTROL AC
	Generic	TAB 40MG	MEGESTROL AC
PA QL 40ML per day	Brand	SOL 0.05/ML	MEKINIST
PA QL 3 per day	Brand	TAB 0.5MG	MEKINIST
PA QL 1 per day	Brand	TAB 2MG	MEKINIST
PA 6 per day	Brand	TAB 15MG	MEKTOVI
PA 20 per 28 days	Brand	CAP 125MG	MODEYSO
	Brand	TAB 2MG	MYLERAN
PA QL 6 per day	Brand	TAB 40MG	NERLYNX
PA QL 1 per day	Brand	CAP 2.3MG	NINLARO
PA QL 1 per day	Brand	CAP 3MG	NINLARO
PA QL 1 per day	Brand	CAP 4MG	NINLARO
PA	Generic	CAP 200MG	NILOTINIB HCL
PA QL 4 per day	Brand	TAB 300MG	NUBEQA
PA QL 1 per day	Brand	CAP 200MG	ODOMZO
PA QL 0.86 per day	Brand	TAB 100MG	OJEMDA
PA QL 2mls per day	Brand	SUS 25MG/ML	OJEMDA
PA QL 1 per day	Brand	TAB 100MG	OJJAARA
PA QL 1 per day	Brand	TAB 150MG	OJJAARA
PA QL 1 per day	Brand	TAB 200MG	OJJAARA
PA QL 14 per 28 days	Brand	TAB 200MG	ONUREG

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
PA QL 14 per 28 days	Brand	TAB 300MG	ONUREG
PA QL 3 per day	Brand	TAB 86MG	ORSERDU
PA QL 1 per day	Brand	TAB 345MG	ORSERDU
PA QL 6 per day	Brand	TAB 50MG	OGSIVEO
PA QL 2 per day	Brand	TAB 100MG	OGSIVEO
PA QL 2 per day	Brand	TAB 150MG	OGSIVEO
PA QL 0.67 per day	Brand	TAB 4.5MG	PEMAZYRE
PA QL 4 per day	Generic	TAB 200MG	PAZOPANIB
PA QL 2 per day	Brand	TAB 400MG	PAZOPANIB
PA QL 0.67 per day	Brand	TAB 9MG	PEMAZRYE
PA QL 0.67 per day	Brand	TAB 13.5MG	PEMAZYRE
PA QL 1 per day	Brand	200MG TAB DOSE	PIQRAY
PA QL 2 per day	Brand	250MG TAB DOSE	PIQRAY
PA QL 2 per day	Brand	300MG TAB DOSE	PIQRAY
PA	Brand	CAP 1MG	POMALYST
PA	Brand	CAP 2MG	POMALYST
PA	Brand	CAP 3MG	POMALYST
PA	Brand	CAP 4MG	POMALYST
PA QL 3 per day	Brand	TAB 50MG	QINLOCK
PA QL 2 per day	Brand	TAB 110MG	REVUFORJ
PA QL per day	Brand	CAP 150MG	REZLIDHIA
PA QL 0.29 per day (8 per 28 days)	Brand	CAP 20MG	ROMVIMZA
PA QL 0.29 per day (8 per 28 days)	Brand	CAP 14MG	ROMVIMZA
PA QL 0.29 per day (8 per 28 days)	Brand	CAP 30MG	ROMVIMZA
PA QL 1 per day	Brand	CAP 100MG	ROZLYTREK
PA QL 3 per day	Brand	CAP 200MG	ROZLYTREK
PA QL 4 per day	Brand	TAB 200MG	RUBRACA
PA QL 4 per day	Brand	TAB 250MG	RUBRACA
PA QL 4 per day	Brand	TAB 300MG	RUBRACA
PA QL 8 per day	Brand	CAP 25MG	RYDAPT
PA QL 2 per day	Brand	TAB 20 MG	SCEMBLIX
PA QL 2 per day	Brand	TAB 40 MG	SCEMBLIX
PA QL 4 per day	Brand	TAB 100 MG	SCEMBLIX

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
PA QL 4 per day	Generic	TAB 200MG	SORAFENIB (generic Nexavar)
PA QL 4 per day	Brand	TAB 40 MG	STIVARGA
PA QL 1 per day	Generic	CAP 12.5MG	SUNITINIB
PA QL 1 per day	Generic	CAP 25MG	SUNITINIB
PA QL 1 per day	Generic	CAP 37.5MG	SUNITINIB
PA QL 1 per day	Generic	CAP 50MG	SUNITINIB
PA	Brand	TAB 40MG	TABLOID
PA QL 4 per day	Brand	TAB 150MG	TABRECTA
PA QL 4 per day	Brand	TAB 200MG	TABRECTA
PA QL 4 per day	Brand	TAB 10MG	TAFINLAR
PA QL 4 per day	Brand	CAP 50MG	TAFINLAR
PA QL 4 per day	Brand	CAP 75MG	TAFINLAR
PA QL 1 per day	Brand	TAB 40MG	TAGRISSO
PA QL 1 per day	Brand	TAB 80MG	TAGRISSO
PA QL 3 caps per day	Brand	CAP 0.25MG	TALZENNA
PA QL 1 per day	Brand	CAP 0.5MG	TALZENNA
PA QL 1 per day	Brand	CAP 0.75MG	TALZENNA
PA QL 1 cap per day	Brand	CAP 1MG	TALZENNA
	Generic	TAB 10MG	TAMOXIFEN
	Generic	TAB 20MG	TAMOXIFEN
PA	Brand	CAP 200MG	TASIGNA
PA QL 8 per day	Brand	TAB 200MG	TAZVERIK
	Generic	CAP 100MG	TEMOZOLOMIDE
	Generic	CAP 140MG	TEMOZOLOMIDE
	Generic	CAP 180MG	TEMOZOLOMIDE
	Generic	CAP 20MG	TEMOZOLOMIDE
	Generic	CAP 250MG	TEMOZOLOMIDE
	Generic	CAP 5MG	TEMOZOLOMIDE
PA QL 2 per day	Brand	TAB 225MG	TEPMETKO
PA QL 2 per day	Brand	TAB 250MG	TIBSOVO
	Generic	TAB 60MG	TOREMIFENE
	Generic	CAP 10MG	TRETINOIN
PA QL 2 per day	Brand	CAP 50MG	TRUSELTIQ
PA QL 3 per day	Brand	CAP 75MG	TRUSELTIQ
PA QL 1 per day	Brand	CAP 100MG	TRUSELTIQ
PA QL 2 per day	Brand	CAP 125MG	TRUSELTIQ
PA QL 4 per day	Brand	TAB 160MG	TRUQAP
PA QL 4 per day	Brand	TAB 200MG	TRUQAP

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
PA QL 4 per day	Brand	TAB 50MG	TUKYSA
PA QL 4 per day	Brand	TAB 150MG	TUKYSA
PA QL 4 per day	Brand	CAP 125MG	TURALIO
PA QL 4 per day	Brand	TAB 200MG	UKONIQ
PA QL 2 per day	Brand	TAB 17.7MG & 26.5MG	VANFLYTA
PA QL 4 per day	Brand	TAB 10MG	VENCLEXTA
PA QL 4 per day	Brand	TAB 50MG	VENCLEXTA
PA QL 6per day	Brand	TAB 100MG	VENCLEXTA
PA QL 1 fill per 180 days	Brand	TAB STARTER PACK	VENCLEXTA
PA QL 2 tabs per day	Brand	TAB 50MG	VERZENIO
PA QL 2 tabs per day	Brand	TAB 150MG	VERZENIO
PA QL 2 tabs per day	Brand	TAB 200MG	VERZENIO
PA QL 2 per day	Brand	TAB 10MG	VORANIGO
PA QL 2 per day	Brand	TAB 40MG	VORANIGO
PA QL 6 caps per day	Brand	CAP 25MG	VITRAKVI
PA QL 2 caps per day	Brand	CAP 100MG	VITRAKVI
PA QL 10mls per day	Brand	SOLN 20MG/ML	VITRAKVI
PA QL 1 tab per day	Brand	TAB 15MG	VIZIMPRO
PA QL 1 tab per day	Brand	TAB 30MG	VIZIMPRO
PA QL 1 tab per day	Brand	TAB 45MG	VIZIMPRO
PA QL 4 per day	Brand	CAP 100MG	VONJO
PA QL 3 per day	Brand	TAB 40MG	WELIREG
PA QL 4 per day	Brand	CAP 200MG	XALKORI
PA QL 4 per day	Brand	TAB 40MG	XTANDI
PA QL 3 per day	Brand	TAB 40MG	XOSPATA
PA QL 32 caps per month	Brand	THERAPY PACK 20MG (80MG TWICE WEEKLY)	XPOVIO
PA QL 24 tabs per month	Brand	THERAPY PACK 20MG (60MG TWICE WEEKLY)	XPOVIO

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
PA QL 8 per 28 days	Brand	THERAPY PACK 80MG (80MG ONCE WEEKLY)	XPOVIO
PA QL 1 per day	Brand	CAP 200MG	ZEJULA
PA QL 1 per day	Brand	CAP 300MG	ZEJULA
PA QL 8 per day	Brand	TAB 240MG	ZELBORAF
PA	Brand	CAP 100MG	ZOLINZA
PA QL 2 per day	Brand	TAB 100MG	ZYDELIG
PA QL 2 per day	Brand	TAB 150MG	ZYDELIG
PA QL 3 per day	Brand	TAB 150MG	ZYKADIA
PA QL 3 per day	Brand	CAP 150MG	ZYKADIA
PROGESTINS (البروجستينات)			
	Brand	INJ 400/ML	DEPO PROVERA
PA	Brand	VAG SUP 100MG	FIRST-PROGESTERONE
PA	Brand	VAG SUP 200MG	FIRST-PROGESTERONE
	Generic	POW CAPROATE	HYDROXYPROG
QL 1 injection per 90 days	Generic	INJ 150MG/ML	MEDROXYPR AC
90-day supply available	Generic	TAB 2.5MG	MEDROXYPR AC
90-day supply available	Generic	TAB 5MG	MEDROXYPR AC
90-day supply available	Generic	TAB 10MG	MEDROXYPR AC
90-day supply available	Generic	TAB 5MG	NORETHIN ACE
90-day supply available	Generic	CAP 100MG	PROGESTERONE
90-day supply available	Generic	CAP 200MG	PROGESTERONE
ENDOCRINE AND METABOLIC DRUGS (الأدوية الهرمونية والأيضية)			
ADRENALS (الغدة الكظرية)			
	Brand	3MG DOSE	BAQSIMI ONE POW
	Brand	3MG DOSE	BAQSIMI TWO POW
	Generic	ELX 0.5/5ML	BAYCADRON
	Generic	CAP 3MG DR	BUDESONIDE
QL 0.73 grams per day	Generic	AER 80-4.5	BUDES/FORMOT
QL 0.73 grams per day	Generic	AER 160-4.5	BUDES/FORMOT

QL: Quantity Limit (حدّ الكمية) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
QL 0.73 grams per day	Generic	AER 80-4.5	BREYNA
QL 0.73 grams per day	Generic	AER 160-4.5	BREYNA
	Generic	TAB 20MG	DELTASONE
	Generic	ELX 0.5/5ML	DEXAMETHASONE
	Generic	TAB 0.5MG	DEXAMETHASONE
	Generic	TAB 0.75MG	DEXAMETHASONE
	Generic	TAB 1MG	DEXAMETHASONE
	Generic	TAB 1.5MG	DEXAMETHASONE
	Generic	TAB 2MG	DEXAMETHASONE
	Generic	TAB 4MG	DEXAMETHASONE
	Generic	TAB 6MG	DEXAMETHASONE
	Generic	ELX 0.5/5ML	DEXAMETHASONE
	Brand	CON 1MG/ML	DEXAMETHASONE
	Generic	SOL 0.5/5ML	DEXAMETHASONE
	Generic	TAB 0.1MG	FLUDROCORTISONE
	Generic	TAB 10MG	HYDROCORTISONE
	Generic	TAB 5MG	HYDROCORTISONE
	Generic	TAB 20MG	HYDROCORTISONE
2 vials per fill	Generic	INJ 100MG	HYDROCORTISON
	Generic	TAB 4MG	METHYLPREDNISOLONE
	Generic	TAB 8MG	METHYLPREDNISOLONE
	Generic	TAB 16MG	METHYLPREDNISOLONE
	Generic	TAB 32MG	METHYLPREDNISOLONE
	Generic	PAK 4MG	METHYLPREDNISOLONE
PA	Generic	CAP 3.75-23MG	PHENTERMINE HCL-TOPIRAMATE
PA	Generic	CAP 7.5-46MG	PHENTERMINE HCL-TOPIRAMATE
PA	Generic	CAP 11.25-69MG	PHENTERMINE HCL-TOPIRAMATE
PA	Generic	CAP 15-92MG	PHENTERMINE HCL-TOPIRAMATE
PA	Brand	SOL 105MG	POMBILITI
	Generic	SOL 5MG/5ML	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE
	Generic	SOL 5MG/5ML	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE
	Generic	SOL 15MG/5ML	PREDNISOLONE
	Generic	SYP 15MG/5ML	PREDNISOLONE
	Generic	TAB 1MG	PREDNISONE
	Generic	TAB 2.5MG	PREDNISONE
	Generic	TAB 5MG	PREDNISONE
	Generic	TAB 10MG	PREDNISONE
	Generic	TAB 20MG	PREDNISONE

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Generic	TAB 50MG	PREDNISONE
	Generic	SOL 5MG/5ML	PREDNISONE
	Generic	PAK 5MG	PREDNISONE
	Generic	PAK 10MG	PREDNISONE
PA	Brand	CAP 3.75-23MG	QSYMIA
PA	Brand	CAP 7.5-46MG	QSYMIA
PA	Brand	CAP 11.25-69MG	QSYMIA
PA	Brand	CAP 15-92MG	QSYMIA
PA QL 0.036per day	Brand	INJ 160 MG/ML	RIVFLOZA
PA QL 0.036per day	Brand	INJ 128/0.8 ML	RIVFLOZA
PA QL 0.036per day	Brand	INJ 80/.05ML	RIVFLOZA
PA	Brand	POW 250MG	SEPHIENCE
PA	Brand	POW 1000	SEPHIENCE
	Brand	INJ 100MG	SOLU-CORTEF
2 vials per fill	Brand	INJ 250MG	SOLU-CORTEF
2 vials per fill	Brand	INJ 500MG	SOLU-CORTEF
2 vials per fill	Brand	INJ 1000MG	SOLU-CORTEF
ANDROGENS (الأندروجينات)			
	Generic	CAP 50MG	DANAZOL
	Generic	CAP 100MG	DANAZOL
	Generic	CAP 200MG	DANAZOL
PA	Brand	OIN 2%	FIRST-TESTOSTERONE
PA	Brand	TAB 10MG	METHITEST
PA	Generic	TAB 2.5MG	OXANDROLONE
PA	Brand	GEL 1%(50MG)	TESTIM
QL 91-day supply available	Generic	INJ 100MG/ML	TESTOSTERONE CYPIONATE
QL 91-day supply available	Generic	INJ 200MG/ML	TESTOSTERONE CYPIONATE
QL 91-day supply available	Generic	INJ 200MG/ML	TESTOSTERONE ENATHATE
PA	Generic	GEL 1%(25MG)	TESTOSTERONE
PA	Generic	GEL 1%(50MG)	TESTOSTERONE
PA	Generic	GEL PUMP 1%	TESTOSTERONE
PA	Generic	INJ 250MG/ML	TESTOSTERONE
QL 5 grams per day	Generic	GEL 20.25 MG/ACT (1.62%)	TESTOSTERONE TD

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
ESTROGENS (الإستروجينات)			
QL 0.29 per day	Brand	DIS .05/.14	COMBIPATCH
QL 0.29 per day	Brand	DIS .05/.25	COMBIPATCH
90-day supply available	Generic	CRE 0.1MG/GM	ESTRADIOL
90-day supply available	Generic	TAB 0.5MG	ESTRADIOL
90-day supply available	Generic	TAB 1MG	ESTRADIOL
90-day supply available	Generic	TAB 2MG	ESTRADIOL
QL 4 per month; 90-day supply available	Generic	PATCH WKLY 0.025MG	ESTRADIOL (Generic Climara)
QL 4 per month; 90-day supply available	Generic	PATCH WKLY 0.0375MG	ESTRADIOL (Generic Climara)
QL 4 per month; 90-day supply available	Generic	PATCH WKLY 0.05MG	ESTRADIOL (Generic Climara)
QL 4 per month; 90-day supply available	Generic	PATCH WKLY 0.06MG	ESTRADIOL (Generic Climara)
QL 4 per month; 90-day supply available	Generic	PATCH WKLY 0.075MG	ESTRADIOL (Generic Climara)
QL 4 per month; 90-day supply available	Generic	PATCH WKLY 0.1MG	ESTRADIOL (Generic Climara)
QL 16 per month; 90-day supply available	Generic	PATCH TW 0.025MG	ESTRADIOL (Generic Vivelle Dot)
QL 16 per month; 90-day supply available	Generic	PATCH TW 0.0375MG	ESTRADIOL (Generic Vivelle Dot)
QL 16 per month; 90-day supply available	Generic	PATCH TW 0.05MG	ESTRADIOL (Generic Vivelle Dot)
QL 16 per month; 90-day supply available	Generic	PATCH TW 0.075MG	ESTRADIOL (Generic Vivelle Dot)

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
QL 16 per month; 90-day supply available	Generic	PATCH TW 0.1MG	ESTRADIOL (Generic Vivelle Dot)
QL 1 per day	Generic	GEL 0.25 MG/0.25GM (0.1%)	ESTRADIOL TD
QL 1 per day	Generic	GEL 0.5 MG/0.5GM (0.1%)	ESTRADIOL TD
QL 1 per day	Generic	0.75 MG/0.75GM (0.1%)	ESTRADIOL TD
QL 1 per day	Generic	GEL 1 MG/GM (0.1%)	ESTRADIOL TD
QL 1.25 per day	Generic	GEL 1.25 MG/1.25GM (0.1%)	ESTRADIOL TD
	Generic	TAB 0.5-0.1MG	ESTRA/NORETH
	Generic	TAB 1-0.5MG	ESTRA/NORETH
90-day supply available	Generic	INJ 10MG/ML	ESTRADIOL VALERATE
90-day supply available	Generic	INJ 200MG/5	ESTRADIOL VALERATE
90-day supply available	Generic	INJ 20MG/ML	ESTRADIOL VALERATE
90-day supply available	Generic	INJ 40MG/ML	ESTRADIOL VALERATE
90-day supply available	Brand	INJ 5MG/ML	DEPO-ESTRADIOL
90-day supply available	Brand	MIS 2MG	ESTRING
	Generic	TAB 0.75MG	ESTROPIRATE
	Generic	TAB 1.5MG	ESTROPIRATE
	Generic	TAB 3MG	ESTROPIRATE
90-day supply available	Brand	TAB 0.3MG	MENEST
90-day supply available	Brand	TAB 0.625MG	MENEST
90-day supply available	Brand	TAB 1.25MG	MENEST
90-day supply available	Generic	TAB 10MCG	YUVAFEM
CONTRACEPTIVES (وسائل منع الحمل)			

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)
PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
*ما لم يُنصَ عليه خلافًا لذلك: الحد الأقصى لكمية التعبئة الأولى لوصفات الأدوية الجنيسة هو ما يكفي لمدة 91 يوماً؛ قد يصل الحد الأقصى لكمية التعبينات التالية بعد ذلك إلى ما يكفي 12 شهراً. الحد الأقصى لكمية تعبئة وصفات الأدوية ذات الماركات التجارية هو ما يكفي لمدة 91 يوماً لكل مرة يُعَبى فيها الدواء			
*QL	Generic	TAB 1.5MG	AFTERA
*QL	Generic	TAB	ALTAVERA
*QL	Generic	TAB 1/35	ALYACEN
*QL	Generic	TAB 7/7/7	ALYACEN
*QL	Generic	TAB	AMETHIA
*QL	Generic	TAB	AMETHIA LO
*QL	Generic	TAB 90-20MCG	AMETHYST
*QL	Generic	TAB	APRI
*QL	Generic	TAB	ARANELLE
*QL	Generic	TAB	ASHLYNA
*QL	Generic	TAB 0.1-0.02	AUBRA
*QL	Generic	TAB	AVIANE
*QL	Generic	TAB 28-DAY	AZURETTE
*QL	Generic	TAB	BALZIVA
*QL	Generic	TAB	BRIELLYN
*QL	Generic	TAB 0.35MG	CAMILA
*QL	Generic	TAB	CAMRESE
*QL	Generic	TAB	CAMRESE LO
*QL	Generic	PAK	CAZANT
*QL	Generic	PAK	CESIA
*QL	Generic	TAB 0.15/30	CHATEAL
*QL	Generic	TAB 28 TABS	CRYSELLE-28
*QL	Generic	TAB 1/35	CYCLAFEM
*QL	Generic	TAB 7/7/7	CYCLAFEM
*QL	Generic	TAB	CYRED
*QL	Generic	TAB 1/35	DASETTA
*QL	Generic	TAB 7/7/7	DASETTA
*QL	Generic	TAB	DAYSEE
*QL	Generic	TAB 0.35MG	DEBLITANE
*QL	Generic	TAB 0.1-0.02	DELYLA
*QL	Generic	TAB ESTRADIO	DESO/ETHINYL
*QL	Generic	TAB 3-0.03MG	DROSPIR/ETHI
*QL	Generic	TAB	DROSPIRE/ETH TAB ESTR/LEV
*QL	Generic	TAB ETHY EST	DROSPIRENONE
*QL	Generic	TAB 1.5MG	ECONTRA EZ
*QL	Generic	TAB	ELINEST

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
QL 3 tabs per 31 days	Brand	TAB 30MG	ELLA
QL 1 per 21 days; 90 day supply per fill	Generic	VA RING 0.120-0.015MG/HR	ELURYNG (generic Nuvaring)
*QL	Generic	TAB	EMOQUETTE
*QL	Generic	TAB	ENPRESSE-28
*QL	Generic	TAB	ENSKYCE
*QL	Generic	TAB 0.35MG	ERRIN
*QL	Generic	TAB 0.25-35	ESTARYLLA
*QL	Generic	TAB 1.5MG	FALLBACK
*QL	Generic	TAB	FALMINA
*QL	Generic	TAB	FAYOSIM
*QL	Generic	TAB 3-0.02MG	GIANVI
*QL	Generic	TAB 0.4-35	GILDAGIA
*QL	Generic	TAB 1/20	GILDESS
*QL	Generic	TAB 1.5/30	GILDESS
*QL	Generic	TAB FE 1/20	GILDESS 24
*QL	Generic	TAB 1/20	GILDESS FE
*QL	Generic	TAB 1.5/30	GILDESS FE
*QL	Generic	TAB 0.35MG	HEATHER
*QL	Generic	TAB	INTROVALE
*QL	Generic	TAB 0.35MG	JENCYCLA
*QL	Generic	TAB	JOLESSA
*QL	Generic	TAB 0.35MG	JOLIVETTE
*QL	Generic	TAB	JULEBER
*QL	Generic	TAB	JUNEL 1.5/30
*QL	Generic	TAB	JUNEL 1/20
*QL	Generic	TAB 1/20	JUNEL FE
*QL	Generic	TAB 1.5/30	JUNEL FE
*QL	Generic	TAB 1/20	JUNEL FE 24
*QL	Generic	TAB 28-DAY	KARIVA
*QL	Generic	TAB 1/35	KELNOR
*QL	Generic	TAB	KIMIDESS
*QL	Generic	TAB 0.15/30	KURVELO
*QL	Generic	TAB 1/20	LARIN
*QL	Generic	TAB 1.5/30	LARIN
*QL	Generic	TAB FE 1/20	LARIN 24
*QL	Generic	TAB 1/20	LARIN FE
*QL	Generic	TAB 1.5/30	LARIN FE

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
*QL	Generic	CHW	LAYOLIS FE
*QL	Generic	TAB	LEENA
*QL	Generic	TAB	LESSINA
*QL	Generic	TAB 90-20MCG	LEVO-ETH EST
*QL	Generic	TAB	LEVONEST
*QL	Generic	TAB 0.1-0.02	LEVONOR/ETHI
*QL	Generic	TAB ESTRADIO	LEVONOR/ETHI
*QL	Generic	TAB 0.75MG	LEVONORGESTR
*QL	Generic	TAB 1.5MG	LEVONORGESTR
*QL	Generic	TAB 0.15/30	LEVORA-28
*QL	Brand	TAB	LO LOESTRIN
*QL	Brand	PAK FE	LO MINASTRIN
*QL	Generic	TAB FE	LOMEDIA 24
*QL	Generic	TAB 3-0.02MG	LORYNA
*QL	Generic	TAB	LOW-OGESTREL
*QL	Generic	TAB	LUTERA
*QL	Generic	TAB 0.35MG	LYZA
*QL	Generic	TAB 0.15/30	MARLISSA
*QL	Generic	CHW FE	MIBELAS 24
*QL	Generic	TAB 1/20	MICROGESTIN
*QL	Generic	TAB 1.5/30	MICROGESTIN
*QL	Generic	TAB FE 1/20	MICROGESTIN
*QL	Generic	TAB FE1.5/30	MICROGESTIN
*QL	Generic	TAB 0.25-35	MONO-LINYAH
*QL	Generic	TAB	MONONESSA
*QL	Generic	TAB 1.5MG	MY WAY
*QL	Generic	TAB	MYZILRA
*QL	Generic	TAB 0.5/35	NECON
*QL	Generic	TAB 1/35	NECON
*QL	Generic	TAB 1/50-28	NECON
*QL	Generic	TAB 10/11-28	NECON
*QL	Generic	TAB 7/7/7	NECON
*QL	Generic	TAB 1.5MG	NEXT CHOICE
*QL	Generic	TAB 3-0.02MG	NIKKI
*QL	Generic	GEL 4%	NONOXYNOL-9
*QL	Generic	TAB 0.35MG	NORA-BE
*QL	Generic	TAB 1/20	NORETH/ETHIN
*QL	Generic	CHW FE	NORETH/ETHIN
*QL	Generic	TAB FE 1/20	NORETH/ETHIN

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
*QL	Generic	TAB 0.35MG	NORETHINDRON
*QL	Generic	TAB 0.25/35	NORGEST/ETHI
*QL	Generic	TAB ESTRADIO	NORGEST/ETHI
*QL	Generic	TAB 1+50-28	NORINYL
*QL	Generic	TAB 0.35MG	NORLYROC
*QL	Generic	TAB 0.5/35	NORTREL
*QL	Generic	TAB 1/35	NORTREL
*QL	Generic	TAB 7/7/7	NORTREL
*QL	Generic	TAB 3-0.03MG	OCELLA
*QL	Generic	TAB	OGESTREL
QL 1 per day; 90- day supply available	Generic	TAB 0.075MG	OPILL
*QL	Generic	TAB 1.5MG	OPCICON
*QL	Generic	TAB	ORSYTHIA
*QL	Generic	TAB	ORTHO TRI-CYCLN LO
*QL	Generic	TAB 0.4-35	PHILITH
*QL	Generic	TAB	PIMTREA
*QL	Generic	TAB 1/35	PIRMELLA
*QL	Generic	TAB 7/7/7	PIRMELLA
QL 6 tabs per 31 days	Brand	TAB 0.75MG	PLAN B
QL 3 tabs per 31 days	Brand	TAB 1.5MG	PLAN B
*QL	Generic	TAB	PORTIA-28
*QL	Generic	TAB	PREVIFEM
*QL	Generic	TAB	QUASENSE
*QL	Generic	TAB	RAJANI
*QL	Generic	TAB	RECLIPSEN
*QL	Generic	TAB	RIVELSA
*QL	Brand	TAB	SAFYRAL
*QL	Generic	TAB	SETLAKIN
*QL	Generic	TAB 0.35MG	SHAROBEL
*QL	Generic	TAB	SOLIA
*QL	Generic	TAB 28-DAY	SPRINTEC 28
*QL	Generic	TAB	SRONYX
*QL	Generic	TAB 3-0.03MG	SYEDA
*QL	Generic	TAB 1.5MG	TAKE ACTION
*QL	Generic	TAB 1/20	TARINA FE
*QL	Generic	TAB	TILIA FE

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
*QL	Generic	TAB	TRI-ESTARYLL
*QL	Generic	TAB FE	TRI-LEGEST
*QL	Generic	TAB	TRI-LINYAH
*QL	Generic	TAB	TRINESSA
*QL	Generic	TAB	TRI-PREVIFEM
*QL	Generic	TAB	TRI-SPRINTEC
*QL	Generic	TAB	TRIVORA-28
*QL	Generic	PAK	VELIVET
*QL	Generic	TAB 3-0.02MG	VESTURA
*QL	Generic	TAB	VIORELE
*QL	Generic	TAB 0.4-35	VYFEMLA
*QL	Generic	TAB 0.5/35	WERA
*QL	Generic	CHW 0.4MG-35	WYMZYA FE
Max 90-day supply per fill	Generic	DIS 150-35	XULANE
*QL	Generic	TAB 3-0.03MG	ZARAH
*QL	Generic	TAB	ZENCHENT
*QL	Generic	CHW 0.4MG-35	ZENCHENT FE
*QL	Generic	TAB 1/35E	ZOVIA
*QL	Generic	TAB 1/50E	ZOVIA
ALPHA-GLUCOSIDASE INHIBITORS (مثبطات ألفا غلوكوزيداز)			
QL 3 per day	Generic	TAB 50MG	ACARBOSE
QL 3 per day	Generic	TAB 100MG	ACARBOSE
QL 3 per day	Generic	TAB 25MG	ACARBOSE
ANTIHYPOGLYCEMIC AGENTS, MISCELLANEOUS (المواد العلاج المتنوعة المضادة لنقص السكر في الدم)			
	Brand	CHW 1GM	DEX4
	Brand	GLUCOSE CHW QK DISLV	DEX4
	Generic	SUS 50MG/ML	DIAZOXIDE
	Generic	CHW 4GM various flavors	GLUCOSE
	Brand	CHW 1GM	GLUCOSE BITS
	Generic	GEL 40%	GLUTOSE 15
	Generic	GEL 40%	GLUTOSE 45
	Brand	GEL 77.4%	INSTA-GLUCOS
BIGUANIDES (بيغوانيدس)			
90-day supply available	Generic	TAB 500MG	METFORMIN
90-day supply available	Generic	TAB 850MG	METFORMIN

QL: Quantity Limit (حدّ الكمية) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
90-day supply available	Generic	TAB 1000MG	METFORMIN
90-day supply available	Generic	TAB 500MG ER	METFORMIN
90-day supply available	Generic	TAB 750MG ER	METFORMIN
COMBO ANTI-DIABETIC (علاج مركب مضاد لمرض السكري)			
	Generic	TAB 2.5-250M	GLIPIZIDE/METFORMIN
	Generic	TAB 2.5-500M	GLIPIZIDE/METFORMIN
	Generic	TAB 5-500MG	GLIPIZIDE/METFORMIN
	Generic	TAB 1.25-250	GLYBURIDE/METFORMIN
	Generic	TAB 2.5-500	GLYBURIDE/METFORMIN
	Generic	TAB 5-500MG	GLYBURIDE/METFORMIN
QL 3 per day	Generic	TAB 15-500MG	PIOGLITAZONE/METFORMIN
QL 3 per day	Generic	TAB 15-850MG	PIOGLITAZONE/METFORMIN
GLUCAGON (الغلوكاغون)			
QL 2 kits per month	Brand	INJ HYPOKIT	GLUCAGEN
QL 2 kits per month	Brand	KIT 1MG	GLUCAGON
QL 2 per month	Brand	1MG SOL	GLUCAGON EMR
QL 2 per month (0.2ML/month)	Brand	0.5MG/0.1ML	GVOKE (auto-injector)
QL 2 per month (0.4ML/month)	Brand	1MG/0.2ML	GVOKE (auto-injector)
QL 2 per month (0.2ML/month)	Brand	PFS 0.5MG/0.1ML	GVOKE (Prefilled Syringe)
QL 2 per month (0.4ML/month)	Brand	PFS 1MG/0.2ML	GVOKE (Prefilled Syringe)
QL 2 per month (1.2ML/month)	Brand	0.6MG/0.6ML	ZEGALOGUE (auto-injector)
QL 2 per month (1.2ML/month)	Brand	PFS 0.6MG/0.6ML	ZEGALOGUE (Prefilled Syringe)
GNRH AGENTS (مواد العلاج للهرمون المطلق لموجهة الغدد التناسلية - GNRH)			
PA	Brand	INJ 42MG	CAMCEVI
PA	Brand	KIT 11.25-5	LUPANETA
PA	Brand	KIT 3.75-5	LUPANETA
PA	Brand	INJ 11.25MG	LUPR DEP-PED
PA	Brand	INJ 15MG	LUPR DEP-PED
PA QL 1 per day	Brand	INJ 30MG	LUPR DEP-PED

QL: Quantity Limit (حدّ الكمية) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
PA	Brand	INJ 7.5MG	LUPR DEP-PED
PA QL 1 per 90 days	Brand	INJ 11.25MG	LUPRON DEPOT
PA QL 1 per 90 days	Brand	INJ 22.5MG	LUPRON DEPOT
PA	Brand	INJ 3.75MG	LUPRON DEPOT
PA	Brand	INJ 30MG	LUPRON DEPOT
PA	Brand	INJ 45MG	LUPRON DEPOT
PA QL 0.006 per day; Max 168 day supply per fill	Brand	INJ 45MG	LUPRON DEPOT (pediatric kit)
PA	Brand	INJ 7.5MG	LUPRON DEPOT
PA QL 1 per day	Brand	TAB 120MG	ORGOVYX
PA QL 1 per day	Brand	TAB 150MG	ORILISSA
PA QL 2 per day	Brand	TAB 200MG	ORILISSA
INCRETIN MIMETICS (مُحاكاة الإنكريتين)			
PA; QL 0.215mls per day	Brand	INJ 20MCG	ADLYXIN
PA; QL 6 per 180 days	Brand	INJ 10/20MCG	ADLYXIN
PA QL 0.143mls per day	Brand	INJ	BYDUREON
PA QL 0.122mls per day	Brand	INJ BCISE	BYDUREON
PA QL 2.4mls per month	Brand	INJ 10MCG	BYETTA
PA QL 1.2mls per month	Brand	INJ 5MCG	BYETTA
ST required with alogliptan, Steglatro, Segluromet, Dapagliflozin, or Xigduo XR. QL 0.3mls per day	Generic	INJ 18MG/3ML	LIRAGLUTIDE
PA QL .08 per day	Brand	INJ 2.5MG/0.5ML	MOUNJARO
PA QL .08 per day	Brand	INJ 5MG/0.5ML	MOUNJARO
PA QL .08 per day	Brand	7.5MG/0.ML	MOUNJARO
PA QL .08 per day	Brand	10MG/0.5ML	MOUNJARO
PA QL .08 per day	Brand	12.5MG/0.5ML	MOUNJARO

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
PA QL .08 per day	Brand	15MG/0.5ML	MOUNJARO
PA QL 0.054 per day	Brand	INJ 2/1.5ML	OZEMPIC
PA QL 0.108 per day	Brand	INJ 2MG/3ML	OZEMPIC
PA QL 0.108 per day	Brand	INJ 4MG/3ML	OZEMPIC
PA QL 0.108 per day	Brand	INJ 8MG/3ML	OZEMPIC
PA QL 0.143mls per day	Brand	INJ 30MG	TANZEUM
PA QL 0.143mls per day	Brand	INJ 50MG	TANZEUM
PA QL 4 syringes/month	Brand	INJ 0.75MG/.05ML	TRULICITY
PA QL 4 syringes/month	Brand	INJ 01.5MG/.05ML	TRULICITY
PA QL 4 syringes/month	Brand	INJ 3MG/0.5ML	TRULICITY
PA QL 4 syringes/month	Brand	INJ 4.5MG/0.5ML	TRULICITY
PA QL 0.08mls per day	Brand	INJ 0.25MG	WEGOVY
PA QL 0.08mls per day	Brand	INJ 0.5MG	WEGOVY
PA QL 0.08mls per day	Brand	INJ 1MG	WEGOVY
PA QL 0.11mls per day	Brand	INJ 1.7MG	WEGOVY
PA QL 0.11mls per day	Brand	INJ 1.7MG	WEGOVY
PA QL 2 per 28 days	Brand	SOLN 2.5 MG/0.5ML	ZEPBOUND
PA QL 2 per 28 days	Brand	SOLN 5 MG/0.5ML	ZEPBOUND
PA QL 2 per 28 days	Brand	SOLN AUTO-INJECTOR 2.5 MG/0.5ML	ZEPBOUND
PA QL 0.086 per day		SOLN PEN-INJECTOR 2.5 MG/0.6ML	ZEPBOUND
PA QL 2 per 28 days	Brand	SOLN AUTO-INJECTOR 5 MG/0.5ML	ZEPBOUND

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
PA QL 0.086 per day	Brand	SOLN PEN-INJECTOR 5 MG/0.6ML	ZEPBOUND
PA QL 2 per 28 days	Brand	SOLN AUTO-INJECTOR 7.5 MG/0.5ML	ZEPBOUND
PA QL 0.086 per day	Brand	SOLN PEN-INJECTOR 7.5 MG/0.6ML	ZEPBOUND
PA QL 2 per 28 days	Brand	SOLN AUTO-INJECTOR 10 MG/0.5ML	ZEPBOUND
PA QL 0.086 per day	Brand	SOLN PEN-INJECTOR 10 MG/0.6ML	ZEPBOUND
PA QL 2 per 28 days	Brand	SOLN AUTO-INJECTOR 12.5 MG/0.5ML	ZEPBOUND
PA QL 0.086 per day	Brand	SOLN PEN-INJECTOR 12.5 MG/0.6ML	ZEPBOUND
PA QL 2 per 28 days	Brand	SOLN AUTO-INJECTOR 15 MG/0.5ML	ZEPBOUND
PA QL 0.086 per day	Brand	SOLN PEN-INJECTOR 15 MG/0.6ML	ZEPBOUND
INSULINS (الأنسولين)			
90-day supply available	Brand	INJ 100U/ML	ADMELOG
90-day supply available	Brand	INJ 100U/ML	ADMELOG SOLO
90-day supply available	Brand	INJ 100/ML	HUMALOG
90-day supply available	Brand	KWIK INJ 100/ML	HUMALOG
90-day supply available	Brand	KWIK INJ 200/ML	HUMALOG
90-day supply available	Brand	MIX INJ 50/50	HUMALOG
;90-day supply available	Brand	MIX INJ 50/50KWP	HUMALOG
90-day supply available	Brand	INJ 75/25 KWIKPEN	HUMALOG MIX
90-day supply available	Brand	INJ 100/ML	HUMALOG JR
90-day supply available	Brand	INJ 70/30	HUMULIN
90-day supply available	Brand	INJ 70/30KWP	HUMULIN

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
90-day supply available	Brand	N INJ U-100	HUMULIN
90-day supply available	Brand	N INJ U-100KWP	HUMULIN
90-day supply available	Brand	PEN INJ 70/30	HUMULIN
90-day supply available	Brand	R INJ U-100	HUMULIN
PA; 90-day supply available	Brand	R INJ 5-500 (pens)	HUMULIN
90-day supply available	Generic	MIX INJ 70/30	INSULIN ASPA (generic Novolog vial)
90-day supply available	Generic	INJ FLEXPEN 70/30	INSULIN ASPA (generic Novolog pen)
90-day supply available	Generic	INJ 100 UNIT/ML	INSULIN ASPA
90-day supply available	Generic	INJ FLEXPEN 100 UNIT/ML	INSULIN ASPA
90-day supply available	Generic	INJ 100U/ML	INSULIN GLARG (generic Semglee pen)
90-day supply available	Generic	SOL 100U/ML	INSULIN GLARG (generic Semglee vial)
90-day supply available	Generic	MIX INJ 75/25	INSULIN LISP (generic Humalog pen)
90-day supply available	Generic	INJ 100 UNIT/ML	INSULIN LISP
90-day supply available	Generic	INJ 100 UNIT/ML	INSULIN LISP
90-day supply available	Brand	INJ 100/ML JUNIOR	INSULIN LISP
90-day supply available	Brand	INJ 100/ML	LANTUS
90-day supply available	Brand	INJ 100/ML (pen)	LANTUS SOLOSTAR
90-day supply available	Brand	INJ 70/30	NOVOLIN
90-day supply available	Brand	N INJ RELION	NOVOLIN
90-day supply available	Brand	N INJ U-100	NOVOLIN

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
90-day supply available	Brand	R INJ RELION	NOVOLIN
90-day supply available	Brand	R INJ U-100	NOVOLIN
90-day supply available	Brand	R INJ 100 UNIT (pen)	NOVOLIN
90-day supply available	Brand	70/30 INJ RELION	NOVOLIN
90-day supply available	Brand	INJ 70/30	NOVOLOG RELION
90-day supply available	Brand	INJ FLEXPEN	NOVOLOG MIX
90-day supply available	Brand	INJ 100 UNIT/ML (pen)	REZVOGLAR
PA	Brand	INJ 10/33	SOLIQUA
DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4(DPP-4) INHIBITORS (مثبطات ثنائي ببتيداز - 4، الذي يُعرف بـ DPP-4)			
ST	Brand	TAB 6.25MG	ALOGLIPTIN
ST	Brand	TAB 12.5MG	ALOGLIPTIN
ST	Brand	TAB 25MG	ALOGLIPTIN
ST QL 2 per day	Generic	TAB 12.5-500 MG	ALOGLIPTIN-METFORMIN HCL
ST QL 2 per day	Generic	TAB 12.5-1000 MG	ALOGLIPTIN-METFORMIN HCL
ST QL 1 per day	Generic	TAB 12.5-15 MG	ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE
ST QL 1 per day	Generic	TAB 12.5-30 MG	ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE
ST QL 1 per day	Generic	TAB 12.5-45 MG	ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE
ST QL 1 per day	Generic	TAB 25-15 MG	ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE
ST QL 1 per day	Generic	TAB 25-30 MG	ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE
ST QL 1 per day	Generic	TAB 25-45MG	ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE
MEGLITINIDES (الميجليتينيديات)			
	Generic	TAB 60MG	NATEGLINIDE
	Generic	TAB 120MG	NATEGLINIDE
SODIUM-GLUC COTRANSPORT 2 (SGLT2) INHIB (مثبطات ناقل الصوديوم والغلوكوز 2 - الذي يُعرف بـ SGLT2)			
PA QL 1 per day	Brand	TAB 5-5MG	QTERN
PA QL 1 per day	Brand	TAB 10-5MG	QTERN
ST Required with Metformin AND Pioglitazone OR Glipizide,	Brand	TAB 5MG	STEGLATRO

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
Glyburide, Glimepiride QL 1 per day			
ST Required with Metformin AND Pioglitazone OR Glipizide, Glyburide, Glimepiride QL 1 per day	Brand	TAB 15MG	STEGLATRO
ST Required with Metformin AND Pioglitazone OR Glipizide, Glyburide, Glimepiride QL 2 per day	Brand	TAB 2.5-500MG	SEGLUROMET
ST Required with Metformin AND Pioglitazone OR Glipizide, Glyburide, Glimepiride QL 2 per day	Brand	TAB 2.5-1000MG	SEGLUROMET
ST Required with Metformin AND Pioglitazone OR Glipizide, Glyburide, Glimepiride QL 2 per day	Brand	TAB 7.5-500MG	SEGLUROMET
ST Required with Metformin AND Pioglitazone OR Glipizide, Glyburide, Glimepiride	Brand	TAB 7.5-1000MG	SEGLUROMET

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
Glimepiride QL 2 per day			
PA QL 2 per day	Brand	TAB 2.5-1000	XIGDUO XR
PA QL 1 per day	Brand	TAB 5-500MG	XIGDUO XR
PA QL 2 per day	Brand	TAB 5-1000MG	XIGDUO XR
PA QL 1 per day	Brand	TAB 10-500MG	XIGDUO XR
PA QL 1 per day	Brand	TAB 10-1000	XIGDUO XR
SULFONYLUREAS (السلفونيلوريا)			
QL 4 per day; 90-day supply available	Generic	TAB 1MG	GLIMEPIRIDE
QL 4 per day; 90-day supply available	Generic	TAB 2MG	GLIMEPIRIDE
QL 2 per day; 90-day supply available	Generic	TAB 4MG	GLIMEPIRIDE
90-day supply available	Generic	TAB 5MG	GLIPIZIDE
90-day supply available	Generic	TAB 10MG	GLIPIZIDE
90-day supply available	Generic	TAB 2.5MG	GLIPIZIDE ER
90-day supply available	Generic	TAB 5MG	GLIPIZIDE ER
90-day supply available	Generic	TAB 10MG	GLIPIZIDE ER
90-day supply available	Generic	TAB 1.5MG	GLYBURID MCR
90-day supply available	Generic	TAB 3MG	GLYBURID MCR
90-day supply available	Generic	TAB 6MG	GLYBURID MCR
90-day supply available	Generic	TAB 1.25MG	GLYBURIDE
90-day supply available	Generic	TAB 2.5MG	GLYBURIDE
90-day supply available	Generic	TAB 5MG	GLYBURIDE

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
THIAZOLIDINEDIONES (الثيازوليدينونات)			
QL 1 per day; 90-day supply available	Generic	TAB 15MG	PIOGLITAZONE
QL 1 per day; 90-day supply available	Generic	TAB 30MG	PIOGLITAZONE
QL 1 per day; 90-day supply available	Generic	TAB 45MG	PIOGLITAZONE
ANTITHYROID AGENTS (مواد علاج مُضَادَات الغُدَّة الدَّرْقِيَّة)			
	Generic	TAB 5MG	METHIMAZOLE
	Generic	TAB 10MG	METHIMAZOLE
	Generic	SOL 1GM/ML	POT IODIDE
	Generic	TAB 50MG	PROPYLTHIOUR
	Brand	SOL 1GM/ML	SSKI
THYROID AGENTS (مواد علاج الغُدَّة الدَّرْقِيَّة)			
	Brand	TAB 15MG	ARMOUR THYROID
	Brand	TAB 30MG	ARMOUR THYROID
	Brand	TAB 60MG	ARMOUR THYROID
	Brand	TAB 90MG	ARMOUR THYROID
	Brand	TAB 120MG	ARMOUR THYROID
	Brand	TAB 180MG	ARMOUR THYROID
	Brand	TAB 240MG	ARMOUR THYROID
	Brand	TAB 300MG	ARMOUR THYROID
90-day supply available	Generic	TAB 25MCG	LEVOTHYROXINE
90-day supply available	Generic	TAB 50MCG	LEVOTHYROXINE
90-day supply available	Generic	TAB 75MCG	LEVOTHYROXINE
90-day supply available	Generic	TAB 88MCG	LEVOTHYROXINE
90-day supply available	Generic	TAB 100MCG	LEVOTHYROXINE
90-day supply available	Generic	TAB 112MCG	LEVOTHYROXINE
90-day supply available	Generic	TAB 125MCG	LEVOTHYROXINE

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسَبِّقَة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
90-day supply available	Generic	TAB 137MCG	LEVOTHYROXINE
90-day supply available	Generic	TAB 150MCG	LEVOTHYROXINE
90-day supply available	Generic	TAB 175MCG	LEVOTHYROXINE
90-day supply available	Generic	TAB 200MCG	LEVOTHYROXINE
90-day supply available	Generic	TAB 300MCG	LEVOTHYROXINE
90-day supply available	Generic	TAB 25MCG	LEVOXYL
90-day supply available	Generic	TAB 50MCG	LEVOXYL
90-day supply available	Generic	TAB 75MCG	LEVOXYL
90-day supply available	Generic	TAB 88MCG	LEVOXYL
90-day supply available	Generic	TAB 100MCG	LEVOXYL
90-day supply available	Generic	TAB 112MCG	LEVOXYL
90-day supply available	Generic	TAB 125MCG	LEVOXYL
90-day supply available	Generic	TAB 137MCG	LEVOXYL
90-day supply available	Generic	TAB 150MCG	LEVOXYL
90-day supply available	Generic	TAB 175MCG	LEVOXYL
90-day supply available	Generic	TAB 200MCG	LEVOXYL
	Generic	TAB 5MCG	LIOTHYRONINE
	Generic	TAB 25MCG	LIOTHYRONINE
	Generic	TAB 50MCG	LIOTHYRONINE
	Generic	TAB 30MG	NP THYROID
	Generic	TAB 60MG	NP THYROID
	Generic	TAB 90MG	NP THYROID
90-day supply available	Brand	TAB 25MCG	SYNTHROID

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
90-day supply available	Brand	TAB 50MCG	SYNTHROID
90-day supply available	Brand	TAB 75MCG	SYNTHROID
90-day supply available	Brand	TAB 88MCG	SYNTHROID
90-day supply available	Brand	TAB 100MCG	SYNTHROID
90-day supply available	Brand	TAB 112MCG	SYNTHROID
90-day supply available	Brand	TAB 125MCG	SYNTHROID
90-day supply available	Brand	TAB 137MCG	SYNTHROID
90-day supply available	Brand	TAB 150MCG	SYNTHROID
90-day supply available	Brand	TAB 175MCG	SYNTHROID
90-day supply available	Brand	TAB 200MCG	SYNTHROID
90-day supply available	Brand	TAB 300MCG	SYNTHROID
	Brand	TAB 60MG	THYROLAR-1
	Brand	TAB 30MG	THYROLAR-1/2
	Brand	TAB 15MG	THYROLAR-1/4
	Brand	TAB 120MG	THYROLAR-2
	Brand	TAB 180MG	THYROLAR-3
90-day supply available	Generic	TAB 25MCG	UNITHROID DIRECT
90-day supply available	Generic	TAB 50MCG	UNITHROID DIRECT
90-day supply available	Generic	TAB 75MCG	UNITHROID DIRECT
90-day supply available	Generic	TAB 88MCG	UNITHROID DIRECT
90-day supply available	Generic	TAB 100MCG	UNITHROID DIRECT
90-day supply available	Generic	TAB 112MCG	UNITHROID DIRECT
90-day supply available	Generic	TAB 125MCG	UNITHROID DIRECT

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
90-day supply available	Generic	TAB 150MCG	UNITHROID DIRECT
90-day supply available	Generic	TAB 175MCG	UNITHROID DIRECT
90-day supply available	Generic	TAB 200MCG	UNITHROID DIRECT
90-day supply available	Generic	TAB 300MCG	UNITHROID DIRECT
90-day supply available	Generic	TAB 25MCG	UNITHROID
90-day supply available	Generic	TAB 50MCG	UNITHROID
90-day supply available	Generic	TAB 75MCG	UNITHROID
90-day supply available	Generic	TAB 88MCG	UNITHROID
90-day supply available	Generic	TAB 100MCG	UNITHROID
90-day supply available	Generic	TAB 112MCG	UNITHROID
90-day supply available	Generic	TAB 125MCG	UNITHROID
90-day supply available	Generic	TAB 137MCG	UNITHROID
90-day supply available	Generic	TAB 150MCG	UNITHROID
90-day supply available	Generic	TAB 175MCG	UNITHROID
90-day supply available	Generic	TAB 200MCG	UNITHROID
90-day supply available	Generic	TAB 300MCG	UNITHROID
OXYTOCICS (الأوكسيتوسين)			
	Generic	TAB 0.2MG	METHYLERGON
QL 1 per fill	Generic	TAB 200MG	MIFEPRISTONE
ERGOT-DERIV. (مُشتقات من فطر الأرغوت) DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS (ناهضات مُستقبلات الدوبامين)			
QL 20 per month	Generic	TAB 0.5MG	CABERGOLINE
النشطات-المضادات للإستروجين			
		TAB 60MG	RALOXIFENE

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
OSTEOPOROSIS (هشاشة العظام)			
QL 1 per day; 90-day supply available	Generic	TAB 5MG	ALENDRONATE
QL 1 per day; 90-day supply available	Generic	TAB 10MG	ALENDRONATE
QL 4 per 30 days; 12 per 77 days	Generic	TAB 35MG	ALENDRONATE
QL 4 per 30 days; 12 per 77 days	Generic	TAB 70MG	ALENDRONATE
QL 3.7mls per 30 days	Generic	SPR 200/ACT	CALCITONIN
	Generic	TAB 200MG	ETIDRONATE DISODIUM
	Generic	TAB 400MG	ETIDRONATE DISODIUM
QL 1 per 30 days	Generic	TAB 150MG	IBANDRONATE
ST (Alendronate) QL 1 per day	Generic	TAB 5MG	RISEDRONATE
ST (Alendronate) QL 4 per 30 days	Generic	TAB 35MG	RISEDRONATE
ST (Alendronate) QL 1 per 23 days	Generic	TAB 150MG	RISEDRONATE
PA QL 0.052ml per day	Brand	INJ	TYMLOS
OTHER MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS (مواد علاجية متنوعة أخرى)			
	Generic	TAB 30MG	CINACALCET
	Generic	TAB 60MG	CINACALCET
	Generic	TAB 90MG	CINACALCET
PA	Generic	TAB 10MG ER	DALFAMPRIDINE
PA QL 1 TAB per day	Brand	TAB 200MG	FILSPARI
PA QL 1 TAB per day	Brand	TAB 400MG	FILSPARI
90-day supply available	Generic	CAP 1000MG	FISH OIL
90-day supply available	Generic	CAP 1200MG	FISH OIL
90-day supply available	Generic	CAP 500MG	FISH OIL

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
90-day supply available	Generic	CAP 300MG	FISH OIL
90-day supply available	Generic	CAP 435MG	FISH OIL
90-day supply available	Brand	CAP 900MG	FISH OIL
PA	Brand	TAB 10MG	KERENDIA
	Generic	TAB 330MG	LEVOCARNITINE
	Generic	SOL 1GM/10ML	LEVOCARNITINE
	Brand	TAB 200MCG	MELATONIN
	Generic	TAB 300MCG	MELATONIN
	Generic	TAB 1MG	MELATONIN
	Generic	TAB 3MG	MELATONIN
	Generic	TAB 5MG	MELATONIN
	Generic	TAB 10MG	MELATONIN
	Brand	TAB 12MG	MELATONIN
	Brand	ER TAB 1MG	MELATONIN
	Brand	ER TAB 3MG	MELATONIN
	Generic	ER TAB 10MG	MELATONIN
	Generic	CHEW TAB 2.5MG	MELATONIN
	Brand	CHEW TAB 5MG	MELATONIN
	Brand	DIS TAB 500MCG	MELATONIN
	Generic	DIS TAB 3MG	MELATONIN
	Generic	DIS TAB 5MG	MELATONIN
	Generic	DIS TAB 10MG	MELATONIN
	Brand	DIS TAB 12MG	MELATONIN
	Brand	SL TAB 1MG	MELATONIN
	Brand	SL TAB 3MG	MELATONIN
	Generic	SL TAB 5MG	MELATONIN
	Generic	SL TAB 10MG	MELATONIN
	Generic	LIQ 1MG/ML	MELATONIN
	Brand	LIQ 1MG/4ML (2.5/10ML)	MELATONIN
	Brand	LIQ 3MG/0.9ML	MELATONIN
	Brand	LIQ 3.5MG/2ML (1.75MG/ML)	MELATONIN
	Brand	LIQ 5MG/ML	MELATONIN
	Generic	LIQ 5MG/15ML	MELATONIN
	Brand	LIQ 10MG/ML	MELATONIN
	Brand	CAP 1MG	MELATONIN

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Generic	CAP 3MG	MELATONIN
	Generic	CAP 5MG	MELATONIN
	Generic	CAP 10MG	MELATONIN
	Brand	SL LOZ 5MG	MELATONIN
	Generic	CAP EPA+DHA	OMEGA III
PA QL 2 per day	Brand	TAB 5MG	PYRUKYND
PA QL 2 per day	Brand	TAB 20MG	PYRUKYND
PA QL 2 per day	Brand	TAB 50MG	PYRUKYND
PA QL 1 per day	Brand	TAB 5MG TP	PYRUKYND
PA QL 1 per day	Brand	TAB 20MGx5MG	PYRUKYND
PA QL 1 per day	Brand	TAB 50MGx20MG	PYRUKYND
PA QL 1 per day	Brand	TAB 60MG	REZDIFFRA
PA QL 1 per day	Brand	TAB 80MG	REZDIFFRA
PA QL 1 per day	Brand	TAB 100MG	REZDIFFRA
PA QL 1 per day	Brand	TAB 200MG	REZUROCK
	Generic	CAP 500MG	SAM-E.P.A.
PA	Generic	POW 100MG	SAPROPTERIN
PA	Generic	POW 500MG	SAPROPTERIN
PA	Generic	TAB 100MG	SAPROPTERIN
PA QL 3 per day	Brand	CAP 50MG	SKYCLARYS
	Generic	CAP GEMS	SUPER DHA
90-day supply available	Generic	CAP 500MG	SUPER OMEGA
90-day supply available	Generic	CAP -3	SUPER OMEGA
90-day supply available	Generic	CAP-EPA	SUPER OMEGA
PA QL 2 per day	Generic	TAB 15MG	TOLVAPTAN
PA QL 2 per day	Generic	TAB 30MG	TOLVAPTAN
PA QL 2 per day	Generic	PAK 15MG	TOLVAPTAN
PA QL 2 per day	Generic	PAK 30-15MG	TOLVAPTAN
PA QL 2 per day	Generic	PAK 45-15MG	TOLVAPTAN
PA QL 2 per day	Generic	PAK 60-30MG	TOLVAPTAN
PA QL 2 per day	Generic	PAK 90-30MG	TOLVAPTAN
PA QL 1 per day	Brand	0.75MG TAB	VANRAFIA
PA QL 1 per day	Brand	TAB 50MG	VIJOICE
PA QL 1 per day	Brand	TAB 125MG	VIJOICE
PA QL 2 per day	Brand	TAB 250MG	VIJOICE
PA QL 0.072 per day	Brand	INJ 400/2ML	VOYXACT

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
PA	Brand	INJ 0.4MG	VOXZOGO
PA	Brand	INJ 0.56MG	VOXZOGO
PA	Brand	INJ 1.2MG	VOXZOGO
PA	Brand	INJ 1-1GM	XACDURO
PITUITARY (الغدة النخامية)			
PA QL 2 per day	Brand	CAP 50MG	CRENESSITY
PA QL 2 per day	Brand	CAP 100MG	CRENESSITY
PA QL 2 per day	Brand	SOL 50MG/ML	CRENESSITY
QL 6 per day	Generic	TAB 0.1MG	DESMOPRESSIN
QL 6 per day	Generic	TAB 0.2MG	DESMOPRESSIN
PA	Generic	INJ 4MCG/ML	DESMOPRESSIN
PA	Generic	SOL 0.01%	DESMOPRESSIN
PA	Generic	SPR 0.01%	DESMOPRESSIN
PA	Brand	SOL 1.5MG/ML	STIMATE
SOMATOTROPIN AGONISTS (ناهضات هرمون النمو -سوماتوتروبيين)			
PA	Brand	INJ 40MG/4ML	INCRELEX
	Generic	INJ 100MCG	OCTREOTIDE
	Generic	INJ 1000MCG	OCTREOTIDE
	Generic	SOL 80MG	OCTREOTIDE
PA	Brand	INJ 0.3MG/ML	SIGNIFOR
PA	Brand	INJ 0.6MG/ML	SIGNIFOR
PA	Brand	INJ 0.9MG/ML	SIGNIFOR
PA	Brand	INJ 5MG	ZOMACTON
PA	Brand	INJ 10MG	ZOMACTON
SOMATOTROPIN ANTAGONISTS (مُضَادَات هرمون النمو - سوماتوتروبيين)			
PA	Brand	INJ 10MG	SOMAVERT
PA	Brand	INJ 15MG	SOMAVERT
PA	Brand	INJ 20MG	SOMAVERT
PA	Brand	INJ 25MG	SOMAVERT
PA	Brand	INJ 30MG	SOMAVERT
VITAMIN D (فيتامين د)			
	Generic	CAP 0.25MCG	CALCITRIOL
	Generic	CAP 0.5MCG	CALCITRIOL
	Generic	SOL 1MCG/ML	CALCITRIOL
90-day supply available	Generic	CHW 400UNIT	CHILD VIT D
90-day supply available	Generic	CHW 400UNIT	D 400

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
90-day supply available	Generic	CHW 400UNIT	D-3 GUMMY
90-day supply available	Generic	CHW 400UNIT	D3 KIDS
90-day supply available	Brand	LIQ 400UNIT	D-VI-SOL
90-day supply available	Generic	LIQ 400UNIT	D-VITA
90-day supply available	Generic	DRO 8000/ML	ERGOCALCIFER
90-day supply available	Generic	SOL 8000/ML	ERGOCALCIFER
90-day supply available	Generic	LIQ 400UNIT	JUST D
PA QL 15 per 31 days	Generic	CAP 1 MCG	PARICALCITOL
PA QL 15 per 31 days	Generic	CAP 2 MCG	PARICALCITOL
QL 5 tabs per fill; ST (warfarin)	Generic	TAB 5MG	PHYTONADIONE
90-day supply available	Brand	TAB 4000UNIT	THERA-D
90-day supply available	Generic	CHW D 1000IU	VITAJoy DALY
90-day supply available	Generic	CHW 400UNIT	VITAMIN D
90-day supply available	Generic	TAB 5000IU	VITAMIN D
90-day supply available	Generic	CAP 5000UNT	VITAMIN D
90-day supply available	Generic	TAB 400UNT	VITAMIN D2
90-day supply available	Generic	TAB 800UNT	VITAMIN D3
90-day supply available	Generic	TAB 1000UNIT	VITAMIN D3
90-day supply available	Generic	TAB 2000UNIT	VITAMIN D3
90-day supply available	Generic	TAB 3000UNIT	VITAMIN D3

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
90-day supply available	Generic	TAB 400UNIT	VITAMIN D3
90-day supply available	Generic	TAB 5000UNIT	VITAMIN D3
90-day supply available	Brand	TAB 50000UNIT	VITAMIN D3
90-day supply available	Generic	CAP 400UNIT	VITAMIN D3
90-day supply available	Generic	CAP 5000UNIT	VITAMIN D3
90-day supply available	Generic	CAP 10000UNT	VITAMIN D3
90-day supply available	Generic	CAP 2000UNIT	VITAMIN D3
90-day supply available	Generic	CHW 1000UNIT	VITAMIN D3
90-day supply available	Generic	CHW 400UNIT	VITAMIN D3
90-day supply available	Generic	DRO 400UNIT	VITAMIN D3
90-day supply available	Generic	CHW 400UNIT	VIT D GUMMIE
VITAMIN E (فيتامين E)			
	Generic	CAP 400 UNIT	VITAMIN E
	Generic	TAB 400 UNIT	VITAMIN E
	Generic	CAP 450MG (1000 UNIT)	VITAMIN E
	Generic	CAP 670MG, (1000 UNIT)	VITAMIN E
	Generic	CAP 1000 UNIT	VITAMIN E

CARDIOVASCULAR AGENTS (مواد علاج القلب والأوعية الدموية)			
CARDIOTONIC AGENTS (مواد علاج مُنشطة للقلب)			
90-day supply available	Generic	TAB 0.125MG	DIGOXIN
90-day supply available	Generic	TAB 0.25MG	DIGOXIN
90-day supply available	Generic	SOL 50MCG/ML	DIGOXIN

QL: Quantity Limit (حدّ الكمية) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
CARDIAC DRUGS, MISCELLANEOUS (أدوية متنوعة للقلب)			
PA QL 4 per day	Brand	PAK 356MG	ATTRUBY
PA QL 1 per day	Brand	2.5MG	CAMZYOS
PA QL 1 per day	Brand	5MG	CAMZYOS
PA QL 1 per day	Brand	10MG	CAMZYOS
PA QL 1 per day	Brand	15MG	CAMZYOS
PA QL 2 per day	Brand	TAB 5MG	CORLANOR
PA QL 2 per day	Brand	TAB 7.5MG	CORLANOR
PA QL 10ml per day	Brand	SOL 5MG/5ML	CORLANOR
PA QL 2 per day	Generic	TAB 5MG	IVABRADINE
PA QL 2 per day	Generic	TAB 7.5MG	IVABRADINE
QL 2 per day	Generic	TAB ER 500MG	RANOLAZINE
QL 2 per day	Generic	TAB ER 1000MG	RANOLAZINE
QL 2 per day	Generic	TAB 24-26MG	SACUBITRIL-VALSARTAN (generic Entresto)
QL 2 per day	Generic	TAB 49-51MG	SACUBITRIL-VALSARTAN (generic Entresto)
QL 2 per day	Generic	TAB 97-103MG	SACUBITRIL-VALSARTAN (generic Entresto)
PA QL 1 per day	Brand	CAP 61MG	VYNDAMAX
NITRATES AND NITRITES (النيتريت والنيتريت)			
90-day supply available	Generic	TAB 5MG	ISOSORBIDE DINITRATE
90-day supply available	Generic	TAB 10MG	ISOSORBIDE DINITRATE
90-day supply available	Generic	TAB 20MG	ISOSORBIDE DINITRATE
90-day supply available	Generic	TAB 30MG	ISOSORBIDE DINITRATE
90-day supply available	Generic	TAB 10MG	ISOSORBIDE MONONITRATE
90-day supply available	Generic	TAB 20MG	ISOSORBIDE MONONITRATE
90-day supply available	Generic	TAB 30MG ER	ISOSORBIDE MONONITRATE
90-day supply available	Generic	TAB 60MG ER	ISOSORBIDE MONONITRATE
90-day supply available	Generic	TAB 120MG ER	ISOSORBIDE MONONITRATE
	Generic	DIS 0.1MG/HR	MINITRAN
	Generic	DIS 0.2MG/HR	MINITRAN
	Generic	DIS 0.4MG/HR	MINITRAN

QL: Quantity Limit (حدّ الكمية) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Generic	DIS 0.6MG/HR	MINITRAN
PA QL 1per day	Brand	TAB 5MG	MYQORZO
PA QL 1per day	Brand	TAB 10MG	MYQORZO
PA QL 1per day	Brand	TAB 15MG	MYQORZO
PA QL 1per day	Brand	TAB 20MG	MYQORZO
	Brand	OIN 2%	NITRO-BID
	Brand	DIS 0.3MG/HR	NITRO-DUR
	Brand	DIS 0.8MG/HR	NITRO-DUR
	Generic	INJ 5MG/ML	NITROGLYCERIN
	Generic	DIS 0.1MG/HR	NITROGLYCERIN
	Generic	DIS 0.2MG/HR	NITROGLYCERIN
	Generic	DIS 0.4MG/HR	NITROGLYCERIN
	Generic	DIS 0.6MG/HR	NITROGLYCERIN
	Generic	SPR 0.4MG	NITROGLYCERIN
	Generic	SPR LINGUAL	NITROGLYCERIN
	Generic	SUB 0.3MG	NITROGLYCERIN
	Generic	SUB 0.4MG	NITROGLYCERIN
	Generic	SUB 0.6MG	NITROGLYCERIN
PA QL: 4 per day	Brand	20MG CAP	VYNDAQEL
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS (مواد العلاج الحاصرة لمستقبلات بيتا الأدرينالية)			
90-day supply available	Generic	CAP 200MG	ACEBUTOLOL
90-day supply available	Generic	CAP 400MG	ACEBUTOLOL
90-day supply available	Generic	TAB 25MG	ATENOLOL
90-day supply available	Generic	TAB 50MG	ATENOLOL
90-day supply available	Generic	TAB 100MG	ATENOLOL
90-day supply available	Generic	TAB 5MG	BISOPROLOL FUMARATE
90-day supply available	Generic	TAB 10MG	BISOPROLOL FUMARATE
90-day supply available	Generic	TAB 3.125MG	CARVEDILOL
90-day supply available	Generic	TAB 6.25MG	CARVEDILOL
90-day supply available	Generic	TAB 12.5MG	CARVEDILOL

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
90-day supply available	Generic	TAB 25MG	CARVEDILOL
90-day supply available	Generic	TAB 100MG	LABETALOL
90-day supply available	Generic	TAB 200MG	LABETALOL
90-day supply available	Generic	TAB 300MG	LABETALOL
	Brand	INJ 10MG/2ML	LABETALOL
90-day supply available	Generic	TAB 25MG	METOPROLOL TARTRATE
90-day supply available	Generic	TAB 37.5MG	METOPROLOL TARTRATE
90-day supply available	Generic	TAB 50MG	METOPROLOL TARTRATE
90-day supply available	Generic	TAB 75MG	METOPROLOL TARTRATE
90-day supply available	Generic	TAB 100MG	METOPROLOL TARTRATE
90-day supply available	Generic	TAB 25MG ER	METOPROLOL
90-day supply available	Generic	TAB 50MG ER	METOPROLOL
90-day supply available	Generic	TAB 100MG ER	METOPROLOL
90-day supply available	Generic	TAB 200MG ER	METOPROLOL
90-day supply available	Generic	TAB 20MG	NADOLOL
90-day supply available	Generic	TAB 40MG	NADOLOL
90-day supply available	Generic	TAB 80MG	NADOLOL
90-day supply available	Generic	TAB 5MG	PINDOLOL
90-day supply available	Generic	TAB 10MG	PINDOLOL
90-day supply available	Generic	CAP 60MG ER	PROPRANOLOL
90-day supply available	Generic	CAP 80MG ER	PROPRANOLOL

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
90-day supply available	Generic	CAP 120MG ER	PROPRANOLOL
90-day supply available	Generic	CAP 160MG ER	PROPRANOLOL
90-day supply available	Generic	TAB 10MG	PROPRANOLOL
90-day supply available	Generic	TAB 20MG	PROPRANOLOL
90-day supply available	Generic	TAB 40MG	PROPRANOLOL
90-day supply available	Generic	TAB 60MG	PROPRANOLOL
90-day supply available	Generic	TAB 80MG	PROPRANOLOL
AR PA required >12; 90-day supply available	Generic	SOL 20MG/5ML	PROPRANOLOL
AR PA required >12; 90-day supply available	Generic	SOL 40MG/5ML	PROPRANOLOL
90-day supply available	Generic	TAB 80MG	SORINE
90-day supply available	Generic	TAB 120MG	SORINE
90-day supply available	Generic	TAB 160MG	SORINE
90-day supply available	Generic	TAB 240MG	SORINE
90-day supply available	Generic	TAB 80MG	SOTALOL AF
90-day supply available	Generic	TAB 120MG	SOTALOL AF
90-day supply available	Generic	TAB 160MG	SOTALOL AF
90-day supply available	Generic	TAB 80MG	SOTALOL HCL
90-day supply available	Generic	TAB 120MG	SOTALOL HCL
90-day supply available	Generic	TAB 160MG	SOTALOL HCL

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
90-day supply available	Generic	TAB 240MG	SOTALOL HCL
CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS (مواد العلاج الحاصرة لقنوات الكالسيوم)			
90-day supply available	Generic	TAB 2.5MG	AMLODIPINE
90-day supply available	Generic	TAB 5MG	AMLODIPINE
90-day supply available	Generic	TAB 10MG	AMLODIPINE
QL 1 per day	Generic	CAP 2.5-10MG	AMLODIPINE BESYLATE-BENAZEPRIL
QL 1 per day	Generic	CAP 5-10MG	AMLODIPINE BESYLATE-BENAZEPRIL
QL 1 per day	Generic	CAP 5-20MG	AMLODIPINE BESYLATE-BENAZEPRIL
QL 1 per day	Generic	CAP 5-40MG	AMLODIPINE BESYLATE-BENAZEPRIL
QL 1 per day	Generic	CAP 10-20MG	AMLODIPINE BESYLATE-BENAZEPRIL
QL 1 per day	Generic	CAP 10-40MG	AMLODIPINE BESYLATE-BENAZEPRIL
PA QL 2 doses per fill; 6 doses per 365 days	Brand	SPR 2x70MG	CARDAMYST
90-day supply available	Generic	CAP 120/24HR	CARTIA XT
90-day supply available	Generic	CAP 180/24HR	CARTIA XT
90-day supply available	Generic	CAP 240/24HR	CARTIA XT
90-day supply available	Generic	CAP 300/24HR	CARTIA XT
90-day supply available	Generic	CAP 120MG	DILT-CD
90-day supply available	Generic	CAP 180MG	DILT-CD
90-day supply available	Generic	CAP 240MG	DILT-CD
90-day supply available	Generic	CAP 300MG	DILT-CD
90-day supply available	Generic	TAB 30MG	DILTIAZEM
90-day supply available	Generic	TAB 60MG	DILTIAZEM
90-day supply available	Generic	TAB 90MG	DILTIAZEM

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
90-day supply available	Generic	TAB 120MG	DILTIAZEM
90-day supply available	Generic	CAP 60MG ER	DILTIAZEM
90-day supply available	Generic	CAP 90MG ER	DILTIAZEM
90-day supply available	Generic	CAP 120MG ER	DILTIAZEM
90-day supply available	Generic	CAP 180MG ER	DILTIAZEM
90-day supply available	Generic	CAP 240MG ER	DILTIAZEM
90-day supply available	Generic	CAP 120MG/24	DILTIAZEM
90-day supply available	Generic	CAP 180MG/24	DILTIAZEM
90-day supply available	Generic	CAP 240MG/24	DILTIAZEM
90-day supply available	Generic	CAP 300MG/24	DILTIAZEM
90-day supply available	Generic	CAP 360MG/24	DILTIAZEM
90-day supply available	Generic	CAP 360MG ER	DILTIAZEM
90-day supply available	Generic	CAP 420MG/24	DILTIAZEM
90-day supply available	Generic	CAP 120MG CD	DILTIAZEM
90-day supply available	Generic	CAP 180MG CD	DILTIAZEM
90-day supply available	Generic	CAP 240MG CD	DILTIAZEM
90-day supply available	Generic	CAP 300MG ER	DILTIAZEM
90-day supply available	Generic	CAP 300MG CD	DILTIAZEM
90-day supply available	Generic	CAP 360MG CD	DILTIAZEM
90-day supply available	Generic	CAP 120MG	DILT-XR

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
90-day supply available	Generic	CAP 180MG	DILT-XR
90-day supply available	Generic	CAP 240MG	DILT-XR
90-day supply available	Generic	CAP 120MG/24	DILTZAC
90-day supply available	Generic	CAP 180MG/24	DILTZAC
90-day supply available	Generic	CAP 240MG/24	DILTZAC
90-day supply available	Generic	CAP 300MG/24	DILTZAC
90-day supply available	Generic	CAP 360MG/24	DILTZAC
90-day supply available	Generic	TAB 2.5MG ER	FELODIPINE
90-day supply available	Generic	TAB 5MG ER	FELODIPINE
90-day supply available	Generic	TAB 10MG ER	FELODIPINE
90-day supply available	Generic	TAB 30MG ER	NIFEDIAC CC
90-day supply available	Generic	TAB 60MG ER	NIFEDIAC CC
90-day supply available	Generic	TAB 30MG	NIFEDICAL XL
90-day supply available	Generic	TAB 60MG	NIFEDICAL XL
90-day supply available	Generic	CAP 10MG	NIFEDIPINE
90-day supply available	Generic	CAP 20MG	NIFEDIPINE
90-day supply available	Generic	TAB 30MG ER	NIFEDIPINE
90-day supply available	Generic	TAB 60MG ER	NIFEDIPINE
90-day supply available	Generic	TAB 90MG ER	NIFEDIPINE
90-day supply available	Generic	CAP 120MG/24	TAZTIA XT

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
90-day supply available	Generic	CAP 180MG/24	TAZTIA XT
90-day supply available	Generic	CAP 240MG/24	TAZTIA XT
90-day supply available	Generic	CAP 300MG/24	TAZTIA XT
90-day supply available	Generic	CAP 360MG/24	TAZTIA XT
90-day supply available	Generic	TAB 40MG	VERAPAMIL
90-day supply available	Generic	TAB 80MG	VERAPAMIL
90-day supply available	Generic	TAB 120MG	VERAPAMIL
90-day supply available	Generic	TAB 120MG ER	VERAPAMIL
90-day supply available	Generic	TAB 180MG ER	VERAPAMIL
90-day supply available	Generic	TAB 240MG ER	VERAPAMIL
90-day supply available	Generic	INJ 2.5MG/ML	VERAPAMIL
90-day supply available	Generic	CAP 100MG ER	VERAPAMIL
90-day supply available	Generic	CAP 120MG ER	VERAPAMIL
90-day supply available	Generic	CAP 120MG SR	VERAPAMIL
90-day supply available	Generic	CAP 180MG ER	VERAPAMIL
90-day supply available	Generic	CAP 180MG SR	VERAPAMIL
90-day supply available	Generic	CAP 200MG ER	VERAPAMIL
90-day supply available	Generic	CAP 240MG ER	VERAPAMIL
90-day supply available	Generic	CAP 240MG SR	VERAPAMIL
90-day supply available	Generic	CAP 300MG ER	VERAPAMIL

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
90-day supply available	Generic	CAP 360MG SR	VERAPAMIL
ANTIARRHYTHMICS (مُضَادَات اضطراب النظم القلبي)			
	Generic	INJ 6MG/2ML	ADENOSINE
	Generic	INJ 12MG/4ML	ADENOSINE
90-day supply available	Generic	TAB 200MG	AMIODARONE
	Generic	INJ 50MG/ML	AMIODARONE
	Generic	INJ 150MG/3M	AMIODARONE
	Generic	CAP 100MG	DISOPYRAMIDE
	Generic	CAP 150MG	DISOPYRAMIDE
	Generic	CAP 125MCG	DOFETILIDE
	Generic	CAP 250MCG	DOFETILIDE
	Generic	CAP 500MCG	DOFETILIDE
	Generic	TAB 50MG	FLECAINIDE
	Generic	TAB 100MG	FLECAINIDE
	Generic	TAB 150MG	FLECAINIDE
	Generic	INJ 20MG/ML	LIDOCAINE
	Generic	CAP 150MG	MEXILETINE
	Generic	CAP 200MG	MEXILETINE
	Generic	CAP 250MG	MEXILETINE
PA QL 2 per day	Brand	TAB 400MG	MULTAQ
	Brand	CAP 100MG CR	NORPACE
	Brand	CAP 150MG CR	NORPACE
90-day supply available	Generic	TAB 200MG	PACERONE
	Generic	INJ 100MG/ML	PROCAINAMIDE
	Generic	INJ 500MG/ML	PROCAINAMIDE
	Generic	TAB 150MG	PROPAFENONE
	Generic	TAB 225MG	PROPAFENONE
	Generic	TAB 300MG	PROPAFENONE
	Generic	TAB 324MG CR	QUINIDINE GLUCONATE
	Generic	TAB 324MG ER	QUINIDINE GLUCONATE
	Generic	TAB 200MG	QUINIDINE SULFATE
	Generic	TAB 300MG	QUINIDINE SULFATE
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS (مُضَادَات مُسْتَقْبَلَات الأَنْجِيوتنسين الثاني)			
PA 90-day supply available	Generic	TAB 4MG	CANDESARTAN

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
PA 90-day supply available	Generic	TAB 8MG	CANDESARTAN
PA 90-day supply available	Generic	TAB 16MG	CANDESARTAN
PA 90-day supply available	Generic	TAB 32MG	CANDESARTAN
PA; 90-day supply available	Generic	TAB 16-12.5MG	CANDESARTAN/HCTZ
PA; 90-day supply available	Generic	TAB 32-12.5MG	CANDESARTAN/HCTZ
PA; 90-day supply available	Generic	TAB 32-25MG	CANDESARTAN/HCTZ
90-day supply available	Generic	TAB 75MG	IRBESARTAN
90-day supply available	Generic	TAB 150MG	IRBESARTAN
90-day supply available	Generic	TAB 300MG	IRBESARTAN
90-day supply available	Generic	TAB 25MG	LOSARTAN POTASSIUM
90-day supply available	Generic	TAB 50MG	LOSARTAN POTASSIUM
90-day supply available	Generic	TAB 100MG	LOSARTAN POTASSIUM
90-day supply available	Generic	TAB 5MG	OLMESARTAN MEDOXOMIL
90-day supply available	Generic	TAB 20MG	OLMESARTAN MEDOXOMIL
90-day supply available	Generic	TAB 40MG	OLMESARTAN MEDOXOMIL
90-day supply available	Generic	TAB 20-12.5MG	OLMESARTAN MEDOXOMIL/HCTZ
90-day supply available	Generic	TAB 40-12.5MG	OLMESARTAN MEDOXOMIL/HCTZ
90-day supply available	Generic	TAB 40-25MG	OLMESARTAN MEDOXOMIL/HCTZ
	Generic	TAB 20MG	TELMISARTAN
	Generic	TAB 40MG	TELMISARTAN
	Generic	TAB 80MG	TELMISARTAN
	Generic	TAB 40MG	VALSARTAN

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
90-day supply available			
90-day supply available	Generic	TAB 80MG	VALSARTAN
90-day supply available	Generic	TAB 160MG	VALSARTAN
90-day supply available	Generic	TAB 320MG	VALSARTAN
90-day supply available	Generic	TAB 80-12.5MG	VALSARTAN/HCTZ
90-day supply available	Generic	TAB 160-12.5MG	VALSARTAN/HCTZ
90-day supply available	Generic	TAB 160-25MG	VALSARTAN/HCTZ
90-day supply available	Generic	TAB 320-12.5MG	VALSARTAN/HCTZ
90-day supply available	Generic	TAB 320-25MG	VALSARTAN/HCTZ
ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME INHIBITORS (مثبطات الإنزيم المحوّل للأنجيوتنسين)			
90-day supply available	Generic	TAB 5MG	BENAZEPRIL
90-day supply available	Generic	TAB 10MG	BENAZEPRIL
90-day supply available	Generic	TAB 20MG	BENAZEPRIL
90-day supply available	Generic	TAB 40MG	BENAZEPRIL
90-day supply available	Generic	TAB 12.5MG	CAPTOPRIL
90-day supply available	Generic	TAB 25MG	CAPTOPRIL
90-day supply available	Generic	TAB 50MG	CAPTOPRIL

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
90-day supply available	Generic	TAB 100MG	CAPTOPRIL
90-day supply available	Generic	TAB 2.5MG	ENALAPRIL
90-day supply available	Generic	TAB 5MG	ENALAPRIL
90-day supply available	Generic	TAB 10MG	ENALAPRIL
90-day supply available	Generic	TAB 20MG	ENALAPRIL
90-day supply available	Generic	TAB 10MG	FOSINOPRIL
90-day supply available	Generic	TAB 20MG	FOSINOPRIL
90-day supply available	Generic	TAB 40MG	FOSINOPRIL
90-day supply available	Generic	TAB 2.5MG	LISINOPRIL
90-day supply available	Generic	TAB 5MG	LISINOPRIL
90-day supply available	Generic	TAB 10MG	LISINOPRIL
90-day supply available	Generic	TAB 20MG	LISINOPRIL
90-day supply available	Generic	TAB 30MG	LISINOPRIL
90-day supply available	Generic	TAB 40MG	LISINOPRIL
90-day supply available	Generic	CAP 10MG	RAMIPRIL
90-day supply available	Generic	CAP 1.25MG	RAMIPRIL
90-day supply available	Generic	CAP 2.5MG	RAMIPRIL
90-day supply available	Generic	CAP 5MG	RAMIPRIL
CENTRAL ALPHA-AGONISTS (الناهضات المركزية لمستقبلات ألفا)			
90-day supply available	Generic	TAB 0.1MG	CLONIDINE
90-day supply available	Generic	TAB 0.2MG	CLONIDINE

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
90-day supply available	Generic	TAB 0.3MG	CLONIDINE
90-day supply available	Generic	TAB 1MG	GUANFACINE
90-day supply available	Generic	TAB 2MG	GUANFACINE
90-day supply available	Generic	TAB 250MG	METHYLDOPA
90-day supply available	Generic	TAB 500MG	METHYLDOPA
COMBO HYPERTENSION MEDS (أدوية مُركّبة لعلاج ارتفاع ضغط الدم)			
QL 90-day supply available	Generic	TAB 50-25MG	ATENOLOL/CHLORTHALIDONE
QL 90-day supply available	Generic	TAB 100-25MG	ATENOLOL/CHLORTHALIDONE
QL 90-day supply available	Generic	TAB 5-6.25	BENAZEPRIL/HYDROCHLOROTHIAZIDE
QL 90-day supply available	Generic	TAB 10-12.5	BENAZEPRIL/HYDROCHLOROTHIAZIDE
QL 90-day supply available	Generic	TAB 20-12.5	BENAZEPRIL/HYDROCHLOROTHIAZIDE
QL 90-day supply available	Generic	TAB 20-25MG	BENAZEPRIL/HYDROCHLOROTHIAZIDE
QL 90-day supply available	Generic	TAB 2.5/6.25	BISOPROLOL FUMARATE/HYDROCHLOROTHIAZIDE
QL 90-day supply available	Generic	TAB 5-6.25MG	BISOPROLOL FUMARATE/HYDROCHLOROTHIAZIDE
QL 90-day supply available	Generic	TAB 10/6.25	BISOPROLOL FUMARATE/HYDROCHLOROTHIAZIDE
QL 90-day supply available	Generic	TAB 25-15MG	CAPTOPRIL/HYDROCHLOROTHIAZIDE
QL 90-day supply available	Generic	TAB 50-15MG	CAPTOPRIL/HYDROCHLOROTHIAZIDE
QL 90-day supply available	Generic	TAB 50-25MG	CAPTOPRIL/HYDROCHLOROTHIAZIDE
QL 90-day supply available	Generic	TAB 5-12.5MG	ENALAPRIL/HYDROCHLOROTHIAZIDE
QL 90-day supply available	Generic	TAB 10-25MG	ENALAPRIL/HYDROCHLOROTHIAZIDE
QL 90-day supply available	Generic	TAB 300-12.5	IRBESARTAN/HYDROCHLOROTHIAZIDE

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
QL 90-day supply available	Generic	TAB 150-12.5	IRBESARTAN/HYDROCHLOROTHIAZIDE
QL 90-day supply available	Generic	TAB 10-12.5	LISINOPRIL/HYDROCHLOROTHIAZIDE
QL 90-day supply available	Generic	TAB 20-12.5	LISINOPRIL/HYDROCHLOROTHIAZIDE
QL 90-day supply available	Generic	TAB 20-25MG	LISINOPRIL/HYDROCHLOROTHIAZIDE
QL 90-day supply available	Generic	TAB 50-12.5	LOSARTAN/HYDROCHLOROTHIAZIDE
QL 90-day supply available	Generic	TAB 100-12.5	LOSARTAN/HYDROCHLOROTHIAZIDE
QL 90-day supply available	Generic	TAB 100-25	LOSARTAN/HYDROCHLOROTHIAZIDE
QL 90-day supply available	Generic	TAB 50-25MG	METOPROLOL/HYDROCHLOROTHIAZIDE
QL 90-day supply available	Generic	TAB 100-25MG	METOPROLOL/HYDROCHLOROTHIAZIDE
QL 90-day supply available	Generic	TAB 100-50MG	METOPROLOL/HYDROCHLOROTHIAZIDE
	Generic	TAB 25/25	SPIRONOLACTONE/HYDROCHLOROTHIAZIDE
	Generic	CAP 37.5-25	TRIAMTERENE/HYDROCHLOROTHIAZIDE
	Generic	TAB 37.5-25	TRIAMTERENE/HYDROCHLOROTHIAZIDE
	Generic	TAB 75-50MG	TRIAMTERENE/HYDROCHLOROTHIAZIDE
DIRECT VASODILATORS (موسعات الأوعية الدموية المباشرة)			
90-day supply available	Generic	TAB 10MG	HYDRALAZINE
90-day supply available	Generic	TAB 25MG	HYDRALAZINE
90-day supply available	Generic	TAB 50MG	HYDRALAZINE
90-day supply available	Generic	TAB 100MG	HYDRALAZINE
90-day supply available	Generic	TAB 2.5MG	MINOXIDIL
90-day supply available	Generic	TAB 10MG	MINOXIDIL
CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS (EENT) (مثبطات الأنهيدراز الكربونية - العين والأذن والأنف والحنجرة)			
	Generic	TAB 125MG	ACETAZOLAMIDE
	Generic	TAB 250MG	ACETAZOLAMIDE

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Generic	CAP 500MG ER	ACETAZOLAMIDE
	Generic	SUS 1% OP	BRINZOLAMIDE
	Generic	SOL 22.3-6.8	DORZOLAMIDE/TIMOLOL MALEATE
	Generic	SOL 2% OP	DORZOLAMIDE
	Generic	TAB 25MG	METHAZOLAMIDE
	Generic	TAB 50MG	METHAZOLAMIDE
LOOP DIURETICS (مُدْرَاتِ الْبَوْلِ الْعُرْوِيَّة)			
90-day supply available	Generic	TAB 0.5MG	BUMETANIDE
90-day supply available	Generic	TAB 1MG	BUMETANIDE
90-day supply available	Generic	TAB 2MG	BUMETANIDE
90-day supply available	Generic	INJ 0.25/ML	BUMETANIDE
90-day supply available	Generic	TAB 20MG	FUROSEMIDE
90-day supply available	Generic	TAB 40MG	FUROSEMIDE
90-day supply available	Generic	TAB 80MG	FUROSEMIDE
90-day supply available	Generic	INJ 10MG/ML	FUROSEMIDE
90-day supply available	Generic	INJ 20MG/2ML	FUROSEMIDE
90-day supply available	Generic	INJ 40MG/4ML	FUROSEMIDE
90-day supply available	Generic	INJ 100/10ML	FUROSEMIDE
90-day supply available	Generic	SOL 8MG/ML	FUROSEMIDE
90-day supply available	Generic	SOL 10MG/ML	FUROSEMIDE
90-day supply available	Generic	TAB 5MG	TORSEMIDE
90-day supply available	Generic	TAB 10MG	TORSEMIDE
90-day supply available	Generic	TAB 20MG	TORSEMIDE

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
90-day supply available	Generic	TAB 100MG	TORSEMIDE
POTASSIUM-SPARING DIURETICS (مُدرّات البول الحافظة للبوتاسيوم)			
	Generic	TAB 5-50	AMILORIDE/HYDROCHLOROTHIAZIDE
90-day supply available	Generic	TAB 5MG	AMILORIDE
90-day supply available	Generic	TAB 25MG	EPLERENONE
90-day supply available	Generic	TAB 50MG	EPLERENONE
90-day supply available	Generic	TAB 25MG	SPIRONOLACTONE
90-day supply available	Generic	TAB 50MG	SPIRONOLACTONE
90-day supply available	Generic	TAB 100MG	SPIRONOLACTONE
THIAZIDE AND THIAZIDE-LIKE DIURETICS (مُدرّات البول الثيازيدية وما شابهها)			
90-day supply available	Generic	TAB 25MG	CHLORTHALIDONE
90-day supply available	Generic	TAB 50MG	CHLORTHALIDONE
90-day supply available	Generic	CAP 12.5MG	HYDROCHLOROTHIAZIDE
90-day supply available	Generic	TAB 12.5MG	HYDROCHLOROTHIAZIDE
90-day supply available	Generic	TAB 25MG	HYDROCHLOROTHIAZIDE
90-day supply available	Generic	TAB 50MG	HYDROCHLOROTHIAZIDE
90-day supply available	Generic	TAB 1.25MG	INDAPAMIDE
90-day supply available	Generic	TAB 2.5MG	INDAPAMIDE
90-day supply available	Generic	TAB 2.5MG	METOLAZONE
90-day supply available	Generic	TAB 5MG	METOLAZONE
90-day supply available	Generic	TAB 10MG	METOLAZONE

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS (ناهضات مُستقبّلات ألفا الأدرينالية)			
	Generic	TAB 2.5MG	MIDODRINE
	Generic	TAB 5MG	MIDODRINE
	Generic	TAB 10MG	MIDODRINE
EPINEPHRINE (أبينيفرين)			
	Generic	INJ 0.15MG	EPINEPHRINE AUTO-INJECTOR
	Generic	INJ 0.3MG	EPINEPHRINE AUTO-INJECTOR
ANTILIPEMIC AGENTS, MISCELLANEOUS (مواد علاج متنوّعة خافضة لشحوم الدم)			
PA QL 2 per day	Generic	CAP 0.5GM	ICOSAPENT
PA QL 4 per day	Generic	CAP 1GM	ICOSAPENT
	Generic	TAB 500MG ER	NIACIN
	Generic	TAB 500MG	NIACIN ER
	Generic	TAB 1000MG	NIACIN ER
	Generic	TAB 750MG	NIACIN ER
PA QL 0.006 per day; Max 84 day supply per fill	Brand	SOL 25/0.5ML	REDEMPLO
PA QL 0.8mls per 28 days	Brand	INJ 80MG/0.8	TRYNGOLZA
BILE ACID SEQUESTRANTS (مواد عزل الأحماض الصفراوية)			
	Generic	POW 4GM	CHOLESTYRAM
	Generic	POW 4GM LITE	CHOLESTYRAM
	Generic	TAB 1GM	COLESTIPOL
	Generic	GRA 5GM	COLESTIPOL
	Generic	POW 4GM	PREVALITE
	Generic	POW 4GM PK	PREVALITE
مثبطات امتصاص الكوليسترول			
90-day supply available	Generic	TAB 10MG	EZETIMIBE
FIBRIC ACID DERIVATIVES (مُشتقات حمض الألياف)			
90-day supply available	Generic	TAB 48MG	FENOFIBRATE
90-day supply available	Generic	TAB 54MG	FENOFIBRATE
	Generic	TAB 145MG	FENOFIBRATE
90-day supply available	Generic	TAB 160MG	FENOFIBRATE
90-day supply available	Generic	CAP 43MG	FENOFIBRATE

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
90-day supply available	Generic	CAP 67MG	FENOFIBRATE
90-day supply available	Generic	CAP 134MG	FENOFIBRATE
	Generic	CAP 200MG	FENOFIBRATE
90-day supply available	Generic	CAP 45MG DR	FENOFIBRIC
90-day supply available	Generic	TAB 600MG	GEMFIBROZIL
PCSK9 INHIBITORS (مُثَبِّطَات PCSK9)			
PA QL 0.08 per day	Brand	INJ 75MG/ML	PRALUENT
PA QL 0.08 per day	Brand	INJ 150MG/ML	PRALUENT
PA; QL 1 device per month	Brand	PUSH INJ 420/3.5	REPATHA
PA; QL 2 pens per month	Brand	SURE INJ 140MG/ML	REPATHA
PA; QL 2 pens per month	Brand	INJ 140MG/ML	REPATHA
STATINS (الْأَسْتَاتِينَات)			
90-day supply available	Generic	TAB 10MG	ATORVASTATIN
90-day supply available	Generic	TAB 20MG	ATORVASTATIN
90-day supply available	Generic	TAB 40MG	ATORVASTATIN
90-day supply available	Generic	TAB 80MG	ATORVASTATIN
90-day supply available	Generic	TAB 10MG	LOVASTATIN
90-day supply available	Generic	TAB 20MG	LOVASTATIN
90-day supply available	Generic	TAB 40MG	LOVASTATIN
90-day supply available	Generic	TAB 10MG	PRAVASTATIN
90-day supply available	Generic	TAB 20MG	PRAVASTATIN

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)
PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
90-day supply available	Generic	TAB 40MG	PRAVASTATIN
90-day supply available	Generic	TAB 80MG	PRAVASTATIN
90-day supply available	Generic	TAB 5MG	ROSUVASTATIN
90-day supply available	Generic	TAB 10MG	ROSUVASTATIN
90-day supply available	Generic	TAB 20MG	ROSUVASTATIN
90-day supply available	Generic	TAB 40MG	ROSUVASTATIN
90-day supply available	Generic	TAB 5MG	SIMVASTATIN
90-day supply available	Generic	TAB 10MG	SIMVASTATIN
90-day supply available	Generic	TAB 20MG	SIMVASTATIN
90-day supply available	Generic	TAB 40MG	SIMVASTATIN
90-day supply available	Generic	TAB 80MG	SIMVASTATIN
PULMONARY HYPERTENSION (ارتفاع ضغط الدم في الشريان الرئوي)			
PA	Brand	TAB 0.5MG	ADEMPAS
PA	Brand	TAB 1MG	ADEMPAS
PA	Brand	TAB 1.5MG	ADEMPAS
PA	Brand	TAB 2MG	ADEMPAS
PA	Brand	TAB 2.5MG	ADEMPAS
PA QL 1 per day	Generic	TAB 5MG	AMBRISANTAN
PA QL 1 per day	Generic	TAB 10MG	AMBRISANTAN
PA	Generic	INJ 0.5MG	EPOPROSTENOL
PA	Generic	INJ 1.5MG	EPOPROSTENOL
PA QL 1 pack per 365 days	Brand	TAB MONTH 1	ORENITRAM
PA QL 1 pack per 365 days	Brand	TAB MONTH 2	ORENITRAM
PA QL 1 pack per 365 days	Brand	TAB MONTH 3	ORENITRAM
PA	Brand	TAB 0.125MG	ORENITRAM
PA	Brand	TAB 0.25MG	ORENITRAM

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
PA	Brand	TAB 1MG	ORENITRAM
PA	Brand	TAB 2.5MG	ORENITRAM
PA	Brand	TAB 5MG	ORENITRAM
PA QL 6per day	Generic	TAB 20MG	SILDENAFIL
PA QL 2 per day	Generic	TAB 20MG	TADALAFIL
PA	Generic	INJ 1MG/ML	TREPROSTINIL
PA	Generic	2.5MG/ML	TREPROSTINIL
PA	Generic	5MG/ML	TREPROSTINIL
PA	Generic	10MG/ML	TREPROSTINIL
PA QL 4 per day	Brand	16MCG	TYVASO DPI POW
PA QL 4 per day	Brand	32MCG	TYVASO DPI POW
PA QL 4 per day	Brand	48MCG	TYVASO DPI POW
PA QL 4 per day	Brand	64MCG	TYVASO DPI POW
PA QL 8 per day	Brand	32-48MCG	TYVASO DPI POW
PA QL 7 per day	Brand	16-32MCG	TYVASO DPI POW
PA QL 9 per day	Brand	16-32-48	TYVASO DPI POW
PA QL 0.048 per day	Brand	INJ 45MG	WINREVAIR (KIT 2 X 45 MG)
PA QL 0.048 per day	Brand	INJ 45MG	WINREVAIR
PA QL 0.048 per day	Brand	INJ 60MG	WINREVAIR (KIT 2 X 60 MG)
PA QL 0.048 per day	Brand	INJ 60MG	WINREVAIR
PA QL 5 per day	Brand	CAP 26.5MCG	YUTREPIA
PA QL 5 per day	Brand	CAP 53MCG	YUTREPIA
PA QL 5 per day	Brand	CAP 79.5MCG	YUTREPIA
PA QL 5 per day	Brand	CAP 106MCG	YUTREPIA
RESPIRATORY AGENTS (مواد علاج الجهاز التنفسي)			
ANTI-HISTAMINES (مُضَادَّات الهستامين)			
	Brand	TAB 2MG	ALA-HIST IR
QL 1 per day	Generic	TAB 10MG	ALAVERT
	Generic	TAB 50MG	ALER-DRYL
PA QL 1 per day	Brand	TAB 10MG	BRINSUPRI
PA QL 1 per day	Brand	TAB 25MG	BRINSUPRI
	Generic	TAB 4MG	CHLORPHENIRAMINE MALEATE
	Generic	CAP 25MG	DIPHENHYDRAMINE
	Generic	TAB 25MG	DIPHENHYDRAMINE
	Generic	LIQ 12.5/5ML	DIPHENHYDRAMINE

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Generic	TAB 12MG CR	CHLORPHENIRAMINE MALEATE
	Generic	TAB DYE-FREE	DIPHENHYDRAMINE
	Generic	LIQ 12.5/5ML	DIPHENHYDRAMINE
	Generic	CHW 12.5MG	DIPHENHYDRAMINE
	Generic	ELX 12.5/5ML	DIPHENHYDRAMINE
	Generic	LIQ 50/20ML	DIPHENHYDRAMINE
QL 1 per day; 90-day supply available	Generic	TAB 5MG	CETIRIZINE
90-day supply available	Generic	SOL 1MG/ML(5mg/5ml)	CETIRIZINE
	Generic	TAB 4MG	CYPROHEPTADINE
	Generic	SYP 2MG/5ML	CYPROHEPTADINE
	Generic	SYP ALLERGY	DIABET TUSS
	Generic	INJ 50MG/ML	DIPHENHYDRAMINE
90-day supply available	Generic	TAB 60MG	FEXOFENADINE
90-day supply available	Generic	TAB 180MG	FEXOFENADINE
90-day supply available	Generic	TAB 10MG	LORATADINE
90-day supply available	Generic	SOL 5MG/5ML	LORATADINE
90-day supply available	Generic	SYP 5MG/5ML	LORATADINE
PA QL 3 per day	Generic	CAP 267MG	PIRFENIDONE
PA QL 3 per day	Generic	TAB 267MG	PIRFENIDONE
PA QL 3 per day	Generic	TAB 534MG	PIRFENIDONE
PA QL 3 per day	Generic	TAB 801MG	PIRFENIDONE
DECONGESTANTS (مزيلات الاحتقان)			
QL 8 per day	Generic	TAB 30MG	PSEUDOEPHEDRINE HCL
QL 4 per day	Generic	TAB 60MG	PSEUDOEPHEDRINE HCL
QL 2 per day	Generic	ER TAB 120MG	PSEUDOEPHEDRINE HCL
NASAL STEROIDS (الستيرويدات الأنفية)			
PA QL 25mls per 30 days	Generic	SPR 0.025%	FLUNISOLIDE
QL 16mls per 30 days	Generic	SPR 50MCG	FLUTICASONE
	Generic	SPR 55MCG/AC	TRIAMCINOLONE NASAL

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
ALLERGY NASAL SPRAY (بخاخ أنفي للحساسية)			
	Generic	NASAL SPRAY 0.1%	AZELASTINE HCL
	Generic	NASAL SPRAY 0.03%	IPRATROPIUM
سعال			
	Generic	CAP 100MG	BENZONATATE
	Generic	CAP 200MG	BENZONATATE
CYSTIC FIBROSIS (التليف الكيسي)			
PA QL 3 per day	Brand	TAB 4-20-50 MG	ALYFTREK
PA QL 2 per day	Brand	TAB 10-50-125 MG	ALYFTREK
PA QL 2 per day	Brand	TAB 150MG	KALYDECO
PA QL 2 per day	Brand	PAK 5.8MG	KALYDECO
PA QL 2 per day	Brand	PAK 25MG	KALYDECO
PA QL 2 per day	Brand	PAK 50MG	KALYDECO
PA QL 2 per day	Brand	PAK 75MG	KALYDECO
	Generic	NEB 3%	NEBUSAL
PA QL 4 tabs per day	Brand	TAB 100-125MG	ORKAMBI
PA QL 4 tabs per day	Brand	TAB 200-125MG	ORKAMBI
PA QL 2 per day	Brand	GRA 75-94MG	ORKAMBI
PA QL 2 per day	Brand	GRA 100-125MG	ORKAMBI
PA QL 2 per day	Brand	GRA 150-188MG	ORKAMBI
	Generic	NEB 7%	PULMOSAL
QL 150mls per 31 days	Brand	SOL 1MG/ML	PULMOZYME
	Generic	NEB 0.9%	SODIUM CHLORIDE
	Generic	NEB 3%	SODIUM CHLORIDE
	Generic	NEB 7%	SODIUM CHLORIDE
PA QL 2 per day	Brand	TAB 50-75MG	SYMDEKO
PA QL 2 per day	Brand	TAB 100-150MG	SYMDEKO
PA QL 2 per day	Brand	PAK 59.5MG	TRIKAFTA
PA QL 2 per day	Brand	PAK 75MG	TRIKAFTA
PA QL 3 per day	Brand	PAK 50-25-37.5MG	TRIKAFTA
PA QL 3 per day	Brand	PAK 100-50-75MG & 150MG	TRIKAFTA
INHALED ANTICHOLINERGICS (مُضَادَات الكولين المُسْتَنَشَقَة)			
QL 1 per day	Brand	INH 62.5MCG	INCRUSE ELLIPTA
PA QL 2 puffs per day	Brand	SPR RESPIMAT	SPIRIVA

QL: Quantity Limit (حدّ الكمية) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
INHALED BETA-AGONISTS (ناهضات مُستقبلات بيتا المُستنشقة)			
QL 2 inhalers per month	Generic	AER HFA	ALBUTEROL
90-day supply available	Generic	NEB 0.083%	ALBUTEROL
90-day supply available	Generic	NEB 0.5%	ALBUTEROL
90-day supply available	Generic	NEB 0.63MG/3	ALBUTEROL
90-day supply available	Generic	NEB 1.25MG/3	ALBUTEROL
	Brand	AER 50MCG	SEREVENT DISKUS
	Brand	AER 2.5 MCG	STRIVERDI
QL 60-day supply per fill	Brand	AER	XOPENEX HFA
INHALED COMBO ANTICHOLINERGICS/BETA-AGONISTS (مُستقبلات بيتا مزيج استنشاق من مُضادات الكولين/ناهضات)			
QL 2 per day	Brand	AER 62.5-25	ANORO ELLIPTA
QL 0.134 per day	Brand	AER RESPIMAT	STIOLTO
INHALED COMBO BETA-AGONISTS/ANTICHOLINERGICS (مزيج استنشاق من ناهضات بيتا/مُضادات الكولين)			
	Generic	SOL ALBUTER	IPRATROPIUM
	Generic	SOL SULFATE	IPRATROPIUM
INHALED COMBO STEROID/BETA-AGONISTS (مزيج استنشاق من الستيرويدات/ناهضات بيتا)			
AR 12 Years Max	Brand	AER 45/21	ADVAIR HFA
AR 12 Years Max	Brand	AER 115/21	ADVAIR HFA
AR 12 Years Max	Brand	AER 230/21	ADVAIR HFA
QL 2 per day	Generic	AER 100/50	FLUTICASONE-SALMETEROL (generic Advair)
QL 2 per day	Generic	AER 250/50	FLUTICASONE-SALMETEROL (generic Advair)
QL 2 per day	Generic	AER 500/50	FLUTICASONE-SALMETEROL (generic Advair)
QL 2 inhalers per month	Generic	AER 55/14	FLUTICASONE INH SALMETEROL (GENERIC AIRDUO)
QL 2 inhalers per month	Generic	AER 113-14	FLUTICASONE INH SALMETEROL (GENERIC AIRDUO)
QL 2 inhalers per month	Generic	AER 232-14	FLUTICASONE INH SALMETEROL (GENERIC AIRDUO)
ST QL 2 blister strips per day	Brand	100-62.5-25MCG	TRELEGY AER ELLIPTA
ST QL 2 blister strips per day	Brand	200-62.5-25MCG	TRELEGY AER ELLIPTA

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
QL 2 per day	Generic	100/50	WIXELA INHU (generic Advair)
QL 2 per day	Generic	250/50	WIXELA INHU (generic Advair)
QL 2 per day	Generic	500/50	WIXELA INHU (generic Advair)
INHALED STEROIDS (الستيرويدات المُستنشقة)			
QL 0.177 per day ; 60 days per 365	Brand	AER 40MCG	BECLOMETHASO
QL 60 days per 365	Brand	AER 80MCG	BECLOMETHASO
QL 4 per day	Generic	SUS 0.25MG/2	BUDESONIDE
QL 4 per day	Generic	SUS 0.5MG/2	BUDESONIDE
QL 2 per day	Generic	SUS 1MG/2ML	BUDESONIDE
QL 1 inhaler per month 60 days per fill	Brand	HFA AER 44 MCG	FLUTICASONE PROPIONATE
QL 1 inhaler per month 60 days per fill	Brand	HFA AER 110 MCG	FLUTICASONE PROPIONATE
QL 2 inhalers per month 60 days per fill	Brand	HFA AER 220 MCG	FLUTICASONE PROPIONATE
QL 2 puffs per day; 60-day supply per fill	Brand	AER 40MCG	QVAR REDHALER
QL up to 60-day supply per fill	Brand	AER 80MCG	QVAR REDHALER
LEUKOTRIENE MODIFIERS (مُعدّلات الليكوترين)			
90-day supply available	Generic	TAB 10MG	MONTELUKAST
90-day supply available	Generic	CHW 4MG	MONTELUKAST
90-day supply available	Generic	CHW 5MG	MONTELUKAST
90-day supply available	Generic	GRA 4MG	MONTELUKAST
	Generic	TAB 10MG	ZAFIRLUKAST
	Generic	TAB 20MG	ZAFIRLUKAST
OTHER ASTHMA/COPD (أخرى للربو/مرض الانسداد الرئوي المزمن)			
	Generic	TAB 4MG ER	ALBUTEROL
	Generic	TAB 2MG	ALBUTEROL
	Generic	TAB 4MG	ALBUTEROL

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Generic	SYP 2MG/5ML	ALBUTEROL
PA	Brand	INJ 500MG	ARALAST NP
PA	Brand	INJ 1000MG	ARALAST NP
	Brand	ELX 80/15ML	ELIXOPHYLLIN
	Generic	SYP 10MG/5ML	METAPROTEREN
PA QL1 per 28 days	Brand	100MG/ML	NUCALA (Auto-injector)
PA QL 1 per 28 days	Brand	40MG/0.4ML	NUCALA (Prefilled syringe)
PA QL1 per 28 days	Brand	100MG/ML	NUCALA (Prefilled syringe)
PA QL 1 per day	Generic	TAB 250MCG	ROFLUMILAST
PA QL 1 per day	Generic	TAB 500MCG	ROFLUMILAST
	Generic	TAB 2.5MG	TERBUTALINE
	Generic	TAB 5MG	TERBUTALINE
	Generic	TAB 100MG CR	THEOCHRON
	Generic	TAB 200MG CR	THEOCHRON
	Generic	TAB 300MG CR	THEOCHRON
	Generic	TAB 100MG ER	THEOPHYLLINE
	Generic	TAB 100MG CR	THEOPHYLLINE
	Generic	TAB 200MG ER	THEOPHYLLINE
	Generic	TAB 200MG CR	THEOPHYLLINE
	Generic	TAB 300MG ER	THEOPHYLLINE
	Generic	TAB 450MG ER	THEOPHYLLINE
	Generic	TAB 400MG ER	THEOPHYLLINE
	Generic	TAB 600MG ER	THEOPHYLLINE
PA QL 2 per 28 days	Brand	INJ 75MG/0.5ML	XOLAIR
PA QL 4 per 28 days	Brand	INJ 150MG/ML	XOLAIR
PA QL 0.072per day	Brand	INJ 300/2ML	XOLAIR
PA	Brand	INJ 1000MG	ZEMAIRA
GASTROINTESTINAL AGENTS (مواد علاج للجهاز الهضمي)			
CATHARTICS AND LAXATIVES (المسهلات والمليّنات)			
(List not all encompassing. Representative products listed only) (القائمة ليست شاملة. المنتجات المذكورة هي منتجات نموذجية فقط)			
	Generic	SUPP, TAB, TAB EC,	BISACODYL
	Generic	CAP 450MG	CASCARA SAGRADA

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Generic	CAP, SOFTGEL, SOL, SYRUP, TAB	DOCUSATE SODIUM
	Generic		ENEMA
	Brand	CHEW 15MG	EX-LAX
	Brand	TAB 25MG	EX-LAX
	Brand	PED ENEMA	FLEET
	Brand	ENEMA	FLEET
	Generic	SUPP	GLYCERIN
PA QL 1 per day	Brand	TAB	IQIRVO
	Generic	CAP	KONSYL
PA QL 1 per day	Brand	CAP	LIVDELZI
	Generic	SOLN	MAGNESIUM CITRATE
	Generic	PACKET, WAFER	METAMUCIL
	Generic	SUSP	MILK OF MAGNESIUM
	Generic	ENEMA, LAXATIVE	MINERAL OIL
	Generic	LAXATIVE	SALINE
	Generic	POWDER, PACKET	POLYETHYLENE GLYCOL
	Generic	TAB, POWDER	PSYLLIUM FIBER
	Generic	TAB, LAXATIVE	SENNA
	Generic	TAB	SENNA-DOCUSATE SODIUM
	Generic	SOLN	GAVILYTE-C
	Generic	SOLN	GAVILYTE-G
	Generic	SOLN	GAVILYTE-N
PA QL 1 per day	Brand	TAB 5MG	OALIVA
PA QL 1 per day	Brand	TAB 10MG	OALIVA
	Brand	SUP 10MG	ONELAX
	Brand	LIQ 50MG	PEDIA-LAX
	Brand	TAB 15MG	PERDIEM
	Generic	SOL	TRILYTE
ANTACIDS AND ADSORBENTS (مُضَادَات الحموضة والمواد المُمْتَرَة)			
(List not all encompassing. Representative products listed only) (القائمة ليست شاملة. المنتجات المذكورة هي منتجات نموذجية فقط)			
	Generic	CHW 420MG	ALCALAK
	Generic	SUSP 200-200-20 MG/5ML	ALMACONE SUS
	Generic	TAB, GELCAP, CHEW TAB, SUSP	ANTACID
	Generic	CHW 1000MG	CALC ANTACID
	Generic	CHW 500MG	CALC ANTACID

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Generic	CHW 750MG	CALC ANTACID
	Generic	CHW 500MG	CALCIUM CARB
	Generic	TAB 648MG	CALCIUM CARB
	Generic	CHW 400MG	CHILD SOOTHE
	Generic	CHW PEPTO	CHILDRENS
	Generic	SUS	COMFORT GEL
	Generic	LIQ, CHEW	MAALOX
	Generic	TAB 400MG	MAG OXIDE
	Generic	TAB 262MG	PINK BISMUTH
	Generic	TAB 10GR	SODIUM BICAR
	Generic	TAB 650MG	SODIUM BICAR
	Generic	TAB 262MG	SOOTHE
	Generic	TAB 525MG	SOOTHE ULTRA
	Generic	TAB 262MG	STOMACH RELF
	Generic	CHW 400MG	STOMACH RLF
ANTIDIARRHEA AGENTS (مُضَادَات الإسهال)			
	Generic	CAP 2MG	LOPERAMIDE
ANTIMUSCARINICS/ANTISPASMODICS (مُضَادَات الْمُسْكَارِين/مُضَادَات التشنج)			
QL 1 per 180 days	Generic	SUP 16.2-30	BELLA/OPIUM
QL 1 per 180 days	Generic	SUP 16.2-60	BELLA/OPIUM
	Generic	CHW TAB 262MG	BISMUTH SUBSALICYLATE
	Generic	TAB 100MG	DAPSONE
	Generic	TAB 25MG	DAPSONE
	Generic	CAP 10MG	DICYCLOMINE
	Generic	SOL 10MG/5ML	DICYCLOMINE
	Generic	TAB 20MG	DICYCLOMINE
	Generic	TAB 0.125MG	ED-SPAZ
	Generic	SUB 0.125MG	HYOMAX-SL
	Generic	DRO 0.125/ML	HYOSCYAMINE
	Generic	ELX 0.125/5	HYOSCYAMINE
	Generic	SUB 0.125MG	HYOSCYAMINE
	Generic	TAB 0.375 ER	HYOSCYAMINE
	Generic	TAB 0.375 SR	HYOSCYAMINE
	Generic	DRO 0.125/ML	HYOSYNE
	Generic	ELX 0.125/5	HYOSYNE
	Generic	SOL 0.02%INH	IPRATROPIUM
	Generic	TAB 0.125MG	NULEV
	Generic	TAB 0.125MG	OSCIMIN

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسَبِّقَة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Generic	SUB 0.125MG	OSCIMIN
	Generic	TAB 0.375MG	OSCIMIN SR
	Generic	TAB 15MG	PROPANTHELIN
	Generic	TAB 0.125MG	SYMAX FASTAB
	Generic	SUB 0.125MG	SYMAX-SL
	Generic	TAB 0.375MG	SYMAX-SR
ST required with oxybutynin or solifenacin.	Generic	TAB 20MG	TROSPIMUM
PA QL 8 per day	Brand	DUEL PAK	VOQUEZNA
HISTAMINE H2-ANTAGONISTS (مُضَادَّاتُ مُسْتَقْبَلَاتِ الْهَيْسْتَامِينِ H2)			
90-day supply available	Generic	TAB 10MG	ACID CONTROL
90-day supply available	Generic	TAB 10MG	ACID REDUCER
90-day supply available	Generic	TAB 200MG	ACID REDUCER
90-day supply available	Generic	TAB 20MG	ACID REDUCER
90-day supply available	Generic	TAB 200MG	ACID RELIEF
Covered for members 12 and younger. 90-day supply available	Generic	SOL 300/5ML	CIMETIDINE
90-day supply available	Generic	TAB 200MG	CIMETIDINE
90-day supply available	Generic	TAB 300MG	CIMETIDINE
90-day supply available	Generic	TAB 400MG	CIMETIDINE
90-day supply available	Generic	TAB 800MG	CIMETIDINE
90-day supply available	Generic	TAB 10MG	EQL HEARTBRN
90-day supply available	Generic	TAB 10MG	FAMOTIDINE
90-day supply available	Generic	TAB 20MG	FAMOTIDINE

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
90-day supply available	Generic	TAB 40MG	FAMOTIDINE
AR PA required > 12; 90-day supply available	Generic	SUS 40ML/5ML	FAMOTIDINE
90-day supply available	Generic	TAB 200MG	HEARTBRN REL
90-day supply available	Generic	TAB 20MG	HEARTBURN
AR PA required > 12; 90-day supply available	Generic	SOL 15MG/ML	NIZATIDINE
90-day supply available	Generic	TAB 200MG	SM ACID REDU
PROSTAGLANDINS (البروستاغلاندينات)			
	Generic	TAB 100MCG	MISOPROSTOL
	Generic	TAB 200MCG	MISOPROSTOL
PROTECTANTS (مواد الحماية)			
	Generic	TAB 1GM	SUCRALFATE
	Generic	SUS 1GM/10ML	SUCRALFATE
PROTON-PUMP INHIBITORS (مثبطات مضخة البروتون)			
QL 1 per day	Generic	CAP 20MG DR	ESOMEPRAZOLE MAG
	Generic	CAP 40MG DR	ESOMEPRAZOLE MAG
AR PA > 12	Brand	SUS 2MG/ML	FIRST-OMEPR
AR > 12 not covered	Brand	SUS 3MG/ML	LANSOPRAZOLE (First-lansoprazole)
QL 1 per day	Generic	CAP 15MG DR	LANSOPRAZOLE
QL 1 per day	Generic	CAP 30MG DR	LANSOPRAZOLE
	Generic	CAP 10MG	OMEPRAZOLE
	Generic	CAP 20MG	OMEPRAZOLE
	Generic	CAP 40MG	OMEPRAZOLE
AR PA Required > 12	Brand	SUS SYRSPEND	OMEPRAZOLE + (First-omeprazole)
	Generic	TAB 20MG ODT	OMEPRAZOLE
QL 2 per day	Generic	TAB 20MG	PANTOPRAZOLE
	Generic	TAB 40MG	PANTOPRAZOLE
	Generic	TAB 20MG	RABEPRAZOLE
ANTI-NAUSEA (مُضاد الغثيان)			
	Generic	TAB 25MG	AMBIZINE

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Generic	SUP 25MG	COMPAZINE
QL 1 per 30 days	Generic	CAP 40MG	APREPITANT
PA	Generic	CAP 80MG	APREPITANT
PA	Generic	CAP 125MG	APREPITANT
PA	Generic	PAK 80 & 125	APREPITANT
	Generic	SUP 25MG	COMPRO
	Generic	TAB 50MG	DIMENHYDRIN
	Generic	TAB 25MG	DRAMAMINE
	Generic	TAB 50MG	DRIMINATE
PA QL 4 per day	Generic	CAP 2.5MG	DRONABINOL
PA QL 4 per day	Generic	CAP 5MG	DRONABINOL
PA QL 4 per day	Generic	CAP 10MG	DRONABINOL
PA	Brand	SUSP 125 MG	EMEND
PA	Generic	INJ 0.1MG/ML	GRANISETRON
PA	Generic	INJ 4MG/4ML	GRANISETRON
PA	Generic	INJ 1MG/ML	GRANISETRON
ST (ondansetron); QL 2 per day	Generic	TAB 1 MG	GRANISETRON
PA	Brand	SOL 2MG/10ML	GRANISOL
	Generic	CHW 25MG	MECLIZINE
	Generic	TAB 12.5MG	MECLIZINE
	Generic	TAB 25MG	MECLIZINE
	Generic	TAB 25MG	MEDI-MECLIZI
	Generic	CHW 25MG	MOTION RELF
	Generic	TAB 50MG	MOTION SICK
	Generic	CHW 25MG	MOTION-TIME
AR > 12 not covered	Generic	SOL 4MG/5ML	ONDANSETRON
QL 3 per day	Generic	TAB 4MG ODT	ONDANSETRON
QL 3 per day	Generic	TAB 8MG ODT	ONDANSETRON
QL 3 per day	Generic	TAB 4MG	ONDANSETRON
QL 3 per day	Generic	TAB 8MG	ONDANSETRON
QL 1 per day	Generic	TAB 24MG	ONDANSETRON
AR PA required < 2	Generic	SUP 12.5MG	PHENADOZ
AR PA required < 2	Generic	SUP 25MG	PHENADOZ
AR PA required < 2	Generic	SUP 12.5MG	PHENERGAN

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
AR PA required < 2	Generic	SUP 25MG	PHENERGAN
AR PA required < 2	Generic	SUP 50MG	PHENERGAN
	Generic	SUP 25MG	PROCHLORPER
	Generic	TAB 5MG	PROCHLORPER
	Generic	TAB 10MG	PROCHLORPER
AR PA required < 2	Generic	TAB 12.5MG	PROMETHAZINE
AR PA required < 2	Generic	TAB 25MG	PROMETHAZINE
AR PA required < 2	Generic	TAB 50MG	PROMETHAZINE
AR PA required < 2	Generic	SYP 6.25/5ML	PROMETHAZINE
AR PA required < 2	Generic	SOL 6.25/5ML	PROMETHAZINE
AR PA required < 2	Generic	INJ 25MG/ML	PROMETHAZINE
AR PA required < 2	Generic	INJ 50MG/ML	PROMETHAZINE
AR PA required < 2	Generic	SUP 12.5MG	PROMETHAZINE
AR PA required < 2	Generic	SUP 25MG	PROMETHAZINE
AR PA required < 2	Generic	SUP 12.5MG	PROMETHEGAN
AR PA required < 2	Generic	SUP 25MG	PROMETHEGAN
	Generic	CHW 25MG	TRAVEL SICK
	Generic	TAB 50MG	TRAVEL SICK
	Generic	TAB 50MG	TRAV-TABS
	Generic	TAB 50MG	TRIPTONE
	Generic	TAB 50MG	WAL-DRAM
	Generic	TAB 25MG	WAL-DRAM II
DIGESTANTS (المواد الهاضمة)			
PA	Brand	CAP 3000UNIT	CREON
PA	Brand	CAP 6000UNIT	CREON
PA	Brand	CAP 12000UNT	CREON
PA	Brand	CAP 24000UNT	CREON

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
PA	Brand	CAP 36000UNT	CREON
PA	Brand	CAP 37000UNT	PANCREAZE
PA	Brand	CAP 4200UNIT	PANCREAZE
PA	Brand	CAP 10500UNT	PANCREAZE
PA	Brand	CAP 16800UNT	PANCREAZE
PA	Brand	CAP 21000UNT	PANCREAZE
PA	Brand	CAP 3000UNIT	ZENPEP
PA	Brand	CAP 5000UNIT	ZENPEP
PA	Brand	CAP 10000UNT	ZENPEP
PA	Brand	CAP 15000UNT	ZENPEP
PA	Brand	CAP 20000UNT	ZENPEP
PA	Brand	CAP 25000UNT	ZENPEP
PA	Brand	CAP 40000UNT	ZENPEP
PA	Brand	CAP 60000UNT	ZENPEP
CHOLELITHOLYTIC AGENTS (مواد إذابة حصى المرارة)			
	Generic	CAP 300MG	URSODIOL
	Generic	TAB 250MG	URSODIOL
	Generic	TAB 500MG	URSODIOL
INFLAMMATORY BOWEL AGENTS (مواد علاج التهاب الأمعاء)			
	Generic	CAP 750MG	BALSALAZIDE
	Generic	ENE 4GM	MESALAMINE
QL 42 per fill	Generic	SUPP 1000MG	MESALAMINE
ST (sulfasalazine, balsalazide)	Generic	CAP 0.375GM	MESALAMINE (generic Apriso)
ST (sulfasalazine, balsalazide); QL 6 per day	Generic	TAB 800MG DR	MESALAMINE (generic Asacol HD)
ST (sulfasalazine, balsalazide)	Generic	TAB 1.2GM	MESALAMINE (generic Lialda)
ST (sulfasalazine, balsalazide)	Generic	CAP 400MG	MESALAMINE (generic Delzicol)
PA	Generic	CAP 500MG ER	MESALAMINE (generic Pentasa)
PA QL 0.072 per day	Brand	INJ 100MG/ML	OMVOH
PA QL 0.072 per day	Brand	INJ 200MG/2ML	OMVOH
PA	Brand	CAP 250MG CR	PENTASA
	Generic	TAB 500MG	SULFADIAZINE
	Generic	TAB 500MG	SULFASALAZIN

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Generic	TAB 500MG DR	SULFASALAZIN
	Generic	TAB 500MG	SULFAZINE
	Generic	TAB 500MG	SULFAZINE EC
PHOSPHATE-REMOVING AGENTS (مواد إزالة الفوسفات)			
	Generic	CAP 667MG	CALCIUM ACETATE
	Generic	TAB 667MG	CALCIUM ACETATE
PA	Generic	CHW 500MG	LANTHANUM
PA	Generic	CHW 750MG	LANTHANUM
PA	Generic	CHW 1000MG	LANTHANUM
	Generic	TAB 800MG	SEVELAMER CARBONATE
PA	Generic	PAK 2.4 GM	SEVELAMER
PA	Generic	PAK 0.8GM	SEVELAMER
PA	Generic	TAB 800MG	SEVELAMER HCL
PROKINETIC AGENTS (مواد علاج ناهضة لحركة الجهاز الهضمي)			
	Generic	TAB 5MG	METOCLOPRAMIDE
	Generic	TAB 10MG	METOCLOPRAMIDE
	Generic	INJ 5MG/ML	METOCLOPRAMIDE
	Generic	INJ 10MG/2ML	METOCLOPRAMIDE
	Generic	SOL 5MG/5ML	METOCLOPRAMIDE
	Generic	SOL 10/10ML	METOCLOPRAMIDE

GENITOURINARY PRODUCTS (منتجات معينة بالجهاز البولي والجهاز التناسلي)			
INCONTINENCE/URINARY FREQUENCY (سلس البول/كثرة التبول)			
	Generic	TAB 5MG	OXYBUTYNIN
	Generic	SYP 5MG/5ML	OXYBUTYNIN
	Generic	TAB 5MG ER	OXYBUTYNIN
	Generic	TAB 10MG ER	OXYBUTYNIN
	Generic	TAB 15MG ER	OXYBUTYNIN
ST	Brand	DIS 3.9MG/24	OXYTROL/WOMN
PA QL 1 per day	Generic	TAB 5 MG	SOLIFENACIN (generic Vesicare)
PA QL 1 per day	Generic	TAB 10 MG	SOLIFENACIN (generic Vesicare)
ST required with oxybutynin or solifenacin.	Generic	TAB 1MG	TOLTERODINE
ST required with oxybutynin or solifenacin.	Generic	TAB 2MG	TOLTERODINE

QL: Quantity Limit (حدّ الكمية) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
ST required with oxybutynin or solifenacin.	Generic	CAP 2MG	TOLTERODINE ER
ST required with oxybutynin or solifenacin.	Generic	CAP 4MG	TOLTERODINE ER
PARASYMPATHOMIMETIC (CHOLINERGIC AGENTS) (محاكاة الجهاز العصبي اللاوَدِي - مواد علاج الكولين)			
	Generic	TAB 5MG	BETHANECHOL
	Generic	TAB 10MG	BETHANECHOL
	Generic	TAB 25MG	BETHANECHOL
	Generic	TAB 50MG	BETHANECHOL
	Generic	TAB 5MG	PILOCARPINE
	Generic	TAB 7.5MG	PILOCARPINE
	Generic	TAB 60MG	PYRIDOSTIGMINE BROMIDE
	Brand	TAB ER 105MG	PYRIDOSTIGMINE BROMIDE
	Generic	TAB 180MG	PYRIDOSTIGMINE BROMIDE
AR < 13	Generic	SOL 60MG/5ML	PYRIDOSTIGMINE BROMIDE
	Brand	INJ 5MG/ML	REGONOL
CONTRACEPTIVES (E.G. FOAMS, DEVICES) (وسائل منع الحمل مثل الرغوة والأجهزة)			
QL 1 per 180 days	Brand	Various	CERVICAL CAP
	Various	Various	FEMALE CONDOMS
	Various	Various	FC2 FEMALE CONDOM
	Various	Various	MALE CONDOMS
QL 1 per 180 days	Brand	DPR KIT 50	ORTHO COIL
QL 1 per 180 days	Brand	DPR KIT 100	ORTHO COIL
QL 1 per 180 days	Brand	DPR KIT 105	ORTHO COIL
QL 1 per 180 days	Brand	DPR KIT 55	ORTHO FLAT
QL 1 per 180 days	Brand	DPR KIT 60	ORTHO FLAT
QL 1 per 180 days	Brand	DPR KIT 65	ORTHO FLAT
QL 1 per 180 days	Brand	DPR KIT 70	ORTHO FLAT
QL 1 per 180 days	Brand	DPR KIT 75	ORTHO FLAT
QL 1 per 180 days	Brand	DPR KIT 80	ORTHO FLAT
QL 1 per 180 days	Brand	DPR KIT 85	ORTHO FLAT
QL 1 per 180 days	Brand	DPR KIT 90	ORTHO FLAT
QL 1 per 180 days	Brand	DPR KIT 95	ORTHO FLAT
QL 1 per 180 days	Brand	DPR 65MM	ORTHO FLEX
QL 1 per 180 days	Brand	DPR 70MM	ORTHO FLEX

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
QL 1 per 180 days	Brand	DPR 75MM	ORTHO FLEX
QL 1 per 180 days	Brand	DPR 80MM	ORTHO FLEX
	Brand	VAGINAL SPONGE	SPONGE
	Generic	AER CONTRACP	VCF VAGINAL
QL 1 per 180 days	Brand	DPR KIT 60	WIDE-SEAL
QL 1 per 180 days	Brand	DPR KIT 65	WIDE-SEAL
QL 1 per 180 days	Brand	DPR KIT 70	WIDE-SEAL
QL 1 per 180 days	Brand	DPR KIT 75	WIDE-SEAL
QL 1 per 180 days	Brand	DPR KIT 80	WIDE-SEAL
QL 1 per 180 days	Brand	DPR KIT 85	WIDE-SEAL
QL 1 per 180 days	Brand	DPR KIT 95	WIDE-SEAL
VAGINAL ANTI-INFECTIVES (مُضَادَّات العدوى المهبلية)			
	Generic	CRE 2% VAG	CLINDAMYCIN
	Generic	GEL 0.75%VAG	METRONIDAZOLE
	Generic	GEL 0.75%	VANDAZOLE
ALKALINIZING AGENTS (مواد مُقَلِّونة)			
	Generic	SOL	CITRIC ACID/SODIUM CITRATE
	Generic	PACK	CYTRA K CRYSTALS
	Generic	SOL	CYTRA-2
	Generic	SYP	CYTRA-3
	Generic	SOL	CYTRA-K
	Generic	SOL	POTASSIUM CITRATE/CITRIC ACID
	Brand	INJ 4%	NEUT
	Generic	TAB 540MG ER	POTASSIUM CITRATE
	Generic	TAB 1080MG	POTASSIUM CITRATE
	Generic	TAB 1620MG	POTASSIUM CITRATE
	Generic	PACK	POTASSIUM CITRATE/CITRIC ACID
	Generic	INJ 8.4%	SOD BICARB
	Generic	INJ 4.2%	SOD BICARB
	Generic	INJ 7.5%	SOD BICARB
	Generic	SOL 500-334	VIRTRATE-2
	Generic	SOL	VIRTRATE-2
	Generic	SOL 1100-334	VIRTRATE-K
	Generic	SOL	VIRTRATE-K
IRRIGATING SOLUTIONS (محاليل ري)			
	Generic	SOL 0.9%	ARGYL SALINE
	Generic	SOL 100ML	ARGYL SALINE

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Generic	SOL 0.9% IRR	CURITY SALIN
	Generic	SOL 0.9% IRR	SODIUM CHLOR
	Generic	SOL IRRIG	STERIL WATER
MISCL URINARY AGENTS (مواد متنوعة لعلاج الجهاز البولي)			
PA	Brand	CAP 100MG	ELMIRON
AR 64< QL 1 per day	Generic	TAB ER 25MG	MIRABEGRON
AR 64< QL 1 per day	Generic	TAB ER 50MG	MIRABEGRON
	Generic	TAB 200MG	PHENAZO
	Generic	TAB 100MG	PHENAZOPYRID
	Generic	TAB 200MG	PHENAZOPYRID
BPH AGENTS (مواد علاج تضخم البروستاتا الحميد - BPH)			
90-day supply available	Generic	ER TAB 10MG	ALFUZOSIN
90-day supply available	Generic	TAB 1MG	DOXAZOSIN
90-day supply available	Generic	TAB 2MG	DOXAZOSIN
90-day supply available	Generic	TAB 4MG	DOXAZOSIN
90-day supply available	Generic	TAB 8MG	DOXAZOSIN
90-day supply available	Generic	CAP 0.5MG	DUTASTERIDE
90-day supply available	Generic	TAB 1 MG	FINASTERIDE
90-day supply available	Generic	TAB 5MG	FINASTERIDE
QL 3g per 30 days	Generic	PAK 3GM	FOSFOMYCIN TROMETHAMINE
90-day supply available	Generic	HCL CAP 1MG	PRAZOSIN
90-day supply available	Generic	HCL CAP 2MG	PRAZOSIN
90-day supply available	Generic	HCL CAP 5MG	PRAZOSIN
90-day supply available	Generic	CAP 0.4MG	TAMSULOSIN

QL: Quantity Limit (حدّ الكمية) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
90-day supply available	Generic	CAP 1MG	TERAZOSIN
90-day supply available	Generic	CAP 2MG	TERAZOSIN
90-day supply available	Generic	CAP 5MG	TERAZOSIN
90-day supply available	Generic	CAP 10MG	TERAZOSIN
CENTRAL NERVOUS SYSTEM DRUGS (أدوية الجهاز العصبي المركزي)			
ANXIOLYTICS, SEDATIVES & HYPNOTICS, MISC. (أدوية متنوعة من مُضادّات القلق، المهدّئات، والمنوّمات)			
	Generic	TAB 50MG	COMPOZ
	Generic	TAB 50MG	DIPHENHYDRAM
	Generic	TAB 25MG	DOXYLAMINE SUCCINATE (SLEEP)
QL 15 Caps per 30 days	Generic	TAB 1MG	ESZOPICLONE
QL 15 Caps per 30 days	Generic	TAB 2MG	ESZOPICLONE
QL 15 Caps per 30 days	Generic	TAB 3MG	ESZOPICLONE
	Generic	TAB 10MG	HYDROXYZINE HCL
	Generic	TAB 25MG	HYDROXYZINE HCL
	Generic	TAB 50MG	HYDROXYZINE HCL
	Generic	SYP 10MG/5ML	HYDROXYZINE HCL
	Generic	SOL 10MG/5ML	HYDROXYZINE HCL
	Generic	CAP 25MG	HYDROXYZINE PAMOATE
	Generic	CAP 50MG	HYDROXYZINE PAMOATE
	Generic	CAP 100MG	HYDROXYZINE PAMOATE
	Generic	TAB 200-38MG	IBUPROFEN PM
	Generic	TAB 200-38MG	MOTRIN PM
QL 1 per day	Generic	TAB 8MG	RAMELTEON
	Generic	CAP 50MG	SLEEP AID
	Generic	TAB 25MG	SLEEP AID
QL 15 Caps per 30 days	Generic	CAP 5MG	ZALEPLON
QL 15 Caps per 30 days	Generic	CAP 10MG	ZALEPLON
QL 15 per 30 days	Generic	TAB 5MG	ZOLPIDEM
QL 15 per 23 days	Generic	TAB ER 6.25 MG	ZOLPIDEM
QL 15 per 30 days	Generic	TAB 10MG	ZOLPIDEM

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
QL 15 per 23 days	Generic	TAB ER 12.5 MG	ZOLPIDEM
BENZODIAZEPINES (البنزوديازيبينات)			
PA	Generic	TAB 10MG	CLOBAZAM
PA	Generic	TAB 20MG	CLOBAZAM
PA	Generic	SUS 2.5MG/ML	CLOBAZAM
	Generic	TAB 0.5MG	CLONAZEPAM
	Generic	TAB 1MG	CLONAZEPAM
	Generic	TAB 2MG	CLONAZEPAM
	Generic	GEL 2.5MG	DIAZEPAM
	Generic	GEL 10MG	DIAZEPAM
	Generic	GEL 20MG	DIAZEPAM
	Generic	INJ 2MG/ML	LORAZEPAM
	Generic	INJ 4MG/ML	LORAZEPAM
QL 36/180 days	Generic	INJ 5MG/5ML	MIDAZOLAM
QL 36/180 days	Generic	INJ 5MG/ML	MIDAZOLAM
	Brand	INJ 10MG/0.7ML	MIDAZOLAM
QL 36/180 days	Generic	INJ 10MG/2ML	MIDAZOLAM
QL 36/180 days	Generic	INJ 50MG/10ML	MIDAZOLAM
QL 2 per month	Generic	TAB 0.125MG	TRIAZOLAM
QL 2 per month	Generic	TAB 0.25MG	TRIAZOLAM
BARBITURATES (ANXIOLYTIC, SEDATIVE/HYP) (الباربيتورات - مُضادّة للقلق، مُهدئة/مُنشّطة)			
	Generic	TAB 15MG	PHENOBARB
	Generic	TAB 16.2MG	PHENOBARB
	Generic	TAB 30MG	PHENOBARB
	Generic	TAB 32.4MG	PHENOBARB
	Generic	TAB 60MG	PHENOBARB
	Generic	TAB 64.8MG	PHENOBARB
	Generic	TAB 97.2MG	PHENOBARB
	Generic	TAB 100MG	PHENOBARB
	Generic	ELX 20MG/5ML	PHENOBARB
	Generic	SOL 20MG/5ML	PHENOBARB
ADHD/ANTI-NARCOLEPSY/ANTI-OBESITY/ANOREXIANT AGENTS (مواد علاج اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط/مُضاد للنوم القهري/مُضاد للسمنة/مُضاد لفقدان الشهية)			
AMPHETAMINES (الأمفيتامينات)			
QL 3 per day	Generic	TAB 5MG	AMPHETAMINE (Generic Adderall IR)
QL 3 per day	Generic	TAB 7.5MG	AMPHETAMINE (Generic Adderall IR)
QL 3 per day	Generic	TAB 10MG	AMPHETAMINE (Generic Adderall IR)
QL 3 per day	Generic	TAB 12.5MG	AMPHETAMINE (Generic Adderall IR)

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
QL 3 per day	Generic	TAB 15MG	AMPHETAMINE (Generic Adderall IR)
QL 3 per day	Generic	TAB 20MG	AMPHETAMINE (Generic Adderall IR)
QL 3 per day	Generic	TAB 30MG	AMPHETAMINE (Generic Adderall IR)
QL 2 per day	Generic	CAP 5MG ER	AMPHETAMINE (Generic Adderall XR)
QL 2 per day	Generic	CAP 10MG ER	AMPHETAMINE (Generic Adderall XR)
QL 2 per day	Generic	CAP 15MG ER	AMPHETAMINE (Generic Adderall XR)
QL 2 per day	Generic	CAP 20MG ER	AMPHETAMINE (Generic Adderall XR)
QL 2 per day	Generic	CAP 25MG ER	AMPHETAMINE (Generic Adderall XR)
QL 2 per day	Generic	CAP 30MG ER	AMPHETAMINE (Generic Adderall XR)
	Generic	TAB 5MG	DEXTROAMPHETAMINE (Dexedrine IR)
	Generic	TAB 10MG	DEXTROAMPHETAMINE (Dexedrine IR)
QL 2 PER DAY	Generic	CAP 5MG ER	DEXTROAMPHETAMINE
QL 2 PER DAY	Generic	CAP 10MG ER	DEXTROAMPHETAMINE
QL 2 PER DAY	Generic	CAP 15MG ER	DEXTROAMPHETAMINE
QL 2 PER DAY; ST req w/ generic Adderall XR or dextroamphetami ne ER AND a long- acting methylphenidate drug.	Generic	CAP 10MG	LISDEXAMFETAMINE (generic Vyvanse)
QL 2 PER DAY; ST req w/ generic Adderall XR or dextroamphetami ne ER AND a long- acting methylphenidate drug.	Generic	CAP 20MG	LISDEXAMFETAMINE (generic Vyvanse)
QL 2 PER DAY; ST req w/ generic Adderall XR or dextroamphetami	Generic	CAP 30MG	LISDEXAMFETAMINE (generic Vyvanse)

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
ne ER AND a long-acting methylphenidate drug.			
QL 2 PER DAY; ST req w/ generic Adderall XR or dextroamphetamine ER AND a long-acting methylphenidate drug.	Generic	CAP 40MG	LISDEXAMFETAMINE (generic Vyvanse)
QL 2 PER DAY; ST req w/ generic Adderall XR or dextroamphetamine ER AND a long-acting methylphenidate drug.	Generic	CAP 50MG	LISDEXAMFETAMINE (generic Vyvanse)
QL 2 PER DAY; ST req w/ generic Adderall XR or dextroamphetamine ER AND a long-acting methylphenidate drug.	Generic	CAP 60MG	LISDEXAMFETAMINE (generic Vyvanse)
QL 2 PER DAY; ST req w/ generic Adderall XR or dextroamphetamine ER AND a long-acting methylphenidate drug.	Generic	CAP 70 MG	LISDEXAMFETAMINE (generic Vyvanse)
METHYLPHENIDATES (ميثيل فينيدات)			
	Generic	TAB 2.5MG	DEXMETHYLPHENIDATE
	Generic	TAB 5MG	DEXMETHYLPHENIDATE
	Generic	TAB 10MG	DEXMETHYLPHENIDATE
QL 2 PER DAY	Generic	CAP 5MG ER	DEXMETHYLPHENIDATE (generic Focalin XR)

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
QL 2 PER DAY	Generic	CAP 10MG ER	DEXMETHYLPHENIDATE (generic Focalin XR)
QL 2 PER DAY	Generic	CAP 15MG ER	DEXMETHYLPHENIDATE (generic Focalin XR)
QL 2 PER DAY	Generic	CAP 20MG ER	DEXMETHYLPHENIDATE (generic Focalin XR)
QL 2 PER DAY	Generic	CAP 25MG ER	DEXMETHYLPHENIDATE (generic Focalin XR)
QL 2 PER DAY	Generic	CAP 30MG ER	DEXMETHYLPHENIDATE (generic Focalin XR)
QL 2 PER DAY	Generic	CAP 35MG ER	DEXMETHYLPHENIDATE (generic Focalin XR)
QL 2 PER DAY	Generic	CAP 40MG ER	DEXMETHYLPHENIDATE (generic Focalin XR)
	Generic	TAB 5MG	METHYLPHENIDATE (generic Ritalin IR)
	Generic	TAB 10MG	METHYLPHENIDATE (generic Ritalin IR)
	Generic	TAB 20MG	METHYLPHENIDATE (generic Ritalin IR)
QL 2per day	Generic	TAB 18MG ER	METHYLPHENIDATE (generic Concerta)
QL 2 per day	Generic	TAB 27MG ER	METHYLPHENIDATE (generic Concerta)
QL 2 per day	Generic	TAB 36MG ER	METHYLPHENIDATE (generic Concerta)
QL 2 per day	Generic	TAB 54MG ER	METHYLPHENIDATE (generic Concerta)
QL 2 per day	Generic	CAP 10MG ER	METHYLPHENIDATE (generic Metadate CD)
QL 2 per day	Generic	CAP 20MG ER	METHYLPHENIDATE (generic Metadate CD)
QL 2 per day	Generic	CAP 30MG ER	METHYLPHENIDATE (generic Metadate CD)
QL 2 per day	Generic	CAP 40MG ER	METHYLPHENIDATE (generic Metadate CD)
QL 2 per day	Generic	CAP 50MG ER	METHYLPHENIDATE (generic Metadate CD)
QL 2 per day	Generic	CAP 60MG ER	METHYLPHENIDATE (generic Metadate CD)
QL 2 per day	Generic	TAB 10MG ER	METHYLPHENIDATE
QL 2 per day	Generic	TAB 20MG ER	METHYLPHENIDATE
AR PA> 12	Generic	SOL 5MG/5ML	METHYLPHENIDATE
AR PA> 12	Generic	SOL 10MG/5ML	METHYLPHENIDATE
QL 1 Per day	Generic	TAB ER 24HR 18 MG	METHYLPHENIDATE HCL
QL 1 Per day	Generic	TAB ER 24HR 27 MG	METHYLPHENIDATE HCL
QL 1 Per day	Generic	TAB ER 24HR 36 MG	METHYLPHENIDATE HCL
QL 1 Per day	Generic	TAB ER 24HR 54 MG	METHYLPHENIDATE HCL
RESPIRATORY AND CNS STIMULANTS (منبهات الجهاز التنفسي والجهاز العصبي المركزي)			
AR PA >1	Generic	INJ 60MG/3ML	CAFFEINE CIT
AR PA >1	Generic	SOL 20MG/ML	CAFFEINE CIT
AR PA >1	Generic	SOL 60MG/3ML	CAFFEINE CIT
PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS – MISC (مواد علاج متواعة نفسية وعصبية)			
ALCOHOL DETERRENTS (ردع تعاطي الكحول)			
QL 6 per day	Generic	TAB 333MG	ACAMPRO CAL
	Generic	TAB 250MG	DISULFIRAM
	Generic	TAB 500MG	DISULFIRAM

QL: Quantity Limit (حدّ الكمية) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
ANTIDEMENTIA AGENTS (مواد العلاج المضادة للخرف)			
QL 1 per day	Generic	TAB 5MG	DONEPEZIL
QL 1 per day	Generic	TAB 10MG	DONEPEZIL
QL 1 per day	Generic	TAB 5MG ODT	DONEPEZIL
QL 1 per day	Generic	TAB 10MG ODT	DONEPEZIL
	Generic	TAB 4MG	GALANTAMINE
	Generic	TAB 8MG	GALANTAMINE
	Generic	TAB 12MG	GALANTAMINE
	Generic	CAP 8MG ER	GALANTAMINE
	Generic	CAP 16MG ER	GALANTAMINE
	Generic	CAP 24MG ER	GALANTAMINE
PA QL 0.26 per day	Brand	INJ 360/1.8	LEQEMBI IQLK
	Generic	TAB HCL 5MG	MEMANTINE
	Generic	TAB HCL 10MG	MEMANTINE
	Generic	CAP 1.5MG	RIVASTIGMINE
	Generic	CAP 3MG	RIVASTIGMINE
	Generic	CAP 4.5MG	RIVASTIGMINE
	Generic	CAP 6MG	RIVASTIGMINE
MULTIPLE SCLEROSIS (التصلب المتعدد)			
	Generic	CAP 120MG	DIMETHYL FUMARATE
	Generic	CAP 240MG	DIMETHYL FUMARATE
	Generic	MIS STARTER	DIMETHYL FUMARATE
PA QL 1 per day	Generic	CAP 0.5MG	FINGOLIMOD
QL 30 syringes per 30 days	Generic	INJ 20MG/ML	GLATIRAMER (Generic Copaxone 20 mg)
QL 12 syringes per 28 days	Generic	INJ 40MG/ML	GLATIRAMER (Generic Copaxone 40mg)
PA 12 tabs per 180 days	Brand	START PAK 0.25MG	MAYZENT
PA 7 tabs per 180 days	Brand	START PAK 0.25MG	MAYZENT
PA 4 tabs per day	Brand	TAB 0.25MG	MAYZENT
PA QL 1 tab per day	Brand	TAB 1MG	MAYZENT
PA 1 tab per day	Brand	TAB 2MG	MAYZENT
SMOKING DETERRENTS (ردع التدخين)			
QL 2 per day	Generic	TAB 150MG SR	BUPROPION

QL: Quantity Limit (حدّ الكمية) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
QL 24 pieces per day max 180 days per 365 days	Generic	GUM 2MG	NICOTINE
QL 24 pieces per day; 180 days per 365 days	Generic	GUM 4MG	NICOTINE
QL 1 patch per day; 180 days per 365 days	Generic	PATCH 7MG/24HR	NICOTINE
QL 20 lozenges per day; 180 days per 365 days	Generic	LOZENGE 2MG	NICOTINE
QL 20 lozenges per day; 180 days per 365 days	Generic	LOZENGE 4MG	NICOTINE
QL 1 patch per day; 180 days per 365 days	Generic	PATCH 21MG/24H	NICOTINE
QL 1 patch per day; 180 days per 365 days	Generic	PATCH 14MG/24H	NICOTINE
QL 1 patch per day; 180 days per 365 days; 56-day supply per fill	Generic	KIT TRANSDER	NICOTINE SYS
QL 2 per day	Generic	PAK 1MG	VARENICLINE (generic Chantix)
QL 2 per day	Generic	TAB 0.5MG	VARENICLINE (generic Chantix)
QL 2 per day	Generic	TAB 1MG	VARENICLINE (generic Chantix)
ANALGESICS AND ANESTHETICS (المُسكّنات والمُخدّرات)			
ANALGESICS AND ANTIPYRETICS, MISC. (مُسكّنات الألم وخافضات الحرارة متنوعة)			
(List not all encompassing. Representative products listed only) (القائمة ليست شاملة. المنتجات المذكورة هي منتجات نموذجية فقط)			
	Generic	CAP, CHEW, DROPS, ELIX, GELCAP, SOLN, SUPP, SUSP, TAB	ACETAMINOPHEN
	Generic	TAB	ACETAMINOPHEN/CAFF/PYRILAMINE

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
PA	Brand	TAB 50-300 MG	BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN
PA	Brand	TAB 50-325 MG	BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN
SALICYLATES (الساليسيلات)			
(List not all encompassing. Representative products listed only) (القائمة ليست شاملة. المنتجات المذكورة هي منتجات نموذجية فقط)			
90-day supply available	Generic	TAB, CHEW, TAB EC, SUP	ASPIRIN
90-day supply available	Generic	CHW 81MG	CHILD ASPIRIN
90-day supply available	Generic	TAB, LIQ	CHOLINE MAG TRISALICYLATE
90-day supply available	Generic	TAB 500MG	SALSALATE
90-day supply available	Generic	TAB 750MG	SALSALATE
OPIATE PARTIAL AGONISTS (ناهضات الأفيون الجزئية)			
QL 0.023 per day	Brand	SOLN 08MG/0.16ML	BRIXADI (WEEKLY)
QL 0.046 per day	Brand	SOLN 16MG/0.32ML	BRIXADI (WEEKLY)
QL 0.069 per day	Brand	SOLN 24MG/0.48ML	BRIXADI (WEEKLY)
QL 0.092 per day	Brand	SOLN 32MG/0.64ML	BRIXADI (WEEKLY)
QL 0.007 per day	Brand	SOLN 64MG/0.18ML	BRIXADI (MONTHLY)
QL 0.01 per day	Brand	SOLN 96MG/0.27ML	BRIXADI (MONTHLY)
QL 0.013 per day	Brand	SOLN 128MG/0.36ML	BRIXADI (MONTHLY)
QL 3 per day	Generic	SUB 2-0.5MG	BUPRENORPHINE/NALOXONE
QL 4 per day	Generic	SUB 8-2MG	BUPRENORPHINE/NALOXONE
QL 90 per 23 days	Generic	FILM 2-0.5MG	BUPRENORPHINE/NALOXONE
1 per day	Generic	FILM 4-1MG	BUPRENORPHINE/NALOXONE
4 per day	Generic	FILM 8-2MG	BUPRENORPHINE/NALOXONE
2 per day	Generic	FILM 12-3MG	BUPRENORPHINE/NALOXONE
PA QL 0.143	Generic	PATCH WEEKLY	BUPRENORPHINE TD
	Generic	SUB 2MG	BUPRENORPHINE
QL 4 per day	Generic	SUB 8MG	BUPRENORPHINE
QL 0.02 per day	Brand	SOLN 100MG/0.5ML	SUBLOCADE
QL 0.06 per day	Brand	SOLN 300MG/1.5ML	SUBLOCADE
QL 0.04 per day	Brand	INJ	VIVITROL
, QL 3 per day	Brand	SUB 0.7-0.18MG	ZUBSOLV
QL 3 per day	Brand	SUB 1.4-0.36MG	ZUBSOLV
QL 3 per day	Brand	SUB 2.9-0.71MG	ZUBSOLV

QL: Quantity Limit (حدّ الكمية) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
QL 3 per day	Brand	SUB 5.7-1.4MG	ZUBSOLV
QL 2 per day	Brand	SUB 8.6-2.1MG	ZUBSOLV
QL 2 per day	Brand	SUB 11.4-2.9MG	ZUBSOLV
OPIATES (الأفيونيات)			
QL 13 per day	Generic	TAB 300-15MG	APAP/CODEINE
QL 13 per day	Generic	TAB 300-30MG	APAP/CODEINE
QL 13 per day	Generic	TAB 300-60MG	APAP/CODEINE
QL 166mls per day	Generic	SOL 120-12/5	APAP/CODEINE
QL 26 tabs per day	Generic	TAB 30MG	CODEINE SULF
QL 13 tabs per day	Generic	TAB 60MG	CODEINE SULF
	Brand	INJ 250MG	DILAUDID-HP
QL 12 per day	Generic	TAB 5-325MG	ENDOCET
QL 12 per day	Generic	TAB 7.5-325	ENDOCET
QL 8 per day	Generic	TAB 7.5-500M	ENDOCET
QL 12 per day	Generic	TAB 10-325MG	ENDOCET
QL 6 per day	Generic	TAB 10-650MG	ENDOCET
QL 12 per day	Generic	TAB 4.8355-325MG	ENDODAN
PA QL 11 per month	Generic	DIS 12MCG/HR	FENTANYL
PA QL 11 per month	Generic	DIS 25MCG/HR	FENTANYL
PA QL 11 per month	Generic	DIS 37.5MCG	FENTANYL
PA QL 11 per month	Generic	DIS 50MCG/HR	FENTANYL
PA QL 11 per month	Generic	DIS 62.5MCG	FENTANYL
PA QL 11 per month	Generic	DIS 75MCG/HR	FENTANYL
PA QL 11 per month	Generic	DIS 87.5MCG	FENTANYL
PA QL 11 per month	Generic	DIS 100MCG/H	FENTANYL
QL 12 per day	Generic	TAB 10-325MG	HYDROCODONE/APAP
QL 8 per day	Generic	TAB 2.5-500	HYDROCODONE/APAP
QL 8 per day	Generic	TAB 5-500MG	HYDROCODONE/APAP
QL 8 per day	Generic	TAB 7.5-500	HYDROCODONE/APAP

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
QL 6 per day	Generic	TAB 7.5-650	HYDROCODONE/APAP
QL 6 per day	Generic	TAB 10-650MG	HYDROCODONE/APAP
QL 6 per day	Generic	TAB 10-660MG	HYDROCODONE/APAP
QL 5 per day	Generic	TAB 7.5-750	HYDROCODONE/APAP
QL 12 per day	Generic	TAB 5-325MG	HYDROCODONE/APAP
QL 12 per day	Generic	TAB 7.5-325	HYDROCODONE/APAP
QL 184mls per day	Generic	SOL 7.5-325	HYDROCODONE/APAP
	Generic	SOL 5-217/10	HYDROCODONE/APAP
QL 16 tabs per day	Generic	TAB 7.5-200	HYDROCODONE/IBUPROFEN
QL 30mls per day	Generic	INJ 1MG/ML	HYDROMORPHONE
QL 15mls per day	Generic	INJ 2MG/ML	HYDROMORPHONE
QL 7mls per day	Generic	INJ 4MG/ML	HYDROMORPHONE
QL 3mls per day	Generic	INJ 10MG/ML	HYDROMORPHONE
QL 3mls per day	Generic	INJ 50MG/5ML	HYDROMORPHONE
QL 3mls per day	Generic	INJ 500/50ML	HYDROMORPHONE
QL 12 per day	Generic	TAB 5-325MG	LORCET
QL 12 per day	Generic	TAB 10-325MG	LORCET HD
QL 12 per day	Generic	TAB 7.5-325	LORCET PLUS
QL 12 per day	Generic	TAB 10-325MG	LORTAB
QL 12 per day	Generic	TAB 5-325MG	LORTAB
QL 12 per day	Generic	TAB 7.5-325	LORTAB
QL 8 tabs per day	Generic	TAB 15MG	MORPHINE SULFATE
QL 4 tabs per day	Generic	TAB 30MG	MORPHINE SULFATE
PA QL 3 per day	Generic	TAB 15MG ER	MORPHINE SULFATE
PA QL 3 per day	Generic	TAB 30MG ER	MORPHINE SULFATE
PA QL 3 per day	Generic	TAB 60MG ER	MORPHINE SULFATE
PA QL 3 per day	Generic	TAB 100MG ER	MORPHINE SULFATE
PA QL 3 per day	Generic	TAB 200MG ER	MORPHINE SULFATE
QL 120mls per day	Generic	INJ 1MG/ML	MORPHINE SULFATE
QL 60mls per day	Generic	INJ 2MG/ML	MORPHINE SULFATE
QL 30mls per day	Generic	INJ 4MG/ML	MORPHINE SULFATE
QL 24mls per day	Generic	INJ 5MG/ML	MORPHINE SULFATE
QL 24mls per day	Generic	INJ 150/30ML	MORPHINE SULFATE
QL 4mls per day	Generic	INJ 25MG/ML	MORPHINE SULFATE
QL 2mls per day	Generic	INJ 50MG/ML	MORPHINE SULFATE
QL 60mls per day	Generic	SOL 10MG/5ML	MORPHINE SULFATE
QL 30mls per day	Generic	SOL 20MG/5ML	MORPHINE SULFATE

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
QL 6mls per day	Generic	SOL 100/5ML	MORPHINE SULFATE
24 per day	Generic	SUP 5MG	MORPHINE SULFATE
12 per day	Generic	SUP 10MG	MORPHINE SULFATE
6 per day	Generic	SUP 20MG	MORPHINE SULFATE
4 per day	Generic	SUP 30MG	MORPHINE SULFATE
QL 8 per day	Generic	CAP 5-500MG	OXYCODONE/APAP
QL 12 per day	Generic	TAB 5-325MG	OXYCODONE/APAP
QL 61mls per day	Generic	SOLN 5-325MG/5ML	OXYCODONE/APAP
QL 10 per day	Generic	TAB 7.5-325	OXYCODONE/APAP
QL 8 per day	Generic	TAB 7.5-500	OXYCODONE/APAP
QL 8 per day	Generic	TAB 10-325MG	OXYCODONE/APAP
QL 6 per day	Generic	TAB 10-650MG	OXYCODONE/APAP
QL 12 per day	Generic	TAB	OXYCODONE/ASA
QL 16 per day	Generic	TAB 5MG	OXYCODONE
QL 8 per day	Generic	TAB 10MG	OXYCODONE
QL 5 per day	Generic	TAB 15MG	OXYCODONE
QL 4 per day	Generic	TAB 20MG	OXYCODONE
QL 2 per day	Generic	TAB 30MG	OXYCODONE
QL 4mls per day	Generic	CON 100/5ML	OXYCODONE
QL 4mls per day	Generic	CON 20MG/ML	OXYCODONE
QL 80mls per day	Generic	SOL 5MG/5ML	OXYCODONE
PA QL 3 per day	Generic	TAB 10MG ER	OXYCODONE
PA QL 3 per day	Generic	TAB 20MG ER	OXYCODONE
PA QL 3 per day	Generic	TAB 40MG ER	OXYCODONE
PA QL 3 per day	Generic	TAB 80MG ER	OXYCODONE
PA QL 3 per day	Brand	TAB 10MG CR	OXYCONTIN
PA QL 3 per day	Brand	TAB 15MG CR	OXYCONTIN
PA QL 3 per day	Brand	TAB 20MG CR	OXYCONTIN
PA QL 3 per day	Brand	TAB 30MG CR	OXYCONTIN
PA QL 3 per day	Brand	TAB 40MG CR	OXYCONTIN
PA QL 3 per day	Brand	TAB 60MG CR	OXYCONTIN
PA QL 3 per day	Brand	TAB 80MG CR	OXYCONTIN
QL 12 per day	Generic	TAB 5-325MG	ROXICET
QL 10 per day	Generic	TAB 37.5-325	TRAMADL/APAP
QL 8 per day	Generic	TAB 50MG	TRAMADOL HCL
ANTI-TNF INHIBITORS (مُثَبِّطَات مَضَادَّة لِعَامِل نَحْر الْوَرَم)			
PA QL 8mls per month	Brand	INJ 25MG	ENBREL

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسَبِّقَة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
PA QL 2mls per 28 days	Brand	INJ 25/0.5ML	ENBREL
PA QL 4mls per 28 days	Brand	INJ 50MG/ML	ENBREL
PA QL 4mls per 28 days	Brand	INJ 50MG/ML	ENBREL MINI
PA QL 4mls per 28 days	Brand	INJ 50MG/ML	ENBREL SRCLK
PA	Brand	INJ 0.2MG	GENOTROPIN
PA	Brand	INJ 5/1.5ML	NORDITROPIN
PA	Brand	INJ 10/1.5ML	NORDITROPIN
PA	Brand	INJ 15/1.5ML	NORDITROPIN
PA	Brand	INJ 30/3ML	NORDITROPIN
PA	Brand	INJ NUSPIN 5	NUTROPIN AQ
PA	Brand	INJ 10MG/2ML	NUTROPIN AQ
PA	Brand	INJ 20MG/2ML	NUTROPIN AQ
PA	Brand	INJ 5/1.5ML	OMNITROPE
PA	Brand	INJ 10/1.5ML	OMNITROPE
DISEASE-MODIFYING ANTIRHEUMATIC AGENTS (مواد العلاج المُضادة للروماتيزم المُعدّلة لسير المرض)			
PA QL 0.03 per day	Generic	PFS 10mg/0.2ml	ADALIMUMAB-ADBIM
PA QL 0.03 per day	Generic	PFS 20mg/0.4ml	ADALIMUMAB-ADBIM
PA QL 0.06 per day	Brand	INJ 40/0.8ML	HADLIMA
PA QL 0.06 per day	Brand	PUSH INJ 40/0.8ML	HADLIMA
PA QL 0.03 per day	Brand	INJ 40/0.4ML	HADLIMA
PA QL 0.03 per day	Brand	PUSH INJ 40/0.4ML	HADLIMA
	Generic	TAB 10MG	LEFLUNOMIDE
	Generic	TAB 20MG	LEFLUNOMIDE
PA QL 0.08 per day	Brand	INJ 40/0.4ML	SIMLANDI 2PN KIT
PA QL 0.08 per day	Brand	INJ 40/0.4ML	SIMLANDI 1 PN KIT
PA QL 0.072 per day	Brand	20/0.2ML	SIMLANDI KIT

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)
PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
PA QL 0. 072 per day	Brand	80/0.8ML	SIMLANDI KIT
PA QL 2 tabs per day	Brand	TAB 30MG	OTEZLA
PA QL 1 per 180 days	Brand	TAB 10/20/30	OTEZLA
PA QL 1 per 365 days	Brand	TAB 10/20	OTEZLA
PA QL 2 per day	Brand	TAB 20MG	OTEZLA
PA QL 1 per day	Brand	TAB 75MG	OTEZLA XR
PA QL 1 per 180 days	Brand	PAK	OTEZLA XR 28 DAY
PA QL 0.06 per day	Brand	INJ 40/0.8ML	YUSIMRY
MISC BIOLOGIC (بيولوجيات متنوعة)			
PA QL 0.072 per day	Brand	INJ 162/0.9	AVTOZMA
PA QL 1 per month	Brand	PFS 75MG/0.5ML	COSENTYX (Pre-filled Syringe)
PA QL 1 per month	Brand	INJ 150MG/ML	COSENTYX
PA QL 1 per month	Brand	INJ 150MG/ML	COSENTYX PEN
PA QL 0.072 per day	Brand		COSENTYX UNOREADY
PA QL 2 injections per month	Brand	INJ 100/0.67	DUPIXENT
PA QL 2 per month	Brand	INJ 200/1.14	DUPIXENT
PA QL 2 per month	Brand	INJ 200/1.14	DUPIXENT PEN
PA QL 2 per month	Brand	INJ 300/2	DUPIXENT
PA QL 2 per month	Brand	INJ 300/2	DUPIXENT PEN
PA QL 0.036 per day	Brand	INJ	ENSPRYNG
PA QL 0.02mls per day	Brand	INJ 30MG/ML	FASENRA PEN (AUTO-INJECTOR)
PA QL 0.01 per day	Brand	INJ 10MG/0.5	FASENRA

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
PA QL 1 per 28 days	Brand	INJ 30MG	NEMLUVIO
PA QL 0.036mls per day	Brand	INJ 80MG/ML	TALTZ
PA QL 0.07 per day	Brand	INJ 20/0.25	TALTZ
PA QL 0.02 per day	Brand	40/0.5ML	TALTZ
PA QL 0.07	Brand	INJ 162MG	TYENNE
PA QL 0.07	Brand	INJ 162/0.9	TYENNE

NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY (NSAID) (مُضادَات الالتهاب غير الستيرويدية - NSAID)			
(List not all encompassing. Representative products listed only) (القائمة ليست شاملة. المنتجات المذكورة هي منتجات نموذجية فقط)			
QL 2 per day	Generic	CAP 100MG	CELECOXIB
QL 2 per day	Generic	CAP 200MG	CELECOXIB
QL 300g per month	Generic	GEL 1%	DICLOFENAC
	Generic	TAB 50MG	DICLOFEN POTASSIUM
	Generic	TAB 25MG DR	DICLOFENAC
	Generic	TAB 50MG DR	DICLOFENAC
	Generic	TAB 75MG DR	DICLOFENAC
	Generic	TAB 100MG ER	DICLOFENAC
	Generic	TAB 50MG	FLURBIPROFEN
ST (meloxicam)	Generic	CAP 200MG	ETODOLAC
ST (meloxicam)	Generic	CAP 300MG	ETODOLAC
ST (meloxicam)	Generic	TAB 400MG	ETODOLAC
ST (meloxicam)	Generic	TAB 500MG	ETODOLAC
	Generic	TAB 100MG	FLURBIPROFEN
	Generic	TAB 200MG	GENPRIL
	Generic	DRO 40MG/ML	IBU-DROPS
	Generic	CAP 200MG	IBUPROFEN
	Generic	TAB 200MG	IBUPROFEN
	Generic	TAB 400MG	IBUPROFEN
	Generic	TAB 600MG	IBUPROFEN
	Generic	TAB 800MG	IBUPROFEN
	Generic	DRO 50/1.25	IBUPROFEN
	Generic	SUS 100/5ML	IBUPROFEN
	Generic	TAB 200MG	IBUPROFEN IB
	Generic	CHW 100MG	IBUPROFEN JR

QL: Quantity Limit (حدّ الكمية) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Generic	CAP 25MG	INDOMETHACIN
	Generic	CAP 50MG	INDOMETHACIN
	Generic	CAP 75MG ER	INDOMETHACIN
	Generic	SUS 25MG/5ML	INDOMETHACIN
	Generic	CAP 25MG	KETOPROFEN
	Generic	CAP 50MG	KETOPROFEN
	Generic	CAP 75MG	KETOPROFEN
	Generic	CAP 200MG	MEDI-PROFEN
	Generic	TAB 200MG	MEDI-PROFEN
	Generic	SUS 40MG/ML	MEDI-PROFEN
	Generic	SUS 100/5ML	MEDI-PROFEN
QL 2 per day	Generic	TAB 7.5MG	MELOXICAM
	Generic	TAB 15MG	MELOXICAM
	Generic	CAP 200MG	MIDOL
	Generic	TAB 500MG	NABUMETONE
	Generic	TAB 750MG	NABUMETONE
	Generic	TAB 250MG	NAPROXEN
	Generic	TAB 375MG	NAPROXEN
	Generic	TAB 500MG	NAPROXEN
	Generic	TAB 200MG	PROVIL
	Generic	TAB 150MG	SULINDAC
	Generic	TAB 200MG	SULINDAC
ACUTE MIGRAINE PRODUCTS (منتجات علاج الصداع النصفي الحاد)			
PA QL 1 per day	Brand	TAB 10MG	QULIPTA
PA QL 1 per day	Brand	TAB 30MG	QULIPTA
PA QL 1 per day	Brand	TAB 60MG	QULIPTA
QL 12 per 23 days	Generic	TAB 20MG	ELETRIPTAN
QL 12 per 23 days	Generic	TAB 40MG	ELETRIPTAN
QL 9 per 30 days	Generic	TAB 1MG	NARATRIPTAN
QL 9 per 30 days	Generic	TAB 2.5MG	NARATRIPTAN
PA QL 4 per 23 days	Brand	TAB 50MG	REYVOW
PA QL 4 per 23 days	Brand	TAB 100MG	REYVOW
QL 12 per 30 days	Generic	TAB 5MG	RIZATRIPTAN
QL 12 per 30 days	Generic	TAB 5MG ODT	RIZATRIPTAN
QL 12 per 30 days	Generic	TAB 10MG	RIZATRIPTAN
QL 12 per 30 days	Generic	TAB 10MG ODT	RIZATRIPTAN
QL 6 per 30 days	Generic	SPR 5MG/ACT	SUMATRIPTAN

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
QL 6 per 30 days	Generic	SPR 20MG/ACT	SUMATRIPTAN
QL 9 per 30 days	Generic	TAB 25MG	SUMATRIPTAN
QL 9 per 30 days	Generic	TAB 50MG	SUMATRIPTAN
QL 9 per 30 days	Generic	TAB 100MG	SUMATRIPTAN
	Generic	INJ 4MG/0.5	SUMATRIPTAN
QL 3mls per 30 days	Generic	INJ 6MG/0.5	SUMATRIPTAN
PA QL 8 per 30 days	Brand	TAB 50MG	UBRELVY
PA QL 8 per 30 days	Brand	TAB 100MG	UBRELVY
QL 12 per 30 days	Generic	TAB 2.5MG	ZOLMITRIPTAN
QL 12 per 30 days	Generic	TAB 5MG	ZOLMITRIPTAN
CHRONIC MIGRAINE PRODUCTS (منتجات علاج الصداع النصفي المزمن)			
PA QL 1 per 28 days	Brand	INJ 70MG/ML	AIMOVIG
PA QL 1 per 28 days	Brand	INJ 140MG/ML	AIMOVIG
PA QL 1 per 28 days	Brand	INJ 225 MG/1.5ML	AJOVY (Auto-Injector)
PA QL 1 per 28 days	Brand	INJ 225 MG/1.5ML	AJOVY (Prefilled Syringe)
PA QL 1 per 28 days	Brand	INJ 120MG/ML	EMGALITY (Auto-Injector)
PA QL 1 per 28 days	Brand	INJ 120MG/ML	EMGALITY (Prefilled Syringe)
PA QL 1 per 28 days	Brand	INJ 100MG/ML	EMGALITY (Auto-Injector)
ANTIGOUT AGENTS (مواد مضادة للنقرس)			
	Generic	TAB 100MG	ALLOPURINOL
	Generic	TAB 300MG	ALLOPURINOL
	Generic	TAB 0.6MG	COLCHICINE
	Brand	TAB 0.6MG	COLCRYS
QL 1 per day	Generic	TAB 40MG	FEBUXOSTAT
QL 1 per day	Generic	TAB 80MG	FEBUXOSTAT
URICOSURIC AGENTS (مواد خفض حمض اليوريك)			
	Generic	TAB 500-0.5	PROBEN/COLCH
	Generic	TAB 500MG	PROBENECID
ANTI-CONVULSANTS (مُضادَات الاختلاج)			

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)
PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Generic	TAB 200MG	CARBAMAZEPINE
	Generic	CHW 100MG	CARBAMAZEPINE
	Generic	CHW 200MG	CARBAMAZEPINE
	Generic	SUS 100/5ML	CARBAMAZEPINE
	Generic	CAP 100MG ER	CARBAMAZEPINE
	Generic	CAP 200MG ER	CARBAMAZEPINE
	Generic	CAP 300MG ER	CARBAMAZEPINE
	Generic	TAB 100MG ER	CARBAMAZEPINE
	Generic	TAB 200MG ER	CARBAMAZEPINE
	Generic	TAB 400MG ER	CARBAMAZEPINE
	Brand	CHW 50MG	DILANTIN
	Brand	CAP 30MG	DILANTIN
	Brand	CAP 100MG	DILANTIN
	Brand	SUS 125/5ML	DILANTIN-125
	Generic	TAB 200MG	EPITOL
	Generic	CAP 250MG	ETHOSUXIMIDE
	Generic	SOL 250/5ML	ETHOSUXIMIDE
	Generic	TAB 400MG	FELBAMATE
	Generic	TAB 600MG	FELBAMATE
	Generic	SUS 600/5ML	FELBAMATE
	Generic	INJ 100/2ML	FOSPHENYTOIN
	Generic	INJ 500/10ML	FOSPHENYTOIN
QL 9 caps per day	Generic	CAP 100MG	GABAPENTIN
QL 9 caps per day	Generic	CAP 300MG	GABAPENTIN
QL 9 caps per day	Generic	CAP 400MG	GABAPENTIN
QL 6 per day	Generic	TAB 600MG	GABAPENTIN
QL 4.5 per day	Generic	TAB 800MG	GABAPENTIN
	Generic	SOL 250/5ML	GABAPENTIN
	Brand	TAB 12MG	GABITRIL
	Brand	TAB 16MG	GABITRIL
	Generic	TAB 50MG	LACOSAMIDE
QL 2 tabs per day	Generic	TAB 100MG	LACOSAMIDE
	Generic	TAB 150MG	LACOSAMIDE
	Generic	TAB 200MG	LACOSAMIDE
AR PA > 12 years of age	Generic	ORAL SOL 10MG/ML	LACOSAMIDE
	Generic	INJ 200MG/20	LACOSAMIDE
	Generic	SOL 100MG/ML	LEVETIRACETA
	Generic	TAB 500MG	LEVETIRACETA

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Generic	TAB 750MG	LEVETIRACETA
	Generic	TAB 1000MG	LEVETIRACETA
	Generic	SOL 100MG/ML	LEVETIRACETA
	Generic	SOL 500/5ML	LEVETIRACETA
	Generic	TAB 500MG ER	LEVETIRACETA
	Generic	TAB 750MG ER	LEVETIRACETA
	Generic	CAP 300MG	METHSUXIMIDE
	Generic	TAB 150MG	OXCARBAZEPIN
	Generic	TAB 300MG	OXCARBAZEPIN
	Generic	TAB 600MG	OXCARBAZEPIN
AR PA > 12 years of age	Generic	SUS 300MG/5M	OXCARBAZEPIN
	Brand	TAB 250MG	PEGANONE
	Generic	CHW 50MG	PHENYTOIN
	Generic	SUS 125/5ML	PHENYTOIN
	Generic	INJ 50MG/ML	PHENYTOIN
	Generic	CAP 100MG	PHENYTOIN EX
	Generic	CAP 200MG	PHENYTOIN EX
	Generic	CAP 300MG	PHENYTOIN EX
QL 6 per day	Generic	CAP 25MG	PREGABALIN (generic Lyrica)
QL 6 per day	Generic	CAP 50MG	PREGABALIN (generic Lyrica)
QL 6 per day	Generic	CAP 75MG	PREGABALIN (generic Lyrica)
QL 6 per day	Generic	CAP 100MG	PREGABALIN (generic Lyrica)
QL 4 per day	Generic	CAP 150MG	PREGABALIN (generic Lyrica)
QL 3 per day	Generic	CAP 200MG	PREGABALIN (generic Lyrica)
QL 2 per day	Generic	CAP 225MG	PREGABALIN (generic Lyrica)
QL 2 per day	Generic	CAP 300MG	PREGABALIN (generic Lyrica)
	Generic	SOL 20MG/ML	PREGABALIN (generic Lyrica)
	Generic	TAB 50MG	PRIMIDONE
	Generic	TAB 250MG	PRIMIDONE
	Generic	TAB 2MG	TIAGABINE
	Generic	TAB 4MG	TIAGABINE
	Generic	TAB 25MG	TOPIRAGEN
	Generic	TAB 50MG	TOPIRAGEN
	Generic	TAB 100MG	TOPIRAGEN
	Generic	TAB 200MG	TOPIRAGEN
	Generic	TAB 25MG	TOPIRAMATE
	Generic	TAB 50MG	TOPIRAMATE
	Generic	TAB 100MG	TOPIRAMATE

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Generic	TAB 200MG	TOPIRAMATE
	Generic	CAP 15MG	TOPIRAMATE
	Generic	CAP 25MG	TOPIRAMATE
AR PA > 12 years of age	Brand	SUS 300MG/5M	TRILEPTAL
PA	Generic	PAK 500MG	VIGABATRIN (GENERIC SABRIL)
PA	Generic	TAB 500MG	VIGABATRIN (Generic Sabril)
PA	Brand	SOL 10MG/ML	VIMPAT
	Generic	CAP 25MG	ZONISAMIDE
	Generic	CAP 50MG	ZONISAMIDE
	Generic	CAP 100MG	ZONISAMIDE
NEUROMUSCULAR DRUGS (الأدوية العصبية العضلية)			
ANTICHOLINERGIC AGENTS (CNS) (مواد العلاج المضادة للكولين (الجهاز العصبي المركزي))			
	Generic	TAB 0.5MG	BENZTROPINE
	Generic	TAB 1MG	BENZTROPINE
	Generic	TAB 2MG	BENZTROPINE
	Generic	INJ 1MG/ML	BENZTROPINE
	Generic	TAB 2MG	TRIHEXYPHEN
	Generic	TAB 5MG	TRIHEXYPHEN
	Generic	ELX 0.4MG/ML	TRIHEXYPHEN
ANTIPARKINSON (مُضادَات مرض باركنسون)			
	Generic	TAB 200MG	ENTACAPONE
	Generic	CAP 5MG	SELEGILINE
	Generic	TAB 5MG	SELEGILINE
DOPAMINERGICS (محفّزات الدوبامين)			
	Generic	CAP 5MG	BROMOCRIPTIN
	Generic	TAB 2.5MG	BROMOCRIPTIN
	Generic	TAB 10-100MG	CARBIDOPA/LEVODOPA
	Generic	TAB 25-100MG	CARBIDOPA/LEVODOPA
	Generic	TAB 25-250MG	CARBIDOPA/LEVODOPA
	Generic	ER TAB 25-100MG	CARBIDOPA/LEVODOPA
	Generic	ER TAB 50-200MG	CARBIDOPA/LEVODOPA
QL 3 per day	Generic	TAB 0.125MG	PRAMIPEXOLE
QL 3 per day	Generic	TAB 0.25MG	PRAMIPEXOLE
QL 3 per day	Generic	TAB 0.5MG	PRAMIPEXOLE
QL 3 per day	Generic	TAB 0.75MG	PRAMIPEXOLE
QL 3 per day	Generic	TAB 1MG	PRAMIPEXOLE
QL 3 per day	Generic	TAB 1.5MG	PRAMIPEXOLE

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Generic	TAB 0.25MG	ROPINIROLE
	Generic	TAB 0.5MG	ROPINIROLE
	Generic	TAB 1MG	ROPINIROLE
	Generic	TAB 2MG	ROPINIROLE
	Generic	TAB 3MG	ROPINIROLE
	Generic	TAB 4MG	ROPINIROLE
	Generic	TAB 5MG	ROPINIROLE
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS, MISC. (مواد علاج متنوعة للجهاز العصبي المركزي)			
PA QL 50mls per 28 days	Brand	SUSP 105 MG/5ML	RADICAVA ORS
PA QL 70mls per 180 days	Brand	SUSP 105 MG/5ML	RADICAVA ORS STARTER
	Generic	TAB 50MG	RILUZOLE
CENTRALLY ACTING SKELETAL MUSCLE RELAXNT (استرخاء العضلات الهيكلية ذو التأثير المركزي)			
	Generic	TAB 10MG	BACLOFEN
	Generic	TAB 20MG	BACLOFEN
	Generic	TAB 500MG	CHLORZOXAZONE
	Generic	TAB 5MG	CYCLOBENZAPRINE
	Generic	TAB 10MG	CYCLOBENZAPRINE
	Generic	TAB 500MG	METHOCARBAMOL
	Generic	TAB 750MG	METHOCARBAMOL
	Generic	TAB 2MG	TIZANIDINE
	Generic	TAB 4MG	TIZANIDINE
DIRECT-ACTING SKELETAL MUSCLE RELAXANTS (مُرخيات العضلات الهيكلية ذات التأثير المباشر)			
	Generic	CAP 25MG	DANTROLENE
	Generic	CAP 50MG	DANTROLENE
	Generic	CAP 100MG	DANTROLENE
VMAT2 INIHBITORS (مُثَبِّطات الناقل الحويصلي لأحاديّات الأمين 2)			
PA & QL 1 per day	Brand	CAP 40MG	INGREZZA
PA & QL 1 per day	Brand	CAP 60MG	INGREZZA
PA & QL 1 per day	Brand	CAP 80MG	INGREZZA
PA & QL 1 per day & 28 per 180 days	Brand	CAP 40MG & 80MG THERAPY PACK	INGREZZA
PA	Generic	TAB 12.5MG	TETRABENAZINE
PA	Generic	TAB 25MG	TETRABENAZINE

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)
PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
NUTRITIONAL PRODUCTS (منتجات تغذية)			
VITAMIN B COMPLEX (فيتامين ب المركب)			
	Brand	TAB 250MG	B1 NATURAL
	Generic	INJ 1000MCG	CYANOCOBALAM
	Generic	TAB 250MG SR	ENDUR-ACIN
	Generic	TAB 500MG SR	ENDUR-ACIN
	Generic	TAB 1000MCG	EQL B-12
90-day supply available	Generic	TAB 400MCG	FOLIC ACID
90-day supply available	Generic	TAB 800MCG	FOLIC ACID
90-day supply available	Generic	TAB 1MG	FOLIC ACID
90-day supply available	Generic	TAB 1000MCG	FOLIC ACID
	Generic	INJ 5MG/ML	FOLIC ACID
	Brand	TAB XTRA	FOLIC ACID
	Generic	CAP 250MG TR	NIACIN
	Generic	CAP 250MG TD	NIACIN
	Generic	CAP 250MG ER	NIACIN
	Generic	CAP 250MG SR	NIACIN
	Generic	CAP 500MG TR	NIACIN
	Generic	CAP 500MG SR	NIACIN
	Generic	TAB 50MG	NIACIN
	Generic	TAB 100MG	NIACIN
	Generic	TAB 250MG	NIACIN
	Generic	TAB 500MG	NIACIN
	Generic	TAB 250MG SR	NIACIN
	Generic	TAB 500MG CR	NIACIN
	Generic	TAB 500MG ER	NIACIN
	Generic	TAB 500MG PR	NIACIN
	Generic	TAB 750MG TR	NIACIN
	Generic	CAP 250MG	NIACIN ER
	Generic	CAP 500MG	NIACIN ER
	Generic	TAB 1000MG	NIACIN TR
	Generic	TAB 100MG	NIACINAMIDE
	Generic	TAB 500MG	NIACINAMIDE
	Generic	TAB 25MG	PYRIDOXINE
	Generic	TAB 50MG	PYRIDOXINE

QL: Quantity Limit (حدّ الكمية) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Generic	TAB 100MG	PYRIDOXINE
	Generic	TAB 250MG CR	SLO-NIACIN
	Generic	TAB 100MG	THIAMINE HCL
	Generic	TAB 50MG	VITAMIN B-1
	Generic	TAB 100MG	VITAMIN B-1
	Generic	TAB 50MCG	VITAMIN B-12
	Generic	TAB 100MCG	VITAMIN B-12
	Generic	TAB 250MCG	VITAMIN B-12
	Generic	TAB 500MCG	VITAMIN B-12
	Generic	TAB 1000MCG	VITAMIN B-12
	Generic	TAB 2000MCG	VITAMIN B-12
	Generic	TAB 1000 CR	VITAMIN B-12
	Generic	TAB 1000 TR	VITAMIN B-12
	Generic	SUB 500MCG	VITAMIN B-12
	Generic	SUB 1000MCG	VITAMIN B-12
MULTIVITAMIN PREPARATIONS (مُستحضرات الفيتامينات المتعددة)			
AR PA required > 2; 90-day supply available	Generic	DRO 0.25MG	ACD/FLUORIDE
ST required with cystic fibrosis meds	Brand	CHEWABLE	ADEK GUMMIES PLUS ZINC
	Generic	TAB	B COMPLEX WITH VITAMIN C
	Generic	TAB	B COMPLEX W/C & FOLIC ACID
	Brand	TAB	BIOTIN FORTE
AR PA required > 2	Generic	SOL TRI-VITE	BPROTECTED
90-day supply available	Generic	SOFT CHEW	CALCIUM
AR PA required >50; covered for females only; 90-day supply available	Brand	TAB	CALNA
AR PA required >50; covered for females only; 90-day supply available	Generic	MIS DHA	CAVAN-EC SOD

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	PAK PRENATAL	CENTRUM SPEC
90-day supply available	Generic	CHW	CHEW CALCIUM
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB 28-0.8MG	CL PRENATAL
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	MIS DHA	COMP PRNATAL
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	MIS +DHA	COMPL PRENAT
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	CHW	COMPLETENATE
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB 29-1MG	CO-NATAL FA
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	CAP	CONCEPT OB
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB 28-0.8MG	CVS PRENATAL

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
day supply available			
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB	CVS PRENATAL
	Generic	TAB FORMULA	CVS STRESS
	Generic	TAB COMPLX/C	CVS SUPER B
ST required with cystic fibrosis drugs	Brand	LIQ	DEKAS PLUS
ST required with cystic fibrosis drugs	Brand	CAP	DEKAS PLUS
ST required with cystic fibrosis drugs	Brand	CAP ESSENTIAL	DEKAS PLUS
ST required with cystic fibrosis drugs	Brand	LIQ ESSENTIAL	DEKAS
ST required with cystic fibrosis drugs	Brand	CAP OCEAN	DEKAS PLUS
ST required with cystic fibrosis drugs	Brand	CHW	DEKAS PLUS
ST required with cystic fibrosis drugs	Brand	CHW TAB	DEKAS BARIATRIC
	Generic	TAB 800	DIALYVITE
	Generic	TAB	DIALYVITE
	Brand	TAB ZINC	DIALYVITE/
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB	ELITE-OB
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	MIS EXPECTA	ENFAMIL
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB FORMULA	EQL PRENATAL

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	MIS	FOCALGIN CA
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	CAP OMEGA 3	FOLCAPS
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	CAP	FOLIVANE-OB
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	CAP DHA NF	FOLIVANE-PRX
	Generic	TAB B/ VIT C	FULL SPECT
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	PAK DHA	GESTICARE
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB 28-0.8MG	GNP PRENATAL
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB 28-0.8MG	GOODSENSE
	Generic	TAB WITH C	HM B COMPLEX
AR PA required >50; covered for females only; 90-	Brand	TAB	HM PRENATAL

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
day supply available			
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB	INATAL ADV
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB	INATAL GT
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB	INATAL ULTRA
PA	Both		*INFANT FOODS LIQUID**
PA	Brand		*INFANT FOODS POWDER**
	Generic	TAB	KP B COMPLEX
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB MULTIVIT	KP PRENATAL
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB	KPN PRENATAL
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB	MISSION PREN
AR PA required >50; covered for females only; 90-	Generic	TAB HP	MISSION PREN

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
day supply available			
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB	MULTI PRENAT
AR PA required > 12; 90-day supply available	Generic	DRO /FL 0.25	MULTI-VIT/FL
AR PA required > 12; 90-day supply available	Generic	DRO 0.25MG	MULTI-VIT/FL
AR PA required > 12; 90-day supply available	Generic	DRO 0.5MG/ML	MULTI-VIT/FL
	Generic	CHEW TAB 0.5MG	MULTI-VIT/FL
AR Covered for members 18 and younger; 90-day supply available	Generic	CHEW TAB 0.25MG	MULTI-VIT/FL
AR Covered for members 18 and younger; 90-day supply available	Generic	CHEW TAB 1MG	MULTI-VIT/FL
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB 27-1MG	M-VIT
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	CAP	MYNATAL
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB	MYNATAL

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB ADVANCE	MYNATAL
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB	MYNATAL PLUS
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB	MYNATAL-Z
	Generic	CAP	MYNEPHROCAPS
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB 29-1MG	NATAL-V RX
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	PAK	NATALVIRT CA
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB 75-1MG	NATALVIT
	Brand	TAB	NEPHPLEX RX
	Generic	TAB 1MG	NEPHRONEX
	Brand	TAB	NEPHRO-VITE
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB	NIVA-PLUS

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
AR PA required > 2	Generic	DRO 10MG/ML	NOVAFERRUM
AR PA required >50; covered for females only; 90-day supply available	Brand	TAB	OB COMPLETE
AR PA required >50; covered for females only; 90-day supply available	Generic	CAP 27-1MG	OB-NATAL ONE
AR PA required >50; covered for females only; 90-day supply available	Brand	TAB PRENATAL	O-CAL
AR PA required >50; covered for females only; 90-day supply available	Brand	TAB	O-CAL FA
AR PA required >50; covered for females only; 90-day supply available	Brand	TAB	ONE A DAY MIS PRENATAL
AR Age > 18 not covered	Generic	CHEW TAB	PED MULT VIT W/C &FA
AR PA required >50; covered for females only; 90-day supply available	Brand	TAB DOC/FA	PNV FE FUM
AR PA required >50; covered for females only; 90-day supply available	Brand	TAB + IRON	PNV FOLIC AC
AR PA required >50; covered for	Brand	PAK	PNV OB+DHA

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
females only; 90-day supply available			
AR PA required >50; covered for females only; 90-day supply available	Brand	TAB PLUS	PNV PRENATAL
AR PA required >50; covered for females only; 90-day supply available	Brand	TAB 29-1MG	PNV TABS
AR PA required >50; covered for females only; 90-day supply available	Generic	CAP	PNV-DHA
AR PA required >50; covered for females only; 90-day supply available	Brand	TAB	PNV-SELECT
AR PA required >50; covered for females only; 90-day supply available	Brand	CAP 106.5-1	PNV-VP-U
AR PA required > 12	Brand	DRO	POLY-VI-SOL
AR PA required > 12	Brand	DRO/IRON	POLY-VI-SOL
AR PA required > 12	Generic	DRO	POLY-VITA
AR PA required > 12	Generic	DRO/IRON	POLY-VITA
AR PA required > 12	Generic	DRO	POLYVITAMIN
AR PA required > 12	Generic	DRO/IRON	POLYVITAMIN
AR PA required > 12	Generic	DRO	POLY-VITE
AR PA required > 12	Generic	SOL/IRON	POLY-VITE
AR PA required >50; covered for females only; 90-	Brand	CAP	PERRY PRENATAL

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
day supply available			
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	PAK DHA	PRENAISSANCE
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	PAK PROMISE	PRENAISSANCE
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB	PRENAPLUS
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB 27-1MG	PRENAT PLUS
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB	PRENATABS FA
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB	PRENATABS RX
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	GUMMIES	PRENATAL CHW
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB	PRENATAL

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
day supply available			
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB FORTE	PRENATAL
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB VITAMINS	PRENATAL
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB PLUS FE	PRENATAL
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	CAP	PRENATAL COMPLETE
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB COMPLETE	PRENATAL
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB 27-0.8MG	PRENATAL
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB LOW IRON	PRENATAL
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB 27-1MG	PRENATAL

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)
PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
day supply available			
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB PLUS	PRENATAL
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB 28-0.8MG	PRENATAL
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB FORMULA	PRENATAL
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB PLUS DHA	PRENATAL
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	CAP	PRENATAL 1
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	CHW 29-1MG	PRENATAL 19
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	CHW TAB	PRENATAL 19
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB 29-1MG	PRENATAL 19

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)
PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
day supply available			
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB	PRENATAL AD
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB A-FREE	PRENATAL FRM
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	MIS + DHA	PRENATAL MV
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB 28-0.8MG	PRENATAL VIT
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB	PRENATAL/FE
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	MIS	PRENATAL+DHA
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	MIS WOMENS	PRENATAL+DHA
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB 29-1MG	PRENATAL+FE

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)
PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
day supply available			
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	CAP 106.5-1	PRENATAL-U
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	CAP + DHA	PRENATL MULT
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB 27-1MG	PREPLUS
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB 29-1MG	PRETAB
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB MULTIVIT	PX PRENATAL
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB 28-0.8MG	QC PRENATAL
AR PA required > 12	Generic	DRO 0.25MG	QUFLORA PED
AR PA required > 12	Generic	DRO 0.5MG/ML	QUFLORA PED
90-day supply available	Generic	CHW CARAMEL	RA CALCIUM
90-day supply available	Generic	CHW MLK CHOC	RA CALCIUM
AR PA required >50; covered for females only; 90-	Brand	TAB FORMULA	RA PRENATAL

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
day supply available			
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB 28-0.8MG	RA PRENATAL
	Generic	CAP SOFTGEL	RENAL
	Generic	TAB MULTIVIT	RENAL
	Generic	CAP	RENALPREN
	Generic	TAB	RENA-VITE
	Generic	TAB	RENA-VITE RX
	Generic	CAP	RENO
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	CAP	RULAVITE DHA
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	CAP	SE-TAN DHA
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	PAK EARLY SH	SIMILAC PREN
90-day supply available	Generic	CHW	SM CALCIUM
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB VITAMINS	SM PRENATAL
	Generic	TAB B-COMPLE	STRESS 500
	Generic	TAB	STRESS FORM

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	CAP	STUART ONE
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB	STUART PREN
	Generic	TAB VIT C/FA	SUPER B-COMP
	Generic	TAB /VIT C	SUPER B-COMP
	Generic	TAB	SUPERPLEX-T
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB VITAMINS	TH PRENATAL
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB	THRIVITE 19
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB 29-1MG	THRIVITE RX
	Generic	TAB	TOTAL B/C
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB	TRIADVANCE
AR PA required >50; covered for females only; 90-	Generic	TAB PRENATAL	TRICARE

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
day supply available			
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB ULTRA	TRINATAL
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB	TRINATAL GT
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB 1	TRINATAL RX
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB	TRINATE
	Generic	CAP	TRIPHROCAPS
AR PA required > 12	Brand	SOL	TRI-VI-SOL
AR PA required > 12	Generic	DRO 0.25MG	TRI-VIT/FL
AR PA required > 12	Generic	DRO 0.5MG	TRI-VIT/FL
AR PA required > 12	Generic	DRO 0.25MG	TRI-VIT/FLUO
AR PA required > 12	Generic	DRO 0.5MG	TRI-VIT/FLUO
AR PA required > 12	Generic	SOL	TRI-VITA
AR PA required > 12	Generic	DRO 0.25MG	TRI-VITA/FL
AR PA required > 12	Generic	DRO	TRI-VITAMIN
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	CAP ONE	ULTIMATECARE
AR PA required >50; covered for females only; 90-	Generic	TAB	ULTRA TABS

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
day supply available			
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB	VENATAL-FA
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB	VINATE AZ EX
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB	VINATE CAL
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB	VINATE GT
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	CAP	VINATE IC
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB	VINATE II
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB	VINATE ONE
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Generic	TAB	VINATE ULTRA

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)
PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
day supply available			
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB	VIRT NATE
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB 28-1MG	VIRT NATE
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB 90-1MG	VIRT-ADVANCE
	Generic	CAP	VIRT-CAPS
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	CAP ONE	VIRT-CARE
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB	VIRT-PN
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	CAP	VIRT-PN DHA
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB 90-1MG	VIRT-VITE GT
	Generic	TAB	VITA-BEE/C

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Generic	TAB	VOL-CARE RX
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB	VOL-NATE
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB	VOL-PLUS
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	TAB	VOL-TAB RX
AR PA required >50; covered for females only; 90- day supply available	Brand	PAK PLUS	VP-ERA OB
	Generic	TAB	VP-VITE RX
FLUORIDE (فلورايد)			
AR > 21 not covered	Generic	GEL 1.1%	CAVAREST
AR > 21 not covered	Generic	CRE 1.1%	CONTROLRX
AR > 21 not covered	Generic	CRE PLUS	DENTA 5000
AR > 21 not covered	Generic	CRE PLUS 2PK	DENTA 5000
AR > 21 not covered	Generic	GEL 1.1%	DENTAGEL
AR > 18 not covered; 90-day supply available	Generic	DRO 0.125MG	FLUOR-A-DAY
AR > 18 not covered; 90-day supply available	Brand	CHW 0.25MG F	FLUOR-A-DAY

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
AR > 18 not covered; 90-day supply available	Brand	CHW 0.5MG F	FLUOR-A-DAY
AR > 18 not covered; 90-day supply available	Brand	CHW 1MG F	FLUOR-A-DAY
AR > 18 not covered; 90-day supply available	Generic	CHW 0.25MG F	FLUORIDE
AR > 18 not covered; 90-day supply available	Generic	CHW 0.5MG F	FLUORIDE
AR > 18 not covered; 90-day supply available	Generic	CHW 1MG F	FLUORIDE
AR > 21 not covered	Generic	PST 1.1%	FLUORIDEX
AR > 18 not covered; 90-day supply available	Generic	CHW 0.25MG F	FLUORITAB
AR > 18 not covered; 90-day supply available	Generic	CHW 0.5MG F	FLUORITAB
AR > 18 not covered; 90-day supply available	Generic	CHW 1MG F	FLUORITAB
AR > 18 not covered; 90-day supply available	Generic	CHW 2.2MG	FLUORITAB
AR > 18 not covered; 90-day supply available	Generic	DRO 0.125MG	FLUORITAB
AR > 18 not covered; 90-day supply available	Generic	DRO 0.125MG	FLURA-DROPS
AR > 18 not covered; 90-day supply available	Generic	DRO 0.125MG	KARIDIUM
AR > 21 not covered	Generic	GEL 1.1%	KARIGEL-N

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
AR > 18 not covered; 90-day supply available	Generic	CHW 0.25MG F	LUDENT
AR > 18 not covered; 90-day supply available	Generic	CHW 0.5MG F	LUDENT
AR > 18 not covered; 90-day supply available	Generic	CHW 1MG F	LUDENT
AR > 18 not covered; 90-day supply available	Generic	CHW 1MG F	NAFRINSE
AR > 18 not covered; 90-day supply available	Generic	DRO 0.125MG	NAFRINSE
AR > 21 not covered	Generic	GEL 1.1%	NEUTRAGARD
AR > 21 not covered	Generic	GEL 1.1%	PHOS-FLUR
AR > 21 not covered	Generic	GEL 1.1%	SF
AR > 21 not covered	Generic	CRE 1.1%	SF 5000 PLUS
AR > 18 not covered; 90-day supply available	Generic	CHW 0.25MG F	SOD FLUORIDE
AR > 18 not covered; 90-day supply available	Generic	CHW 0.5MG F	SOD FLUORIDE
AR > 18 not covered; 90-day supply available	Generic	CHW 1.1MG	SOD FLUORIDE
AR > 18 not covered; 90-day supply available	Generic	CHW 1MG F	SOD FLUORIDE
AR > 18 not covered; 90-day supply available	Generic	CHW 2.2MG	SOD FLUORIDE
AR > 18 not covered; 90-day supply available	Generic	DRO 0.5MG/ML	SOD FLUORIDE

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
AR > 21 not covered	Generic	PST 1.1%	SOD FLUORIDE
REPLACEMENT PREPARATIONS (مُسْتَحْضَرَات التَّعْوِيزِ)			
90-day supply available	Generic	CHW 500MG	CALCIUM CARBONATE
90-day supply available	Generic	CHW 600-400	CALCIUM CARBONATE
90-day supply available	Generic	CHEW TAB 500MG-100	CALCIUM W/VIT D & POTASSIUM
90-day supply available	Generic	TAB	CALCIUM/PLUS D
90-day supply available	Generic	TAB	CALCIUM CITRATE
90-day supply available	Generic	TAB 600MG-200	CALCIUM W/VIT D
90-day supply available	Generic	TAB	CALCIUM CITRATE PLUS VIT D
90-day supply available	Generic	TAB	CALCIUM PLUS D/ MINERALS
90-day supply available	Generic	TAB	CALCIUM PLUS D3
90-day supply available	Generic	CHEW TAB	CALCIUM CARBONATE
90-day supply available	Generic	TAB	CALCIUM CARBONATE
90-day supply available	Generic	TAB	CALCIUM CITRATE PLUS VITAMIN D
	Brand	LIQ	CERALYTE 70
	Brand	SOL	CERASPORT
	Brand	SOL EX1	CERASPORT
90-day supply available	Generic	TAB 200-250	CIT CALC/D
90-day supply available	Generic	TAB 315-250	CIT CALC/D
	Generic	INJ 0.45%	D5W/NACL
	Generic	INJ 0.9%	D5W/NACL
	Generic	TAB 25MEQ EF	EFFER-K
	Brand	SOL	ENFALYTE
	Brand	SOL ENFALYTE	ENFAMIL
	Generic	INJ 0.9%	FLUSH SYRING

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Generic	SOL REPLENSH	GERBER
90-day supply available	Generic	TAB 500/D	GNP CALCIUM
	Generic	TAB 25MEQ EF	K-EFFERVESCE
90-day supply available	Generic	TAB 10MEQ ER	KLOR-CON 10
90-day supply available	Generic	TAB 8MEQ ER	KLOR-CON 8
90-day supply available	Generic	TAB 10MEQ ER	KLOR-CON M10
90-day supply available	Generic	TAB 20MEQ ER	KLOR-CON M20
90-day supply available	Generic	CAP 8MEQ	KLOR-CON SPR
90-day supply available	Generic	CAP 10MEQ	KLOR-CON SPR
	Generic	TAB 25MEQ EF	KLOR-CON/EF
	Generic	TAB 25MEQ FR	KLOR-CON/EF
90-day supply available	Generic	TAB 600+D	KP CALCIUM
	Brand	TAB	K-PHOS
	Generic	TAB 25MEQ EF	K-PRIME
	Generic	SOL 10%	K-SOL
	Generic	SOL 20%	K-SOL
	Generic	POW 20MEQ	K-VESCENT
90-day supply available	Generic	CAP 600MG	LIQ CA/VIT D
	Generic	DR TAB 70-117MG	MAG CL/CA CARBONATE (Slow mag)
	Generic	TAB 64MG	MAG 64
	Generic	TAB 400MG	MAG OXIDE
	Generic	TAB 500MG	MAG OXIDE
	Generic	SOL	NATURALYTE
	Generic	INJ IV FLUSH	NORML SALINE
	Generic	SOL H-E-B	ORAL ELECTRO
	Generic	SOL	ORALYTE
90-day supply available	Generic	CHW 500-600	OS-CAL
90-day supply available	Generic	500 CHW	OS-CAL

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
90-day supply available	Generic	TAB 500/200 D-3	OSCAL
90-day supply available	Generic	TAB 500MG	OYS SHELL CA
90-day supply available	Generic	TAB 250-125	OYS SHELL+D
90-day supply available	Generic	CHW 500-400	OYS SHELL+D
90-day supply available	Generic	500 + D CHW	OYSCO
90-day supply available	Generic	TAB 250MG	OYST CAL/D
90-day supply available	Generic	TAB 500MG	OYST CAL/D
90-day supply available	Generic	TAB 250MG	OYST SHELL/D
90-day supply available	Generic	TAB 500MG	OYST SHELL/D
90-day supply available	Generic	TAB 500-200	OYST SHELL/D
90-day supply available	Generic	TAB 600MG	OYST SHELL/D
90-day supply available	Generic	TAB 500-125	OYST SHELL/D
90-day supply available	Generic	TAB 500-400	OYST SHELL/D
	Brand	SOL	PEDIALYTE
	Generic	TAB NEUTRAL	PHOSPHA 250
	Generic	INJ 2MEQ/ML	POT ACETATE
	Generic	INJ 4MEQ/ML	POT ACETATE
90-day supply available	Generic	CAP 8MEQ ER	POT CHLORIDE
90-day supply available	Generic	CAP 10MEQ ER	POT CHLORIDE
90-day supply available	Generic	TAB 8MEQ ER	POT CHLORIDE
90-day supply available	Generic	TAB 8MEQ SR	POT CHLORIDE
90-day supply available	Generic	TAB 10MEQ ER	POT CHLORIDE

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
90-day supply available	Generic	TAB 10MEQ CR	POT CHLORIDE
90-day supply available	Generic	TAB 20MEQ ER	POT CHLORIDE
	Generic	INJ 2MEQ/ML	POT CHLORIDE
	Generic	INJ 10MEQ	POT CHLORIDE
	Generic	INJ 20MEQ	POT CHLORIDE
	Generic	INJ 40MEQ	POT CHLORIDE
	Generic	SOL 10% SF	POT CHLORIDE
	Generic	SOL 10%	POT CHLORIDE
	Generic	SOL 20% SF	POT CHLORIDE
	Generic	SOL 20%	POT CHLORIDE
	Generic	TAB 25MEQ EF	POT CHLORIDE
	Generic	TAB 10MEQ ER	POT CL MICRO
	Generic	TAB 10MEQ CR	POT CL MICRO
	Generic	TAB 20MEQ ER	POT CL MICRO
	Generic	TAB 2MEQ	POT GLUCONAT
	Generic	TAB 550MG	POT GLUCONAT
	Generic	TAB 2.5MEQ	POT GLUCONAT
	Generic	TAB 99MG	POT GLUCONAT
	Generic	TAB 595MG	POT GLUCONAT
	Generic	TAB 99MG	POTASSIUM
	Generic	INJ 0.9%	SALINE FLUSH
	Generic	INJ ZR 0.9%	SALINE FLUSH
	Generic	INJ 0.45%	SOD CHLORIDE
	Generic	INJ 0.9%	SOD CHLORIDE
	Generic	INJ 3%	SOD CHLORIDE
	Generic	INJ 5%	SOD CHLORIDE
	Generic	INJ 23.4%	SOD CHLORIDE
	Generic	INJ 4MEQ/ML	SOD CHLORIDE
	Generic	INJ 2.5/ML	SOD CHLORIDE
90-day supply available	Generic	TAB 600-400	TH CALCIUM/D
	Generic	TAB 250 NEUT	VIRT-PHOS
CALORIC AGENTS (مواد السعرات الحرارية)			
(most nutritional supplements covered with prior authorization required; not all products listed) (معظم المكملات الغذائية مشمولة بعد الحصول على موافقة مسبقة لها؛ لا تشمل القائمة جميع المنتجات)			
PA			BOOST
PA		LIQ 100%	DOJOLVI

QL: Quantity Limit (حدّ الكمية) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
PA			ENSURE
PA			GLUCERNA
PA			PEDIASURE
	Generic	INJ 5%	DEXTROSE
	Generic	INJ 5% PGBK	DEXTROSE
	Generic	INJ 10%	DEXTROSE
	Generic	INJ 20%	DEXTROSE
	Generic	INJ 25%	DEXTROSE
	Generic	INJ 30%	DEXTROSE
	Generic	INJ 40%	DEXTROSE
	Generic	INJ 50%	DEXTROSE
	Generic	INJ 70%	DEXTROSE

HEMATOLOGICAL AGENTS (مواد علاج الاضطرابات الدموية)

HEMATOPOIETIC AGENTS (مواد علاج مُحفزة لإنتاج الدم)

PA QL 0.04 per day	Brand	INJ 200/1.2	ANDEMBRY
PA	Brand	INJ 62MG	APHEXDA
PA QL 2 per day	Brand	TAB 100MG	AQVESME
PA	Brand	INJ 25MCG	ARANESP
PA	Brand	INJ 40MCG	ARANESP
PA	Brand	INJ 60MCG	ARANESP
PA	Brand	INJ 100MCG	ARANESP
PA	Brand	INJ 150MCG	ARANESP
PA	Brand	INJ 200MCG	ARANESP
PA	Brand	INJ 300MCG	ARANESP
PA	Brand	INJ 10MCG	ARANESP
PA	Brand	INJ 500MCG	ARANESP
PA QL 1 per day	Brand	KIT 11MG	CABLIVI
PA QL 0.03 per day	Brand	INJ 80 MG/0.8ML	DAWNZERA
PA QL 1 per day	Brand	CAP 10MG	DOPTELET SPR
PA QL 2 tabs per day	Brand	TAB 20MG	DOPTELET
PA QL 1 per day	Generic	TAB 12.5MG	ELTROMBOPAG OLAMINE (Promacta)
PA QL 1 per day	Generic	TAB 25MG	ELTROMBOPAG OLAMINE (Promacta)
PA QL 3 per day	Generic	PAK 25MG	ELTROMBOPAG OLAMINE (Promacta)
PA QL 1 per day	Generic	TAB 50MG	ELTROMBOPAG OLAMINE (Promacta)
PA QL 2 per day	Generic	TAB 75MG	ELTROMBOPAG OLAMINE (Promacta)
PA QL 1 per day	Generic	POW 12.5MG	ELTROMBOPAG OLAMINE (Promacta)

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
PA QL 0.6ml per fill	Brand	INJ 6MG/0.6	FYLNETRA
PA	Generic	INJ 30MG/3ML	ICATIBANT ACETATE
PA	Brand	INJ 300MCG	NIVESTYM (NEUPOGEN BIOSIMILAR)
PA	Brand	INJ 480MCG	NIVESTYM (NEUPOGEN BIOSIMILAR)
PA	Brand	INJ 300MCG/0.5ML	NIVESTYM (NEUPOGEN BIOSIMILAR)
PA	Brand	INJ 480MCG/0.8ML	NIVESTYM (NEUPOGEN BIOSIMILAR)
QL 1 tab per day; 90-day supply available	Generic	TAB 5MG	PRASUGREL
QL 1 tab per day; 90-day supply available	Generic	TAB 10MG	PRASUGREL
PA	Brand	INJ 2000 UNIT/ML	RETACRIT (PROCRIT/EPOGEN BIOSIMILAR)
PA	Brand	INJ 3000 UNIT/ML	RETACRIT (PROCRIT/EPOGEN BIOSIMILAR)
PA	Brand	INJ 4000 UNIT/ML	RETACRIT (PROCRIT/EPOGEN BIOSIMILAR)
PA	Brand	INJ 10000 UNIT/ML	RETACRIT (PROCRIT/EPOGEN BIOSIMILAR)
PA	Brand	INJ 20000 UNIT/ML	RETACRIT (PROCRIT/EPOGEN BIOSIMILAR)
PA	Brand	INJ 40000 UNIT/ML	RETACRIT (PROCRIT/EPOGEN BIOSIMILAR)
PA QL 2 per day	Brand	TAB 100MG	TAVALISSE
PA QL 2 per day	Brand	TAB 150MG	TAVALISSE
PA QL 2 per day	Brand	TAB 400MG	WAYRILZ
AR covered for members 12 and younger	Brand	SOL 100MG/ML	XROMI
IRON CHELATING AGENTS (مواد علاج استخلاص الحديد)			
PA	Generic	TAB 90MG	DEFERASIROX
PA	Generic	TAB 180MG	DEFERASIROX
PA	Generic	TAB 360MG	DEFERASIROX
PA	Generic	TAB 125MG	DEFERASIROX (GENERIC EXJADE)
PA	Generic	TAB 250MG	DEFERASIROX (GENERIC EXJADE)
PA	Generic	TAB 500MG	DEFERASIROX (GENERIC EXJADE)
IRON PREPARATIONS (مُستحضرات الحديد)			
	Generic	CAP 28MG	EASY IRON
90-day supply available	Generic	TAB 325MG EC	FE TABS
90-day supply available	Generic	TAB 65MG	FEOSOL

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
90-day supply available	Generic	TAB 27MG	FERATE
90-day supply available	Generic	TAB 27MG	FERGON
90-day supply available	Generic	DRO 15MG/ML	FER-IRON
90-day supply available	Generic	ELX 220/5ML	FEROSUL
90-day supply available	Generic	CAP 150MG	FERREX 150
90-day supply available	Generic	CAP 150MG	FERRIC X-150
90-day supply available	Generic	TAB	FERROTABS
90-day supply available	Generic	DRO 15MG/ML	FERROUS
90-day supply available	Generic	TAB 240MG	FERROUS GLUCONATE
90-day supply available	Generic	TAB 324MG	FERROUS GLUCONATE
90-day supply available	Generic	LIQ 220/5ML	FERROUS SULFATE
90-day supply available	Generic	TAB 325MG	FERROUS SULFATE
90-day supply available	Generic	TAB 325MG FC	FERROUS SULFATE
90-day supply available	Generic	TAB 5GR	FERROUS SULFATE
90-day supply available	Generic	TAB 324MG EC	FERROUS SULFATE
90-day supply available	Generic	TAB 325MG EC	FERROUS SULFATE
90-day supply available	Generic	ELX 220/5ML	FERROUS SULFATE
90-day supply available	Generic	DRO 15MG/ML	FERROUS SULFATE
90-day supply available	Generic	TAB 65MG	IRON
90-day supply available	Generic	TAB 325MG	IRON

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
90-day supply available	Generic	TAB 27MG	IRON
90-day supply available	Generic	TAB THERAPY	IRON SUPPLEM
90-day supply available	Generic	DRO 15MG/ML	IRON SUPPLMT
90-day supply available	Generic	TAB 200MG	IRON THERAPY
90-day supply available	Generic	CAP 150MG	MYFERON 150
	Brand	TAB	NEPHRON FA
90-day supply available	Generic	CAP 150MG	NU-IRON 150
90-day supply available	Generic	DRO 15MG/ML	PEDIA IRON
90-day supply available	Generic	CAP 150MG	POLY-IRON
90-day supply available	Generic	TAB 160MG CR	SLOW IRON
90-day supply available	Brand	TAB 143MG CR	SLOW REL FE
90-day supply available	Generic	TAB 160MG CR	SLOW REL FE
90-day supply available	Generic	TAB 143MG	SLOW RELEASE
90-day supply available	Generic	TAB 47.5MG	SLOW RELEASE
90-day supply available	Generic	TAB 325MG	SM IRON
90-day supply available	Generic	TAB 160MG CR	SM IRON SLOW
90-day supply available	Generic	TAB 65MG	TH IRON
ANTICOAGULANTS (مُضَادَاتِ التَخَثُّر)			
	Brand	TAB 1MG	COUMADIN
	Brand	TAB 2MG	COUMADIN
	Brand	TAB 2.5MG	COUMADIN
	Brand	TAB 3MG	COUMADIN
	Brand	TAB 4MG	COUMADIN
	Brand	TAB 5MG	COUMADIN

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسَبِّقَة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Brand	TAB 6MG	COUMADIN
	Brand	TAB 7.5MG	COUMADIN
	Brand	TAB 10MG	COUMADIN
	Brand	INJ 5 MG	COUMADIN
QL 2 per day	Brand	CAP 75MG	DABIGATRAN
QL 2 per day	Brand	CAP 150MG	DABIGATRAN
AR <12 years QL 6 per day	Brand	TAB 1.5MG	ELIQUIS
AR <12 years QL 6 per day	Brand	TAB 2MG	ELIQUIS
QL 2 per day	Brand	TAB 2.5MG	ELIQUIS
QL 74 per 30 days	Brand	TAB 5MG	ELIQUIS
QL 2 per day	Generic	INJ 30/0.3ML	ENOXAPARIN
QL 2 per day	Generic	INJ 40/0.4ML	ENOXAPARIN
QL 2 per day	Generic	INJ 60/0.6ML	ENOXAPARIN
QL 2 per day	Generic	INJ 80/0.8ML	ENOXAPARIN
QL 2 per day	Generic	INJ 100MG/ML	ENOXAPARIN
QL 2 per day	Generic	INJ 120/0.8	ENOXAPARIN
QL 2 per day	Generic	INJ 150MG/ML	ENOXAPARIN
QL 2 per day	Generic	INJ 300/3ML	ENOXAPARIN
QL 0.5mls per day	Generic	INJ 2.5/0.5	FONDAPARINUX
QL 0.4mls per day	Generic	INJ 5/0.4ML	FONDAPARINUX
QL 0.6mls per day	Generic	INJ 7.5/0.6	FONDAPARINUX
QL 0.8mls per day	Generic	INJ 10/0.8ML	FONDAPARINUX
QL 10mls per 30 days	Brand	INJ 10000/ML	FRAGMIN
QL 2mls per 30 days	Brand	INJ 2500/0.2	FRAGMIN
QL 40mls per 30 days	Brand	INJ 2500 UNIT/ML	FRAGMIN
QL 2mls per 30 days	Brand	INJ 5000/0.2	FRAGMIN
QL 3mls per 30 days	Brand	INJ 7500/0.3	FRAGMIN
QL 5mls per 30 days	Brand	INJ 12500UNT	FRAGMIN
QL 6mls per 30 days	Brand	INJ 15000UNT	FRAGMIN
QL 7.2mls per 30 days	Brand	INJ 18000UNT	FRAGMIN

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
QL 10mls per 30 days	Brand	INJ 25000/ML	FRAGMIN
	Brand	INJ 95000UNT	FRAGMIN
	Generic	INJ 1000/ML	HEPARIN SOD
	Generic	INJ 5000/ML	HEPARIN SOD
	Generic	PFS 5000/ML	HEPARIN SOD (Prefilled Syringe)
	Generic	INJ 5000/0.5	HEPARIN SOD
	Generic	INJ 10000/ML	HEPARIN SOD
	Generic	INJ 20000/ML	HEPARIN SOD
	Generic	TAB 1MG	JANTOVEN
	Generic	TAB 2MG	JANTOVEN
	Generic	TAB 2.5MG	JANTOVEN
	Generic	TAB 3MG	JANTOVEN
	Generic	TAB 4MG	JANTOVEN
	Generic	TAB 5MG	JANTOVEN
	Generic	TAB 6MG	JANTOVEN
	Generic	TAB 7.5MG	JANTOVEN
	Generic	TAB 10MG	JANTOVEN
QL 2 per day	Brand	CAP 75MG	PRADAXA
QL 2 per day; #70 per 180 days	Brand	CAP 110MG	PRADAXA
	Generic	TAB 1MG	WARFARIN
	Generic	TAB 2MG	WARFARIN
	Generic	TAB 2.5MG	WARFARIN
	Generic	TAB 3MG	WARFARIN
	Generic	TAB 4MG	WARFARIN
	Generic	TAB 5MG	WARFARIN
	Generic	TAB 6MG	WARFARIN
	Generic	TAB 7.5MG	WARFARIN
	Generic	SOD TAB 10MG	WARFARIN
	Generic	TAB 10MG	WARFARIN
QL 1 per day	Brand	TAB 10MG	XARELTO
QL 1 per day	Brand	TAB 20MG	XARELTO
QL 42 per 30 days	Brand	TAB 15MG	XARELTO
QL 1 per 365 days	Brand	TAB 15/20MG	XARELTO STAR
HEMOSTATICS (مُرَقِّنَات الدَّم)			
PA QL 0.15ml per day	Brand	INJ 150MG/ML	HYMPAVZI

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
QL 30 per 21 days	Generic	TAB 650MG	TRANEXAMIC ACID
HEMORRHOLOGIC AGENTS (مواد علاج سيولة الدم)			
	Generic	TAB 400MG ER	PENTOXIFYLLI
PLATELET-ACTING AGENTS (مواد علاج مؤثرة على الصفائح الدموية)			
	Brand	CAP 25-200MG	AGGRENOX
	Generic	CAP 0.5MG	ANAGRELIDE
	Generic	CAP 1MG	ANAGRELIDE
	Generic	CAP 25-200MG	ASA/DIPYRIDA
90-day supply available	Generic	TAB 50MG	CILOSTAZOL
90-day supply available	Generic	TAB 100MG	CILOSTAZOL
90-day supply available	Generic	TAB 75MG	CLOPIDOGREL
	Generic	TAB 250MG	TICLOPIDINE
TOPICAL PRODUCTS (المنتجات الموضعية)			
ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS (EENT) (ناهضات مُستقبّلات ألفا الأدرينالية - العين والأذن والأنف والحنجرة)			
	Generic	SOL 0.1%	BRIMONIDINE
	Generic	SOL 0.15%	BRIMONIDINE
	Generic	SOL 0.2% OP	BRIMONIDINE
ANTIBACTERIALS (EENT) (مُضادّات البكتيريا - العين والأذن والأنف والحنجرة)			
	Generic	OIN OP	AK-POLY-BAC
	Generic	OIN OP	BACIT/POLYMY
	Generic	OIN OP	BACITRACIN
	Brand	OIN 0.3% OP	CILOXAN
	Generic	SOL 0.3% OP	CIPROFLOXACIN
	Generic	OTIC SOL 0.2%	CIPROFLOXACIN
	Generic	OIN 5MG/GM	ERYTHROMYCIN
	Generic	OIN OP	ERYTHROMYCIN
	Generic	SOL 2%	ERYTHROMYCIN
	Generic	OIN 0.3% OP	GARAMYCIN
	Generic	SOL 0.5%	GATIFLOXACIN
	Generic	OIN 0.3% OP	GENTAK
	Generic	SOL 0.3% OP	GENTAMICIN
	Generic	OIN 0.3% OP	GENTAMICIN
	Generic	OIN OP	ILOTYCIN
	Generic	OIN OP	ILOTYCIN

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Generic	OIN OP	NEO/BAC/POLY
	Generic	SOL OP	NEO/POLY/GRA
	Generic	OIN OP	NEO-POLYCIN
	Generic	DRO 0.3% OP	OFLOXACIN
	Generic	DRO 0.3% OTIC	OFLOXACIN
	Generic	OIN OP	POLYCIN
	Generic	OIN OP	POLYCIN
	Generic	OIN OP	POLYCIN B
	Generic	SOL	POLYMYXIN B/SOL TRIMETHOPRIM SULFATE
	Generic		ROMYCIN
	Generic	SOL 10% OP	SULFACET SOD
	Generic	SOL 0.3% OP	TOBRAMYCIN
	Generic	SOL	TRIMETHOPRIM SOL POLYMYXIN
ANTIVIRALS (EENT) (مُضادات الفيروسات - العين والأذن والأنف والحنجرة)			
	Generic	SOL 1% OP	TRIFLURIDINE
	Brand	GEL 0.15%	ZIRGAN
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS (EENT) (مواد علاج حاصرة لمستقبلات بيتا الأدرينالية - العين والأذن والأنف والحنجرة)			
	Generic	SOL 0.5% OP	BETAXOLOL
	Generic	SOL 0.25% OP	LEVOBUNOLOL
	Generic	SOL 0.5% OP	LEVOBUNOLOL
	Generic	SOL 0.3% OPH	METIPRANOLOL
	Generic	SOL 0.25% OP	TIMOLOL GEL
	Generic	SOL 0.25% OP	TIMOLOL MAL
	Generic	SOL 0.5% OP	TIMOLOL MAL
CORTICOSTEROIDS (EENT) (الكورتيكوستيرويدات - العين والأذن والأنف والحنجرة)			
	Generic	SOL OTIC	ACETASOL HC
	Brand	SUS OP	BLEPHAMIDE
	Brand	OIN S.O.P.	BLEPHAMIDE
	Generic	SUS 32MCG	BUDESONIDE (nasal spray)
PA	Generic	0.3-0.1%	CIPRO/DEXA
	Generic	SOL 0.1% OP	DEXAMETH PHO
	Generic	SUS 0.1% OP	FLUOROMETHOL
	Brand	OIN 0.1% OP	FML
	Brand	SUS 0.25% OP	FML FORTE
	Generic	SOL OTIC	HC/ACET ACID
	Generic	OIN /HC 1%OP	NEO/POLY/BAC
	Generic	SUS 0.1% OP	NEO/POLY/DEX
	Generic	OIN 0.1% OP	NEO/POLY/DEX

QL: Quantity Limit (حدّ الكمية) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Generic	SUS OP	NEO/POLY/HC
	Generic	SUS 1% OTIC	NEO/POLY/HC
	Generic	SOL 1% OTIC	NEO/POLY/HC
	Generic	OIN HC 1%OP	NEO-POLYICIN
	Generic	OIN 0.1% OP	POLY-DEX
	Brand	SUS 0.12% OP	PRED MILD
	Generic	SOL 1% OP	PRED SOD PHO
	Generic	SUS 1% OP	PREDNISOLONE
	Generic	SOL OP	SULF/PRED NA
	Generic	SUS 0.3-0.1%	TOBRA/DEXAME
	Brand	OIN 0.3-0.1%	TOBRADEX
EENT DRUGS, MISCELLANEOUS (أدوية متنوعة للعين والأذن والأنف والحنجرة)			
	Generic	SOL 2% OTIC	ACETIC ACID
	Generic	SOL 0.5% OP	APRACLOINIDIN
	Generic	OPHTH SOLN 0.05%	AZELASTINE HCL
PA	Brand	SOL 2/0.1ML	IZERVAY
	Generic	SOL 0.025%	KETOTIFEN FUM
	Generic	OPHTH SOLN 0.1%	OLOPATADINE HCL
	Generic	OPHTH SOLN 0.2%	OLOPATADINE HCL
	Generic	OPHTH SOLN 0.5%	MOXIFLOXACIN HCL
EENT NONSTEROIDAL ANTI-INFLAM. AGENTS (مواد علاج غير ستيرويدية مضادة للالتهابات العين والأذن والأنف والحنجرة)			
	Generic	SOL 0.1% OP	DICLOFENAC
	Generic	SOL 0.03% OP	FLURBIPROFEN
	Generic	SOL 0.5%	KETOROLAC
MIOTICS (مُضَيِّقات الحدقة)			
	Brand	SOL 0.125%OP	PHOSPHOLINE
	Generic	SOL 1% OP	PILOCARPINE
	Generic	SOL 2% OP	PILOCARPINE
	Generic	SOL 4% OP	PILOCARPINE
MYDRIATICS (مُوسِّعَات الحدقة)			
	Generic	SOL 1% OP	ATROPIN-CARE
	Generic	SOL 1% OP	ATROPINE SUL
	Brand	SOL OP	CYCLOMYDRIL
	Generic	SOL 1% OP	CYCLOPENTOL
	Generic	SOL 2% OP	CYCLOPENTOL
	Generic	SOL 0.5% OP	CYCLOPENTOLATE
	Generic	SOL 5% OP	HOMATROPAIRE

QL: Quantity Limit (حدّ الكمية) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Generic	SOL 5% OP	HOMATROPINE
	Generic	SOL 0.5% OP	MYDRAL
	Generic	SOL 1% OP	MYDRAL
	Generic	SOL 0.5% OP	TROPICAMIDE
	Generic	SOL 1% OP	TROPICAMIDE
PROSTAGLANDIN ANALOGS (نظائر البروستاغلاندين)			
ST (latanoprost)	Generic	OPHTH SOLN 0.03%	BIMATOPROST
	Generic	SOL 0.005%	LATANOPROST
			TRAVOPROST
ST (latanoprost)	Generic	DRO 0.004%	
LOCAL ANESTHETICS (EENT) (التخدير الموضعي - العين والأذن والأنف والحنجرة)			
	Generic	SOL OTIC	ANTIPY/BENZO
	Generic	SOL OTIC	AURODEX
	Generic	SOL 2% VISC	LIDOCAINE
EENT ANTI-INFECTIVES, MISCELLANEOUS (مُضَادَاتُ العدوى متنوعة للعين والأذن والأنف والحنجرة)			
	Generic	SOL 0.12%	CHLORHEX GLU
	Generic	SOL 0.12%	PAROEX
	Generic	SOL 0.12%	PERIOGARD
ANTIBACTERIALS (SKIN & MUCOUS MEMBRANE) (مُضَادَاتُ البكتيريا - للجلد والأغشية المخاطية)			
	Generic	OIN	ANTIBIOTIC
	Brand	OIN PAIN RLF	ANTIBIOTIC
	Generic	OIN	BAC/NEO/POLY
	Generic	OIN 500/GM	BACITR ZINC
QL 60mls per month	Generic	SOL 1%	CLINDAMYCIN
PA and QL 60 grams every 30 days	Generic	GEL 1%	CLINDAMYCIN
QL 1.7 per day	Genic	GEL 1-5%	CLINDAMYCIN PHOSPHATE-BENZOYL PEROXIDE
	Generic	CRE 0.1%	GENTAMICIN
	Generic	OIN 0.1%	GENTAMICIN
	Generic	OIN	LANABIOTIC
QL 3.67 grams per day	Generic	OIN 2%	MUPIROCIN
	Generic	OIN	NEOPORACIN
	Generic	OIN RELF MAX	NEOSPORIN+PN
	Generic	OIN 500/GM	SM FIRST AID

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
M FIRST AID (أدوية الإسعافات الأولية)			
	Generic	GEL 2%	GLYDO
QL 2 grams per day	Generic	CRE 2.5-2.5%	LIDO/PRILOCN
	Generic	GEL 2% JELLY	LIDOCAINE
	Generic	SOL 4%	LIDOCAINE
	Brand	GEL 5%	LIDOCAINE HCL
LOCAL ANTI-INFECTIVES, MISCELLANEOUS (مُضَادَّاتٍ مُنَوَّعة موضعية لعلاج العدوى)			
	Generic	GEL 0.1%	ADAPALENE
	Generic	GEL 0.1-2.5%	ADAPALENE/BP
	Generic	MIS WIPES	ALCOHOL
	Generic	MIS 70%	ALCOHOL WIPE
	Brand	CRE 15%	AVC
	Generic	LIQ 5%	BENZOYL PEROXIDE
	Generic	LIQ 10%	BENZOYL PEROXIDE
	Generic	GEL 5%	BENZOYL PEROXIDE
	Generic	GEL 10%	BENZOYL PEROXIDE
	Generic	LOTION 10%	BENZOYL PEROXIDE
	Generic	LOTION 5%	BENZOYL PEROXIDE
	Brand	GEL 0.1%	DIFFERIN
	Brand	MIS WIPES	RA ALCOHOL
PA Required	Generic	CAP 10MG	ISOTRETINOIN
PA Required	Generic	CAP 20MG	ISOTRETINOIN
PA Required	Generic	CAP 30MG	ISOTRETINOIN
PA Required	Generic	CAP 40MG	ISOTRETINOIN
	Generic	CRE 1%	SILVER SULFA
	Generic	CRE 1%	SSD
	Generic	CRE 1%	THERMAZENE
	Generic	CRE 0.025%	TRETINOIN
SCABICIDES AND PEDICULICIDES (مبيدات الجرب ومبيدات القمل)			
	Generic	CRE 5%	ACTICIN
	Generic	SHA 0.33-4%	LICE KILLING
	Generic	LOT 1%	LICE TREATMENT
	Generic	LIQ 1%	LICE TRTMNT
	Generic	LIQ CRM RNSE	LICE TRTMNT
	Generic	LIQ MAX ST	LICIDE
	Generic	SHA 0.33-4%	LICIDE
	Generic	LOT 1%	LINDANE
	Generic	SHA 1%	LINDANE

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Generic	CRE 5%	PERMETHRIN
	Generic	LOT 1%	PERMETHRIN
	Generic	LIQ MOUSSE	PRONTO PLUS
SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISC. (مواد علاج متنوعة للجلد والأغشية المخاطية)			
PA, QL 2 caps per day	Generic	CAP 10MG	ACITRETIN
PA, QL 2 caps per day	Generic	CAP 17.5MG	ACITRETIN
PA QL 2 caps per day	Generic	CAP 25MG	ACITRETIN
PA QL 4 per 30 days	Brand	INJ 150MG/ML	ADBRY
PA QL 0.143 per day	Brand	INJ 300MG/2ML	ADBRY
PA	Generic	SOL 0.005%	CALCIPOTRIEN
PA	Generic	CRE 0.005%	CALCIPOTRIEN
	Generic	CRE 0.075%	CAPREX +
	Generic	CRE 0.025%	CAPSAICIN
	Generic	CRE 0.1%	CAPSAICIN
	Brand	CRE 0.035%	CAPZASIN-P
PA	Brand	GEL 10%	FILSUVEZ
PA	Generic	DRO 5%	FLUOROURACIL
PA	Generic	SOL 5%	FLUOROURACIL
PA	Generic	CRE 5%	FLUOROURACIL
PA	Brand	GEL 2.5%	HYFTOR
	Generic	CRE 5%	IMIQUIMOD
QL 13 per day	Generic	CREAM 12%	LACTIC ACID (AMMONIUM LACTATE)
QL 13 per day	Generic	LOTION 12%	LACTIC ACID (AMMONIUM LACTATE)
	Generic	SOL 0.5%	PODOFILOX
	Generic	LIQ 3%	PSORIASIN
	Generic	CRE 0.075%	RA ARTH PAIN
PA QL 2g per day	Brand	GEL 0.01%	REGRANEX
PA QL 12 per day	Brand	SOL 1MG/ML	RINVOQ LQ
PA QL 1 per day	Brand	TAB 15MG ER	RINVOQ
PA QL 1 per day	Brand	TAB 30MG ER	RINVOQ
PA QL 1 per day	Brand	TAB 45MG ER	RINVOQ
	Generic	LIQ 3%	SCALPICIN
PA QL 2 syringes per 28 days	Brand	INJ 210/1.5	SILIQ

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
PA 1 kit every 3 months Max 84-day supply per fill	Brand	INJ 150 DOSE	SKYRIZI
PA QL 1 syringe every 3 months Max 84-day supply per fill	Brand	150MG/ML	SKYRIZI (Auto-injector)
PA QL .043 per day; Max 56-day supply per fill	Brand	360MG/2.4ML	SKYRIZI (Cartridge)
PA QL 1 syringe every 3 months Max 84-day supply per fill	Brand	PFS 150MG/ML	SKYRIZI (Prefilled Syringe)
PA QL 0.006 per day; Max 84-day supply per fill	Brand	INJ 45/0.5ML	STARJEMZA
PA QL 0.012 per day; Max 84-day supply per fill	Brand	INJ 90MG/ML	STARJEMZA
QL 3.33g per day	Generic	OINT 0.03%	TACROLIMUS
QL 3.33g per day	Generic	OINT 0.1%	TACROLIMUS
	Generic	CRE 0.075%	THERAGEN HP
PA QL 1 syringe per 2 months; max 56-day supply per fill	Brand	INJ 100MG/ML	TREMFYA (prefilled syringe)
PA QL 1 pen per 2 months; Max 56-day supply per fill	Brand	INJ 100MG/ML	TREMFYA (pen-injector)
	Generic	CRE 0.075%	TRIXAICIN HP
QL 13 per day	Generic	CREAM 20%	UREA
QL 13 per day	Brand	CREAM 39.5%	UREA
QL 13 per day	Generic	CREAM 39%	UREA
QL 13 per day	Generic	CREAM 40%	UREA
QL 13 per day	Generic	LOTION 40%	UREA
PA QL 1 per day	Brand	TAB 11MG	XELJANZ XR
PA QL 1 per day	Brand	TAB 22MG	XELJANZ XR
PA QL 2 per day	Brand	TAB 5MG	XELJANZ
PA QL 2 per day	Brand	TAB 10MG	XELJANZ

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
PA QL 10 per day	Brand	SOL 1MG/ML	XELJANZ
PA QL 1 syringe every 3 months; max 84-day supply per fill.	Brand	INJ 45/0.5ML	YESINTEK
PA QL 1 syringe every 3 months; max 84-day supply per fill.	Brand		YESINTEK
QL 16g per day	Generic	OIN 20%	ZINC OXIDE
TOPICAL CORTICOSTEROIDS (الكورتيكوستيرويدات الموضعية)			
	Generic	LOT 1%	ANTI-ITCH
	Generic	CRE 1%	ANTI-ITCH
	Generic	CRE 0.05%	AUGMENTED BETAMETHASONE
QL 2g per day	Generic	GEL 15%	AZELAIC ACID
	Generic	LOT 0.05%	BETAMETH DIP
	Generic	CRE 0.1%	BETAMETHASONE
	Generic	CRE 0.05%	BETAMETHASONE DIPROPIONATE
	Generic	OINT 0.05%	BETAMETHASONE DIPROPIONATE
	Generic	LOT 1%	CLINDAMYCIN PHOSPHATE
QL 2 per day	Generic	OINT 0.05%	CLOBETASOL
	Generic	CRE 0.05%	CLOBETASOL
	Generic	SOL 0.05%	CLOBETASOL PROPIONATE
	Generic	SHAMPOO 0.5%	COAL TAR
QL 60mls per day	Generic	ENE 100MG	COLOCORT
	Generic	CRE 1%	CORT INTENSE
	Generic	CRE 1%	CORTAID
	Generic	SPR 1%	CORTAID
	Generic	CRE 1% 12 HR	CORTAID ADV
	Brand	AER 90MG	CORTIFOAM
	Generic	CRE 1%	CORTISONE
	Generic	LOT 1%	CORTISONE
	Generic	OIN 1%MAX ST	CORTISONE
	Generic	OIN 1%	CORTIZONE-10
	Generic	CRE /ALOE 1%	CORTIZONE-10
	Generic	CRE HEALING	CORTIZONE-10
	Generic	CRE PLUS	CORTIZONE-10
	Generic	LOT ECZEMA	CORTIZONE-10
	Generic	LOT HYDRATEN	CORTIZONE-10
	Generic	CRE 0.25%	DESOXIMETAS

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
PA QL 3.34g per day	Brand	OIN 2%	EUCRISA
	Generic	CRE 0.05%	FLUTICASONE
	Generic	OIN 0.005%	FLUTICASONE
	Generic	SOL 0.05%	FLUOCINONIDE
	Generic	SOL 0.01%	FLUOCINONIDE ACET
	Generic	OIL 0.01% (BODY OIL)	FLUOCINOLONE ACETONIDE
	Generic	OIL 0.01% (SCALP OIL)	FLUOCINOLONE ACETONIDE
	Generic	CRE 1%	GYNECORT 10
	Generic	LOT 1%	HYDROSKIN
	Generic	OIN 0.5%	HYDROCORTISONE
	Generic	CRE 0.5%	HYDROCORTISONE
	Generic	CRE 1%	HYDROCORTISONE
	Generic	CRE 2.5%	HYDROCORTISONE
QL 60mls per day	Generic	ENE 100MG	HYDROCORTISONE
	Generic	LOT 1%	HYDROCORTISONE
	Generic	LOT 2.5%	HYDROCORTISONE
	Generic	OIN 1%	HYDROCORTISONE
	Generic	OIN 2.5%	HYDROCORTISONE
	Generic	CRE 2.5%	HYDROCORTISONE PERIANAL
	Generic	CRE 1%	HYDROCORT AC
	Generic	OIN 1%	HYDROCORT/AB
	Generic	CRE 1%	HYDROCREAM
	Generic	LOT 1%	HYDRO-LOTION
	Generic	CRE 1%	HYDROSKIN
	Generic	CRE 0.5%	INSTACORT 5
	Generic	CRE 1%	KERICORT 10
	Generic	CRE PLS 1%	K HYDROCORTISON
	Generic	CRE 1%	LANACORT 10
	Generic	CRE 1%	MED-DERM HC
	Generic	CRE 0.5%	MED-DERM HC
	Generic	CRE 1%	MEDI-CORT
	Generic	CRE 1%	MOMETASONE
	Generic	OIN 0.1%	MOMETASONE
	Generic	SOL 0.1%	MOMETASONE
	Generic	SOL 0.1%	MOMETASONE FUROATE
	Generic	CRE ECZEMA	NEOSPORIN
	Generic	CRE HC 1%	NOBLE FORMUL
	Generic	SPR 1%	NOBLE FORMUL

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Generic	CRE	NYSTAT/TRIAM
	Generic	OIN	NYSTAT/TRIAM
PA QL 3.34g per day	Genric	CRE 1%	PIMECROLIMUS
	Generic	CRE 1%	PREP H HC
	Generic	CRE 1%	PROCTO-PAK
	Generic	CRE 1%	QC HYDROCORT
	Generic	CRE 1%	RECORT PLUS
	Generic	LOT 1%	REDERM
	Generic	LOT 1%	SARNOL-HC
	Generic	SHAMPOO 3%	SALICYLIC ACID
	Generic	GEL 3%	SALICYLIC ACID
	Generic	CRE 1%	SB HYDROCORT
	Generic	SOL 1%	SCALP RELIEF
	Generic	SOL 1%	SCALPICIN
	Generic	OIN 0.1%	TRIAMCINOLON
	Generic	CRE 0.025%	TRIAMCINOLON
	Generic	CRE 0.1%	TRIAMCINOLON
	Generic	CRE 0.5%	TRIAMCINOLON
	Generic	LOT 0.025%	TRIAMCINOLON
	Generic	LOT 0.1%	TRIAMCINOLON
	Generic	CRE 0.1%	TRIDERM
QL 2 grams per day	Brand	TOP	ROFLUMILAST
MISCELLANEOUS PRODUCTS (منتجات متنوعة)			
COMPLEMENT INHIBITORS (مثبطات متنوعة)			
PA QL 2 per day	Brand	CAP 200MG	FABHALTA
PA QL 1 per day	Brand	PAK 72MG	ORLADEYO
PA QL 1 per day	Brand	PAK 96MG	ORLADEYO
PA QL 1 per day	Brand	PAK 108MG	ORLADEYO
PA QL 1 per day	Brand	PAK 132MG	ORLADEYO
PA QL 1 per days	Brand	CAP 110MG	ORLADEYO
PA QL 1 per days	Brand	CAP 150MG	ORLADEYO
PA	Brand	INJ 2000 UNIT	HAEGARDA
PA	Brand	INJ 4000 UNIT	HAEGARDA
PA QL 2ML per 28 days	Brand	INJ 150MG/ML	TAKHZYRO
PA QL 4ML per 28 days	Brand	INJ 300/2ML	TAKHZYRO

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
PA QL 4ML per 28 days	Brand	PFS 300/2ML	TAKHZYRO
PA QL 6 per day	Brand	TAB 50-100MG	VOYDEYA
PA QL 6 per day	Brand	TAB 100MG	VOYDEYA
PA QL 0.081 per day	Brand	INJ 16.6MG	ZILBRYSQ
PA QL 0.081 per day	Brand	INJ 23MG	ZILBRYSQ
PA QL 0.081 per day	Brand	INJ 32.4MG	ZILBRYSQ
EMETICS (مقيّئات - ناهضات على الاستفراغ)			
	Generic	SYP	IPECAC
	Generic	SYP	SM IPECAC
OPIATE ANTAGONISTS (مناهضات الأفيون)			
QL 4 per fill	Brand	SPRAY 8MG/0.1ML	KLOXXADO
	Generic	TAB 50MG	NALTREXONE
QL 4 per fill	Generic	INJ 0.4MG/ML	NALOXONE
QL 4 ML per fill	Generic	INJ 1MG/ML	NALOXONE
QL 4 per fill	Brand	SPRAY 4MG/0.1ML	NARCAN
QL 4 per fill	Brand	SPR 2.7/0.1	OPVEE
QL 4 per fill	Brand	SPR 10MG	REZENOPY
QL 4 per fill	Brand	SPR 3/0.1ML	RIVIVE
QL 4 per day	Brand	INJ 1.5/0.5	ZURNAI
QL 1 per fill	Brand	SOLN PREFILLED SYRINGE 5 MG/0.5ML	ZIMHI
ADRENOCORTICAL INSUFFICIENCY (قصور الغدة الكظرية)			
	Generic	INJ 0.25MG	COSYNTROPIN
SUBLINGUAL IMMUNOTHERAPY (العلاج المناعي تحت اللسان)			
PA QL 1 per day	Brand	SUB 2800BAU,	GRASSTK
PA QL 1 per day	Brand	SUB	ODACTRA
PA QL 1 per day	Brand	SUB 300 IR	ORALAIR
PA QL 1 per day	Brand	SUB	RAGWITEK
MISCL OTHER (متنوعات أخرى)			
	Generic	SYP	BUBBLE GUM
	Generic	SYP	CHERRY
	Generic	SYP CONCENTR	CHERRY
	Generic	OIL	COTTONSEED
	Brand	SUS	FLAVOR BLEND
	Brand	LIQ	FLAVOR PLUS

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
	Brand	SYP	FLAVOR SWEET
	Brand	LIQ S/F	FLAVOR SWEET
	Generic	SYP	GRAPE
	Brand	SUS	ORA-BLEND
	Brand	SUS	ORA-BLEND SF
	Brand	LIQ SUSPENDI	ORAL MIX
	Brand	LIQ	ORAL MIX SF
	Generic	LIQ	ORAL SUSPEND
	Generic	LIQ FLAVORED	ORAL SYRUP
	Generic	LIQ SF	ORAL SYRUP
	Brand	LIQ	ORA-PLUS
	Brand	SYP	ORA-SWEET
	Brand	SYP	ORA-SWEET SF
	Brand	SYP -SF	PCCA SWEET
	Brand	SYP VEHICLE	PCCA SYRUP
	Brand	SUS	PCCA-PLUS
	Generic	SYP	SIMPLE
	Generic	INJ	STERIL WATER
	Generic	SUS VEHICLE	SUSPENSION
	Brand	SYP	SYRPALTA
	Brand	LIQ	SYRSPEND SF
	Generic	SYP VEHICLE	SYRUP
	Generic	SYP VEHICLE	SYRUP SF
	Brand	SYP	VERSAFREE
	Brand	SYP	VERSAPLUS
DEVICES (الأجهزة)			
QL 2 per 365 days	Brand	MIS SM MASK	AERCHMBR PLS
QL 2 per 365 days	Brand	MIS FLOW-VU	AERCHMBR PLS
QL 2 per 365 days	Brand	MIS LRG MASK	AERCHMBR PLS
QL 2 per 365 days	Brand	MIS STAT PLS	AERCHMBR Z-
QL 2 per 365 days	Brand	MIS PLUS	AEROCHAMBER
QL 2 per 365 days	Brand	MIS FLOSIGNA	AEROCHAMBER
QL 2 per 365 days	Brand	MIS PLUS	AEROCHAMBER
QL 2 per 365 days	Brand	MIS MV	AEROCHAMBER
QL 2 per 365 days	Brand	MIS CHAMBER	AEROCHAMBER
	Brand	KIT ACTION	AEROCHAMBER
QL 2 per 365 days	Brand	MIS FLOW MTR	AIRZONE PEAK

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
1 box per month; 90-day supply allowed	Brand	VARIOUS	ALCOHOL SWABS
	Generic	PAD	ALCOHOL WIPE
QL 2 per 365 days	Brand	MIS CHAMBER	ARIAL
QL 2 per 365 days	Brand	MIS FULL RNG	ASSESS METER
QL 2 per 365 days	Brand	MIS LOW RANG	ASSESS METER
QL 2 per 365 days	Brand	MIS FULL	ASSESS METER
QL 2 per 365 days	Brand	MIS LOW	ASSESS METER
QL 2 per 365 days	Brand	MIS SYSTEM	ASTHMA CHECK
QL 2 per 365 days	Brand	MIS	ASTHMAMENTOR
	Brand	PAD 2"X2"	BAND-AID
	Brand	PAD SNGL USE	BD SWAB BFLY
	Brand	PAD SNGL USE	BD SWAB REG
QL 2 per 365 days	Brand	MIS	BREATHERITE
QL 2 per 365 days	Brand	MIS W/MASK	BREATHERITE
QL 2 per 365 days	Brand	MIS LG MASK	BREATHERITE
QL 2 per 365 days	Brand	MIS MED MASK	BREATHERITE
QL 2 per 365 days	Brand	MIS SM MASK	BREATHERITE
QL 2 per 365 days	Brand	MIS SPACER	BREATHERITE
	Brand	PAD 2"X2"	DERMACEA
QL 4 per 30 days	Brand	KIT HOME TEST	FLOWFLEX
QL 4 per 30 days	Brand	KIT COVID-19	INTELISWAB
QL 4 per 30 days	Brand	KIT COVID-19	BINAXNOW
QL 4 per 30 days	Brand	KIT COVID-19	QUICKVUE
QL 4 per 30 days	Brand	KIT COVID-19	ELLUME
QL 4 per 30 days	Brand	KIT COVID-19	IHEALTH
QL 4per 30 days	Brand	KIT COVID-19	CLINITEST
PA QL 4per 30 days	Brand	KIT COVID-19	DXTERITY
PA QL 4 per 30 days	Brand	KIT COVID-19	SIMPLICITY
PA QL 4 per 30 days	Brand	KIT COVID-19	PIXEL
PA QL 4per 30 days	Brand	KIT COVID-19	MYLAB BOX
PA QL 4 per 30 days	Brand	KIT COVID-19	LUCIRA
QL 2 per 365 days	Brand	MIS	EASIVENT
QL 2 per 365 days	Brand	MIS MASK SM	EASIVENT

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
QL 2 per 365 days	Brand	MIS MASK MED	EASIVENT
QL 2 per 365 days	Brand	MIS MASK LG	EASIVENT
	Brand	PAD 2"X2"	EQL GAUZE
QL 2 per 365 days	Brand	MIS	E-Z SPACER
QL 2 per 365 days	Brand	MIS BODY GRD	E-Z SPACER
QL 12 per 30 days; 90 day supply allowed	Brand/ Generic	VARIOUS	HYPODERMIC NEEDLES (DISPOSABLE)
QL 2 per 365 days	Brand	MIS DD SYST	INSPIREASE
QL 200 per month; 90-day supply allowed; ST required with insulin pen.	Brand/ Generic	VARIOUS	INSULIN PEN NEEDLES
QL 500 per 3 months; 90-day supply allowed	Brand/ Generic	VARIOUS	INSULIN SYRINGES
QL 2 per 365 days	Brand	MIS	LITEAIRE
QL 2 per 365 days	Brand	MIS BABY DUC	MASK VORTEX/
QL 2 per 365 days	Brand	MIS DUCK	MASK VORTEX/
QL 2 per 365 days	Brand	MIS LADY BUG	MASK VORTEX/
QL 2 per 365 days	Brand	MIS FROG	MASK VORTEX/
QL 2 per 365 days	Brand	MIS	MICROCHAMBER
QL 2 per 365 days	Brand	MIS PEAK FLO	MICROLIFE
QL 2 per 365 days	Brand	MIS	MICROSPACER
QL 2 per 365 days	Brand	MIS PFM	MINI WRIGHT
QL 2 per 365 days	Brand	MIS PFM LOW	MINI WRIGHT
	Brand	MIS 2" X 2"	MIRASORB
QL 2 per 365 days	Brand	MIS MOUTHPC	NESSI SPACER
QL 2 per 365 days	Brand	MIS SM/MED	NESSI SPACER
QL 2 per 365 days	Brand	MIS LARGE	NESSI SPACER
	Brand	KIT LIGHT	FREESTYLE (blood glucose monitor)
	Brand	KIT FREEDOM	FREESTYLE (blood glucose monitor)
PA QL 1 per 2 years	Brand	LIBRA 2 MIS READER	FREESTYLE (continuous glucose reader)
PA QL 1 per 14 days 90-day supply allowed	Brand	LIBRA 2 KIT SENSOR	FREESTYLE (continuous glucose sensor)

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
PA QL 1 per 2 years	Brand	LIBRA 14 DAY READER	FREESTYLE (continuous glucose reader)
PA QL 1 per 14 days 90-day supply allowed	Brand	LIBRA 14 DAY SENSOR	FREESTYLE (continuous glucose sensor)
PA QL 1 per 14 days 90-day supply allowed	Brand	LIBRA 3	FREESTYLE (continuous glucose sensor)
PA QL 1 per 14 days 90-day supply allowed	Brand	MIS	FREESTYLE (lancets)
1 box per 3 months; 90-day supply allowed	Brand	LIQ CONTROL	FREESTYLE (calibration liquid)
QL 150 per month; 90-day supply allowed	Brand	INSULINX	FREESTYLE (test strips)
QL 150 per month; 90-day supply allowed	Brand	MIS	FREESTYLE (test strips)
QL 150 per month; 90-day supply allowed	Brand	PREC NEO	FREESTYLE (test strips)
QL 150 per month; 90-day supply allowed	Brand	TEST LITE	FREESTYLE (test strips)
QL 1 per 3 months; 90-day supply allowed	Brand	MIS	GNP (lancet device)
1 box per 3 months; 90-day supply allowed	Brand	LIQ GLUC-KET	MEDISENSE (calibration liquid)
1 box per 3 months; 90-day supply allowed	Brand	CONTROL SOL LIQ HI/MID/LOW	MEDISENSE (calibration liquid)
PA Required age 21 and older; QL 10 per 30 days	Brand	MIS CLASSIC	OMNIPOD

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
PA Required age 21 and older; QL 10 per 30 days	Brand	DASH MIS PODS	OMNIPOD
PA Required age 21 and older; QL 10 per 30 days	Brand	G6 MIS PODS	OMNIPOD 5
PA Required age 21 and older; QL 4 kits per 365 days	Brand	DASH KIT PDM	OMNIPOD
PA Required age 21 and older; QL 4 kits per 365 days	Brand	DASH KIT INTRO	OMNIPOD
PA Required age 21 and older; QL 4 kits per 365 days	Brand	G6 KIT INTRO	OMNIPOD 5
QL 1 per 3 months; 90-day supply allowed	Brand	MIS LANC DEV	ONETOUCH (lancet device)
QL 1 per 3 months; 90-day supply allowed	Brand	DEL MIS LANC DEV	ONETOUCH (lancet device)
QL 200 per month; 90-day supply allowed	Brand	MIS LANC DEV	ONETOUCH (lancets)
QL 200 per month; 90-day supply allowed	Brand	DEL MIS PLUS 33G	ONETOUCH (lancets)
QL 200 per month; 90-day supply allowed	Brand	DEL MIS PLUS 30G	ONETOUCH (lancets)
QL 200 per month; 90-day supply allowed	Brand	MIS LANCETS	ONETOUCH (lancets)
QL 200 per month; 90-day supply allowed	Brand	ULTRA SOFT LANCETS	ONETOUCH (lancets)

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
QL 200 per month; 90-day supply allowed	Brand	MIS 30G	ONETOUCH (lancets)
QL 200 per month; 90-day supply allowed	Brand	FINE POINT MIS LANCETS	ONETOUCH (lancets)
	Brand	MIS XTRA	PRECISION (blood glucose monitor)
QL 1 box per 3 months; 90-day supply allowed	Brand	LIQ GLUCOSE	PRECISION (calibration liquid)
QL 150 per month; 90-day supply allowed	Brand	TEST XTRA	PRECISION (test strips)
QL 150 per month; 90-day supply allowed	Brand	TRUE TEST METRIX	RELION (test strips)
	Brand	KIT AIR	TRUMETRIX (blood glucose monitor)
QL 1 box per 3 months; 90-day supply allowed	Brand	SOLUTION	TRUEMETRIX (calibration liquid)
QL 1 box per 3 months; 90-day supply allowed	Brand	SOLUTION LOW	TRUEMETRIX (calibration liquid)
QL 1 box per 3 months; 90-day supply allowed	Brand	SOLUTION HIGH	TRUEMETRIX (calibration liquid)
QL 150 per month; 90-day supply allowed	Brand	TEST GLUCOSE	TRUEMETRIX (test strip)
QL 1 box per 3 months; 90-day supply allowed	Brand	MIS LA	TRUEDRAW (lancet device)
QL 200 per month; 90-day supply allowed	Brand	MIS 26	TRUPLUS (lancets)
QL 200 per month; 90-day supply allowed	Brand	MIS 28	TRUPLUS (lancets)
QL 200 per month; 90-day supply allowed	Brand	MIS 28G	TRUPLUS (lancets)

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
QL 200 per month; 90-day supply allowed	Brand	MIS 30	TRUPLUS (lancets)
QL 200 per month; 90-day supply allowed	Brand	MIS 30G	TRUPLUS (lancets)
QL 200 per month; 90-day supply allowed	Brand	MIS 33	TRUPLUS (lancets)
QL 200 per month; 90-day supply allowed	Brand	MIS 33G	TRUPLUS (lancets)
QL 2 per 365 days	Brand	MIS ADVANTAG	OPTICHAMBER
QL 2 per 365 days	Brand	MIS ADV SM	OPTICHAMBER
QL 2 per 365 days	Brand	MIS ADV MED	OPTICHAMBER
QL 2 per 365 days	Brand	MIS ADV LRG	OPTICHAMBER
QL 2 per 365 days	Brand	MIS FACE MAS	OPTICHAMBER
QL 2 per 365 days	Brand	MIS DIAMOND	OPTICHAMBER
QL 2 per 365 days	Brand	MIS DIA SM	OPTICHAMBER
QL 2 per 365 days	Brand	MIS DIA MD	OPTICHAMBER
QL 2 per 365 days	Brand	MIS DIA LG	OPTICHAMBER
QL 2 per 365 days	Brand	MIS PEDIATRI	PANDA MASK
QL 2 per 365 days	Brand	MIS SMALL	PANDA MASK
QL 2 per 365 days	Brand	MIS MEDIUM	PANDA MASK
QL 2 per 365 days	Brand	MIS LARGE	PANDA MASK
QL 2 per 365 days	Brand	MIS ADLT/PED	PEAK AIR FLO
QL 2 per 365 days	Generic	MIS METER	PEAK FLOW
QL 2 per 365 days	Generic	MIS UNIVERSL	PEAK FLW MTR
QL 2 per 365 days	Brand	MIS FULL RNG	PERSONAL BES
QL 2 per 365 days	Brand	MIS LOW RANG	PERSONAL BES
QL 2 per 365 days	Brand	MIS ELECTRON	PIKO 1
QL 2 per 365 days	Generic	MIS METER	POCKET PEAK
QL 2 per 365 days	Brand	MIS UNIVERSA	POCKETPEAK
QL 2 per 365 days	Brand	MIS MTR LOW	POCKETPEAK
	Brand	MIS CHAMBER	PRIMEAIRE
QL 12 per 30 days; 90 day supply allowed	BOTH	VARIOUS	SYRINGE (DISPOSABLE)

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
QL 12 per 30 days; 90 day supply allowed	BOTH	VARIOUS	SYRINGE/NEEDLE (DISPOSABLE)
QL 1 per 365 days	Brand	CUTTER	TABLET
	Generic	SOL 66-10%	DIATRIZOATE
	Brand	SUS 40%	TAGITOL V
QL 2 per 365 days	Brand	MIS	RITEFLO
QL 2 per 365 days	Brand	MIS FLOW MTR	TRUZONE PEAK
QL 2 per 365 days	Brand	MIS CHAMBER	VALVD HOLDNG
QL 2 per 365 days	Brand	MIS CHAMBER	VORTEX VALVE
	Brand	MIS TODDLER	VORTEX/MASK
	Brand	MIS CHILDS	VORTEX/MASK
QL 2 per 365 days	Brand	MIS	WATCHHALER
IMMUNOSUPPRESSIVE AGENTS (مواد علاج تثبيط المناعة)			
	Generic	TAB 50MG	AZATHIOPRINE
PA QL 4 syringes per 28 days	Brand	INJ 200 MG/ML	BENLYSTA
	Generic	CAP 25MG	CYCLOSPORINE
	Generic	CAP 100MG	CYCLOSPORINE
	Generic	CAP 25MG MOD	CYCLOSPORINE
	Generic	CAP 50MG MOD	CYCLOSPORINE
	Generic	CAP 100MG MD	CYCLOSPORINE
	Generic	SOL MODIFIED	CYCLOSPORINE
QL 2 per day	Generic	TAB 0.25MG	EVEROLIMUS
QL 2 per day	Generic	TAB 0.5MG	EVEROLIMUS
QL 2 per day	Generic	TAB 0.75MG	EVEROLIMUS
QL 2 per day	Generic	TAB 1MG	EVEROLIMUS
	Generic	CAP 25MG	GENGRAF
	Generic	CAP 100MG	GENGRAF
	Generic	SOL 100MG/ML	GENGRAF
	Generic	CAP 0.5MG	HECORIA
	Generic	CAP 1MG	HECORIA
	Generic	CAP 5MG	HECORIA
PA QL 2 per day	Generic	TAB 70MG	JOENJA
	Generic	CAP 250MG	MYCOPHENOLATE
	Generic	TAB 500MG	MYCOPHENOLATE
	Generic	SUS 200MG/ML	MYCOPHENOLATE
	Generic	TAB DR	MYCOPHENOLATE SODIUM
QL 2mls per day	Generic	SOL 1MG/ML	SIROLIMUS

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)

PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

Requirements (المتطلبات/الشروط)	Drug Type (نوع الدواء)	Dosage Form/Strength (شكل الجرعة/قوة تركيز الجرعة)	Drug Name (اسم الدواء)
QL 2 per day	Generic	TAB 0.5MG	SIROLIMUS
QL 2 per day	Generic	TAB 1MG	SIROLIMUS
QL 2 per day	Generic	TAB 2MG	SIROLIMUS
	Generic	CAP 0.5MG	TACROLIMUS
	Generic	CAP 1MG	TACROLIMUS
	Generic	CAP 5MG	TACROLIMUS
POTASSIUM-REMOVING AGENTS (مواد علاج إزالة البوتاسيوم)			
	Generic	SUS 15GM/60	KIONEX
	Generic	POW	KIONEX
PA QL 3 packets per day	Brand	PACKET 5GM	LOKELMA
PA QL 3 packets per day	Brand	PACKET 10GM	LOKELMA
	Generic	SUL SUS 15GM/60	SOD POLY
	Generic	SUL SUS 30/120ML	SOD POLY
	Generic	SUL SUS 50/200ML	SOD POLY
	Generic	SUL POW	SOD POLY
	Generic	SUS 15GM/60	SPS
PA QL 4 per day	Brand	POW 1GM	VELTASSA
PA QL 1 packet per day	Brand	POW 8.4GM	VELTASSA
PA QL 1 packet per day	Brand	POW 16.8GM	VELTASSA
PA QL 1 packet per day	Brand	POW 25.2GM	VELTASSA

QL: Quantity Limit (حدّ الكميّة) | AR: Age Restriction (قيود العمر)
PA: Prior Authorization Required (يلزم الحصول على موافقة مُسبّقة) | ST: Step Therapy (العلاج التدريجي)

(فهرس الأدوية) INDEX OF DRUGS

*	
*INFANT FOODS LIQUID**	90
*INFANT FOODS POWDER**	90

3

3 DAY VAGINAL.....	6
--------------------	---

A

ABACAVIR	8
ABACAVIR SULFATE/LAMIVUDINE/ZIDOVUDINE ...	8
ABACAVIR/LAMIVUDINE	8
ABIRATERONE.....	16
ABRYSVO	14
ACAMPRO CAL.....	74
ACARBOSE	32
ACD/FLUORIDE	87
ACEBUTOLOL	46
ACETAMINOPHEN	75
ACETAMINOPHEN/CAFF/PYRILAMINE	75
ACETASOL HC	109
ACETAZOLAMIDE.....	53
ACETIC ACID.....	109
ACID CONTROL	63
ACID REDUCER.....	63
ACID RELIEF	63
ACITRETIN.....	112
ACTEMRA.....	80
ACTICIN.....	112
ACTIMMUNE	16
ACYCLOVIR	7
ADACEL.....	14
ADALIMUMAB-ADBM.....	79
ADAPALENE	111
ADAPALENE/BP	111
ADBRY.....	112
ADEK GUMMIES PLUS ZINC	87

ADEMPAS	56
ADENOSINE	49
ADLYXIN.....	33
ADMELOG.....	35
ADMELOG SOLO	35
ADVAIR HFA.....	59
AERCHMBR PLS	118
AERCHMBR Z-.....	118
AEROCHAMBER	118
AFLURIA QUAD	14
AFTERA	28
AGGRENOX.....	107
AIMOVIG.....	82
AIRZONE PEAK.....	118
AK-POLY-BAC	108
ALA-HIST IR.....	57
ALAVERT	57
ALBENDAZOLE	11
ALBUTEROL.....	59, 60
ALCALAK	62
ALCOHOL	111
ALCOHOL SWABS.....	118
ALCOHOL WIPE.....	111, 118
ALECENSA	16
ALENDRONATE	40
ALER-DRYL	57
ALFUZOSIN	70
ALKERAN.....	16
ALLOPURINOL.....	82
ALMACONE SUS	62
ALOGLIPTIN	36
ALOGLIPTIN-METFORMIN HCL	36
ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE	36
ALTAVERA.....	28
ALUNBRIG.....	16
ALYACEN.....	28
ALYFTREK.....	58

BALZIVA	28
BAND-AID	118
BAQSIMI ONE POW	24
BAQSIMI TWO POW	24
BARACLUDE	7
BAYCADRON	24
BD SWAB BFLY	118
BD SWAB REG	118
BELLA/OPIUM	62
BENZAEPRI	51
BENZAEPRI/HYDROCHLOROTHIAZIDE	52
BENLYSTA	122
BENZNIDAZOLE	11
BENZONATATE	58
BENZOYL PEROXIDE	111
BENZTROPINE	85
BESREMI	16
BETAMETH DIP	114
BETAMETHASONE	114
BETHANECHOL	68
BEXSERO	14
BICALUTAMIDE	16
BIKTARVY	8
BIMATOPROST	110
BINAXNOW	118
BIO-STATIN	5
BIOTIN FORTE	87
BISACODYL	61
BISMUTH SUBSALICYLATE	62
BISOPROLOL FUMARATE	46
BISOPROLOL FUMARATE/HYDROCHLOROTHIAZIDE	52
BLEPHAMIDE	109
BOOST	103
BOOSTRIX	14
BOSULIF	16
BPROTECTED	87
BRAFTOVI	16, 17
BREATHERITE	118
BREYNA	24
BRIELLYN	28

BRIMONIDINE	108
BRINSUPRI	57
BRINZOLAMIDE	53
BRIXADI (MONTHLY)	76
BRIXADI (WEEKLY)	76
BROMOCRIPTIN	85
BRUKINSA	17
BUBBLE GUM	117
BUDES/FORMOT	24
BUDESONIDE	24, 60
BUDESONIDE (nasal spray)	109
BUMETANIDE	53
BUPRENORPHINE	76
BUPRENORPHINE TD	76
BUPRENORPHINE/NALOXONE	76
BUPROBAN	75
BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN	75
BYDUREON	33, 34
BYETTA	34

C

CABERGOLINE	40
CABLIVI	104
CABOMETYX	17
CAFFEINE CIT	74
CALC ANTACID	62
CALCIPOTRIEN	112
CALCITONIN	40
CALCITRIOL	44
CALCIUM	88
CALCIUM ACETATE	67
CALCIUM CARB	62
CALCIUM CARBONATE	100, 101
CALCIUM CITRATE	100
CALCIUM CITRATE PLUS VIT D	100
CALCIUM CITRATE PLUS VITAMIN D	101
CALCIUM PLUS D/ MINERALS	100
CALCIUM PLUS D3	100
CALCIUM W/VIT D	100
CALCIUM W/VIT D & POTASSIUM	100

CALCIUM/D.....	103	CEFPODOXIME PROXETIL	3
CALCIUM/PLUS D.....	100	CEFPROZIL	3
CALNA.....	88	CEFTRIAXONE	3
CALQUENCE.....	17	CEFUROXIME	3
CAMCEVI.....	33	CELECOXIB	80
CAMILA.....	28	CENTRUM SPEC	88
CAMRESE	28	CEPHALEXIN	3
CAMRESE LO.....	28	CERALYTE 70.....	101
CAMZYOS.....	45	CERASPORT	101
CANDESARTAN	50	CERVICAL CAP	68
CANDESARTAN/HCTZ	50	CESIA	28
CAPECITABINE	17	CETIRIZINE	57
CAPRELSA	17	CHATEAL.....	28
CAPREX +	112	CHERRY.....	117
CAPSAICIN	112	CHEW CALCIUM.....	88
CAPTOPRIL.....	51	CHILD ASPIRIN	75
CAPTOPRIL/HYDROCHLOROTHIAZIDE	52	CHILD SOOTHE.....	62
CAPVAXIVE	14	CHILD VIT D	44
CAPZASIN-P	112	CHILDRENS	62
CARBAMAZEPINE.....	82, 83	CHLORHEX GLU	110
CARBIDOPA/LEVODOPA	85	CHLOROQUINE	11
CARDAMYST	48	CHLORPHENIRAMINE MALEATE	57
CARTIA XT.....	48	CHLORTHALIDONE.....	54
CARVEDILOL	46	CHLORZOXAZONE.....	86
CASCARA SAGRADA.....	61	CHOLESTYRAM	55
CAVAN-EC SOD	88	CHOLINE MAG TRISALICYLATE	76
CAVAREST	99	CICLOPIROX	5
CAYSTON	13	CICLOPIROX OLAMINE.....	5
CAZANT.....	28	CIDOFOVIR.....	7
CEFACLOR	2	CILOSTAZOL	108
CEFADROXIL.....	2	CILOXAN	108
CEFAZOLIN	2	CIMDUO	8
CEFAZOLIN/DEXTROSE	2	CIMETIDINE	63
CEFAZOLIN/NACL.....	2	CINACALCET.....	41
CEFDINIR.....	2	CIPROFLOXACIN	4, 108
CEFEPIME	2	CIT CALC/D	101
CEFIXIME	3	CITRIC ACID/SODIUM CITRATE	69
CEFOTAXIME.....	3	CL PRENATAL	88
CEFOTETAN	3	CLARITHROMYCIN	4
CEFOXITIN.....	3	CLINDAMYCIN	11, 12, 69, 111
CEFPODOXIME.....	3	CLINDAMYCIN PHOSPHATE	114

CLINDAMYCIN PHOSPHATE-BENZOYL PEROXIDE	111
CLINITEST.....	118
CLOBAZAM	71
CLOBETASOL.....	114
CLOBETASOL PROPIONATE.....	114
CLONAZEPAM.....	71
CLONIDINE.....	52
CLOPIDOGREL.....	108
CLOTRIMAZOLE	6
CLOTRIMAZOLE W/ BETAMETHASONE	6
COAL TAR.....	114
COARTEM	11
CODEINE SULF	76
COLCHICINE	82
COLCRYS	82
COLESTIPOL	55
COLISTIMETHATE SOD.....	12
COLOCORT.....	114
COMBIPATCH	26
COMETRIQ.....	17
COMFORT GEL.....	62
COMIRNATY.....	14
COMIRNATY 5-11.....	14
COMP PRNATAL.....	88
COMPAZINE.....	64
COMPL PRENAT	88
COMPLETENATE	88
COMPOZ.....	70
COMPRO.....	64
CO-NATAL FA.....	88
CONCEPT OB.....	88
CONSTULOSE	13
CONTROLRX.....	99
CORLANOR	45
CORT INTENSE	114
CORTAID	114
CORTAID ADV	114
CORTIFOAM.....	114
CORTISONE.....	114
CORTIZONE-10.....	114
COSENTYX.....	80

COSENTYX UNOREADY	80
COSENTYX (Pre-filled Syringe)	80
COSENTYX PEN	80
COSYNTROPIN	117
COTELIC.....	17
COTTONSEED.....	117
COUMADIN.....	106
CRENESSITY	43
CREON	66
CRIXIVAN	8
CRYSSELLE-28	28
CURITY SALIN.....	69
CVS PRENATAL.....	88
CVS STRESS.....	88
CVS SUPER B.....	88
CYANOCOBALAM.....	86
CYCLAFEM	28
CYCLOBENZAPRINE.....	86
CYCLOMYDRIL.....	110
CYCLOPENTOL	110
CYCLOPENTOLATE	110
CYCLOPHOSPH.....	17
CYCLOSPORINE	122, 123
CYPROHEPTADINE	57
CYRED	28
CYTRA K CRYSTALS.....	69
CYTRA-2	69
CYTRA-3	69
CYTRA-K.....	69

D

D 400	44
D-3 GUMMY	44
D3 KIDS.....	44
D5W/NACL	101
DALFAMPRIDINE.....	41
DANAZOL.....	26
DANTROLENE	86
DANZITEN	17
DAPSONE.....	62

DAPTACEL.....	14	DICLOFENAC.....	80, 110
DARUNAVIR.....	8	DICLOXACILLIN SODIUM.....	1
DASATINIB.....	17	DICYCLOMINE.....	62
DASETTA.....	28	DIDANOSINE.....	8
DAURISMO.....	17	DIFFERIN.....	111
DAWNZERA.....	104	DIGOXIN.....	45
DAYSEE.....	28	DILANTIN.....	83
DEBLITANE.....	28	DILANTIN-125.....	83
DEFERASIROX.....	104, 105	DILAUDID-HP.....	76
DEFERASIROX (GENERIC EXJADE).....	104, 105	DILT-CD.....	48
DEKAS.....	88, 89	DILTIAZEM.....	48
DEKAS BARIATRIC.....	89	DILT-XR.....	48
DEKAS PLUS.....	88, 89	DILTZAC.....	48, 49
DELSTRIGO.....	8	DIMENHYDRIN.....	64
DELTASONE.....	24	DIMETHYL FUMARATE.....	74
DELYLA.....	28	DIPHENHYDRAM.....	70
DENTA 5000.....	99	DIPHENHYDRAMINE.....	57
DENTAGEL.....	99	DISOPYRAMIDE.....	50
DEPO-ESTRADIOL.....	27	DISULFIRAM.....	74
DEPO-PROVERA.....	24	DOCUSATE SODIUM.....	61
DERMACEA.....	118	DOFETILIDE.....	50
DESCOVY.....	8	DOJOLVI.....	103
DESENEX.....	6	DONEPEZIL.....	74
DESMOPRESSIN.....	43	DOPTelet.....	104
DESO/ETHINYL.....	28	DOPTelet SPR.....	104
DESOXIMETAS.....	114	DORZOLAMIDE.....	53
DEX4.....	32	DORZOLAMIDE/TIMOLOL MALEATE.....	53
DEXAMETH PHO.....	109	DOVATO.....	8
DEXAMETHASONE.....	24, 25	DOXAZOSIN.....	70
DEXMETHYLPHENIDATE.....	73	DOXYCYCLINE HYCLATE.....	4
DEXMETHYLPHENIDATE (generic Focalin XR).....	73	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE.....	4
DEXTROAMPHETAMINE.....	72	DOXYLAMINE SUCCINATE (SLEEP).....	70
DEXTROSE.....	103	DRAMAMINE.....	64
DIABET TUSS.....	57	DRIMINATE.....	64
DIALYVITE.....	89	DRONABINOL.....	64
DIALYVITE/.....	89	DROSPIR/ETHI.....	28
DIATRIZOATE.....	122	DROSPIRENONE.....	29
DIAZEPAM.....	71	DROXIA.....	17
DIAZOXIDE.....	32	DUPIXENT.....	80
DICLOFEN POTASSIUM.....	80	DUPIXENT PEN.....	80
DICLOFENA.....	80	DUTASTERIDE.....	70

D-VI-SOL	44
D-VITA	44
DXTERITY	119

E

EASIVENT	119
EASY IRON	105
EBOLA ZAIRE VIRU	14
ECONAZOLE NITRATE	5
ECONTRA EZ	29
ED-SPAZ	62
EDURANT	8
EDURANT PED	8
EFAVIR/EMTRI/TENOFOVI (generic Atripla)	8
EFFER-K.....	101
ELIGARD.....	17
ELINEST	29
ELIQUIS	106
ELITE-OB	89
ELIXOPHYLLIN	60
ELLA	29
ELLUME	118
ELMIRON	69
ELTROMBOPAG OLAMINE (Promacta)	104
EMCYT	17
EMEND	64
EMOQUETTE.....	29
EMTR/TENOFOV (generic Truvada)	9
EMTRIC/RILPI TENOF DF (generic Complera)	9
EMTRICITABINE	9
EMTRIVA.....	9
ENALAPRIL	51
ENALAPRIL/HYDROCHLOROTHIAZIDE	52
ENBREL	79
ENBREL MINI	79
ENBREL SRCLK.....	79
ENDOCET	76, 77
ENDODAN.....	77
ENDUR-ACIN.....	86
ENEMA.....	61

ENFALYTE	101
ENFAMIL.....	89, 101
ENGERIX-B	14
ENOXAPARIN	106
ENPRESSE-28	29
ENSACOVE	17
ENSKYCE	29
ENSPRYNG	80
ENSURE.....	103
ENTACAPONE	85
ENTECAVIR	7
ENULOSE	13
EPINEPHRINE AUTO-INJECTOR.....	54
EPITOL	83
EPLERENONE	54
EPOPROSTENOL.....	56
EQL B-12	86
EQL GAUZE	119
EQL HEARTBRN.....	63
EQL PRENATAL.....	89
ERGOCALCIFER	44
ERIVEDGE	18
ERLEADA.....	17
ERLOTINIB.....	17, 18
ERRIN	29
ERYTHROMYCIN	108
ESOMEPRAZOLE MAG	64
ESTARYLLA.....	29
ESTRA/NORETH	27
ESTRADIOL.....	26
ESTRADIOL (Generic Climara).....	26, 27
ESTRADIOL (Generic Vivelle Dot).....	27
ESTRADIOL TD	27
ESTRADIOL VALERATE	27
ESTRING.....	27
ESTROPIPATE.....	27, 28
ESZOPICLONE	70
ETHAMBUTOL.....	5
ETHOSUXIMIDE	83
ETIDRONATE DISODIUM.....	41
ETODOLAC	80

ETOPOSIDE	18
ETRAVIRINE	9
EUCRISA.....	114
EVEROLIMUS	18, 123
EVEROLIMUS (generic Afinitor Disperz)	18
EVEROLIMUS (generic Afinitor)	18
EVOTAZ.....	9
EXEMESTANE.....	18
EXKIVITY	18
EX-LAX	61
E-Z SPACER	119
EZETIMIBE	55

F

FABHALTA.....	116
FALLBACK.....	29
FALMINA.....	29
FAMCICLOVIR	7
FAMOTIDINE.....	63
FARYDAK.....	18
FASENRA.....	80
FASENRA PEN (AUTO-INJECTOR).....	80
FAYOSIM.....	29
FC2 FEMALE CONDOM	68
FE TABS.....	105
FEBUXOSTAT.....	82
FELBAMATE	83
FELODIPINE.....	49
FEMALE CONDOMS	68
FENOFIBRATE	55
FENOFIBRIC	55
FENTANYL.....	77
FEOSOL	105
FERATE.....	105
FERGON	105
FER-IRON	105
FEROSUL	105
FERREX 150.....	105
FERRIC X-150	105
FERROTABS.....	105

FERROUS.....	105
FERROUS GLUCONATE	105
FERROUS SULFATE.....	105
FEXOFENADINE.....	57
FILSPARI.....	41
FILSUVEZ.....	112
FINASTERIDE.....	70
FINGOLIMOD	74
FIRST-OMEpra	64
FIRST-PROGESTERONE	24
FIRST-TESTOSTERONE	26
FIRVANQ.....	12
FISH OIL	41
FLAVOR BLEND	117
FLAVOR PLUS.....	117
FLAVOR SWEET.....	117
FLECAINIDE.....	50
FLEET	61
FLOWFLEX	118
FLUAD	14
FLUARIX	14
FLUBLOK QUAD	14
FLUCELVAX QUAD	14
FLUCONAZOLE.....	5
FLUCYTOSINE.....	5
FLUDROCORTISONE.....	25
FLUMIST QUAD.....	14
FLUNISOLIDE	58
FLUOCINOLONE ACETONIDE	115
FLUOCINONIDE.....	114
FLUOCINONIDE ACET.....	115
FLUOR-A-DAY	99
FLUORIDE	99
FLUORIDEX	99
FLUORITAB	99
FLUOROMETHOL	109
FLUOROURACIL	112
FLURA-DROPS.....	100
FLURBIPROFEN	80, 110
FLUSH SYRING	101
FLUTAMIDE.....	18

FLUTICASONE	58, 114
FLUTICASONE INH SALMETEROL (GENERIC AIRDUO)	59
FLUTICASONE PROPIONATE	60
FLUTICASONE-SALMETEROL (generic Advair)	59
FLUZONE HD	14
FLUZONE QUAD	14
FML.....	109
FML FORTE	109
FOCALGIN CA.....	89
FOLCAPS	89
FOLIC ACID.....	86
FOLIVANE-OB	89
FOLIVANE-PRX	89
FONDAPARINUX	106
FOSAMPRENAVIR	9
FOSFOMYCIN TROMETHAMINE	70
FOSINOPRIL	51, 52
FOSPHENYTOIN	83
FOTIVDA	18
FRAGMIN	106
FREESTYLE (blood glucose monitor)	119
FREESTYLE (calibration liquid)	120
FREESTYLE (continuous glucose reader).....	119
FREESTYLE (continuous glucose sensor).....	119, 120
FREESTYLE (lancets).....	120
FREESTYLE (test strips)	120
FRUZAQLA	18
FULL SPECT	89
FUROSEMIDE	53, 54
FUZEON	9
FYLNETRA	104

G

GABAPENTIN	83
GABITRIL	83
GALANTAMINE	74
GARAMYCIN	108
GARDASIL 9.....	14
GATIFLOXACIN	108

GAVILYTE-C.....	61
GAVILYTE-G	61
GAVILYTE-N	61
GAVRETO	18
GEFITINIB.....	18
GEMFIBROZIL	55
GENERLAC	13
GENGRAF.....	123
GENOTROPIN.....	79
GENPRIL.....	80
GENTAK	108
GENTAMICIN	108, 111
GENVOYA	9
GERBER.....	101
GESTICARE	89
GIANVI	29
GILDAGIA	29
GILDESS	29
GILDESS 24	29
GILDESS FE.....	29
GILOTRIF	18
GLATIRAMER (Generic Copaxone 20 mg).....	74
GLATIRAMER (Generic Copaxone 40mg).....	74
GLEOSTINE.....	18
GLIMEPIRIDE	37, 38
GLIPIZIDE	38
GLIPIZIDE ER	38
GLIPIZIDE/METFORMIN	32
GLUCAGEN	33
GLUCAGON.....	33
GLUCAGON EMR	33
GLUCERNA.....	103
GLUCOSE	32
GLUCOSE BITS.....	32
GLUTOSE 15.....	32
GLUTOSE 45.....	32
GLYBURID MCR.....	38
GLYBURIDE	32, 38
GLYBURIDE/METFORMIN	32
GLYCERIN.....	61
GLYDO	111

GNP (lancet device)	120
GNP CALCIUM.....	101
GNP PRENATAL.....	89
GOMEKLI	18
GOODSENSE	89
GRANISETRON	64, 65
GRANISOL	65
GRAPE.....	117
GRASTEK.....	117
GRISEOFULVIN	5
GUANFACINE	52
GVOKE (auto-injector)	33
GVOKE (Prefilled Syringe).....	33
GYNECORT 10.....	115

H

HADLIMA	79
HAEGARDA	116
HAVRIX	14
HC/ACET ACID.....	109
HEARTBRN REL	63
HEARTBURN	63
HEATHER	29
HECORIA	123
HEPARIN SOD	107
HEPLISAV-B.....	14
HERNEXEOS	18
HEXALEN.....	18
HM B COMPLEX	89
HM PRENATAL	90
HOMATROPAIRE.....	110
HOMATROPINE.....	110
HUMALOG	35
HUMULIN	35
HYCAMTIN	18
HYDRALAZINE	53
HYDROCHLOROTHIAZIDE	54
HYDROCODONE/APAP.....	77
HYDROCODONE/IBUPROFEN	77
HYDROCORT	115

HYDROCORT AC.....	115
HYDROCORT/AB	115
HYDROCORTISON	25
HYDROCORTISONE	25, 115
HYDROCORTISONE PERIANAL	115
HYDROCREAM	115
HYDRO-LOTION	115
HYDROMORPHONE	77
HYDROSKIN.....	115
HYDROXYCHLOR	11
HYDROXYPROG.....	24
HYDROXYUREA	18
HYDROXYZINE HCL	70
HYDROXYZINE PAMOATE	70
HYFTOR.....	112
HYMPAVZI	107
HYOMAX-SL	62
HYOSCYAMINE	63
HYOSYNE	63
HYPODERMIC NEEDLES (DISPOSABLE)	119
HYRNUO	18

I

IBANDRONATE.....	41
IBRANCE	19
IBTROZI.....	18
IBU-DROPS.....	80
IBUPROFEN.....	70, 80, 81
IBUPROFEN IB.....	81
IBUPROFEN JR	81
IBUPROFEN PM	70
ICATIBANT ACETATE	104
ICLUSIG	19
ICOSAPENT	54
IDHIFA.....	19
IHEALTH.....	118
ILOTYCIN.....	108
IMATINIB MESYLATE	19
IMBRUVICA.....	19
IMIQUIMOD.....	112

IMPAVIDO.....	12
INATAL ADV	90
INATAL GT.....	90
INATAL ULTRA	90
INCRELEX	43
INCRUSE ELLIPTA	59
INDAPAMIDE	54
INDOMETHACIN	81
INFANRIX	14
INFLUENZA A (H5N1) TISS-CULT	11
INFLUENZA VIRUS VAC TISS-CULT	11
INFLUENZA VIRUS VACC RECOMBINANT	11
INGREZZA	86
INLURIYO	19
INLYTA	19
INQOVI.....	19
INREBIC.....	19
INSPIREASE	119
INSTACORT 5	115
INSTA-GLUCOS.....	32
INSULIN ASPA	35
INSULIN ASPA (generic Novolog pen).....	35
INSULIN ASPA (generic Novolog vial)	35
INSULIN GLARG (generic Semglee pen).....	35
INSULIN GLARG (generic Semglee vial)	35
INSULIN LISP	35, 36
INSULIN LISP (generic Humalog pen).....	35
INSULIN PEN NEEDLES	119
INSULIN SYRINGES.....	119
INTELENCE	9
INTELISWAB.....	118
INTROVALE	29
INVIRASE.....	9
IPECAC	116
IPRATROPIUM	58, 59, 63
IPRATROPIUM/	59
IQIRVO	61
IRBESARTAN	50
IRBESARTAN/HYDROCHLOROTHIAZIDE.....	52
IRON	105
IRON SUPPLEM.....	105

IRON SUPPLMT	105
IRON THERAPY.....	105
ISENTRESS.....	9
ISENTRESS HD.....	9
ISONIAZID	5
ISOSORBIDE DINITRATE	45
ISOSORBIDE MONONITRATE	45
ISOTRETINOIN	111, 112
ITOVEBI.....	18, 19
ITRACONAZOLE.....	5
IVABRADINE	45
IVERMECTIN	11
IWILFIN	19
IXCHIQ	14
IZERVAY	110

J

JAKAFI.....	19
JANTOVEN	107
JAYPIRCA	19
JENCYCLA.....	29
JOCK ITCH	6
JOENJA.....	123
JOLESSA	29
JOLIVETTE	29
JULEBER	29
JUNEL 1.5/30	29
JUNEL 1/20	29
JUNEL FE.....	29
JUNEL FE 24	29
JUST D.....	44

K

K HYDROCORTISON	115
KALYDECO	58
KARIDIUM.....	100
KARIGEL-N	100
KARIVA.....	29
K-EFFERVESCE.....	101
KELNOR.....	29

KERENDIA	41
KERICORT 10.....	115
KETOCONAZOLE	5, 6
KETOPROFEN	81
KETOROLAC	110
KETOTIFEN FUM	110
KIMIDESS	29
KIONEX	123
KISQALI	19
KLOR-CON 10.....	101
KLOR-CON 8.....	101
KLOR-CON M10	101
KLOR-CON M20	101
KLOR-CON SPR.....	101
KLOR-CON/EF	101
KLOXXADO	116
KOMZIFTI	19
KONSYL.....	61
KOSELUGO	19
KP B COMPLEX.....	90
KP CALCIUM.....	101
KP PRENATAL.....	90
K-PHOS	101
KPN PRENATAL	90
K-PRIME	101
KRAZATI	19
KRINTAFEL	11
K-SOL	101
KURVELO	29
K-VESCENT	101

L

LABETALOL	46
LACOSAMIDE	83
LACTIC ACID (AMMONIUM LACTATE)	112
LACTULOSE	13
LAMIVUDINE.....	9
LAMIVUDINE/ZIDOVUDINE	9
LAMPIT	12
LANABIOTIC	111

LANACORT 10	115
LANSOPRAZOLE	64
LANTUS.....	36
LANTUS SOLOSTAR	36
LAPATINIB (generic Tykerb).....	20
LARIN	29
LARIN 24	29
LARIN FE	29
LATANOPROST.....	110
LAYOLIS FE	30
LAZCLUZE.....	20
LEENA	30
LEFLUNOMIDE	79
LENALIDOMIDE (generic Revlimid).....	20
LENVIMA	20
LEQEMBI IQLK.....	74
LESSINA	30
LETROZOLE	20
LEUCOVOR CA	15
LEUKERAN	20
LEUPROLIDE.....	20
LEVETIRACETA	83
LEVOBUNOLOL	109
LEVOCARNITINE.....	41
LEVO-ETH EST	30
LEVOFLOXACIN	4
LEVONEST	30
LEVONOR/ETHI.....	30
LEVONORGESTR	30
LEVORA-28	30
LEVOTHYROXINE	38, 39
LEVOXYL	39
LEXIVA	9
LICE KILLING	112
LICE TREATMENT	112
LICE TRTMNT	112
LICIDE	112
LIDO/PRILOCN	111
LIDOCAINE.....	50, 110, 111
LIDOCAINE HCL.....	111
LIFYORLI.....	20

LINDANE	112
LINEZOLID	12
LIOTHYRONINE	39
LIQ CA/VIT D	101
LIRAGLUTIDE.....	34
LISDEXAMFETAMINE (generic Vyvanse).....	72, 73
LISINOPRIL	52
LISINOPRIL/HYDROCHLOROTHIAZIDE	52, 53
LITEAIRE.....	119
LIVDELZI.....	61
LO LOESTRIN.....	30
LO MINASTRIN	30
LOKELMA.....	123
LOMEDIA 24	30
LOMUSTINE	20
LONSURF	20
LOPERAMIDE	62
LOPINAVIR-RITONAVIR.....	9
LOPINAVIR-RITONAVIR SOL.....	9
LOQTORZI	20
LORATADINE.....	57
LORAZEPAM	71
LORBRENA	20
LORCET	77
LORCET HD	77
LORCET PLUS	77
LORTAB.....	77
LORYNA	30
LOSARTAN POTASSIUM.....	50, 51
LOSARTAN/HYDROCHLOROTHIAZIDE.....	53
LOVASTATIN	55
LOW-OGESTREL	30
LUCIRA.....	119
LUDENT.....	100
LUMAKRAS	20
LUPANETA	33
LUPR DEP-PED	33
LUPRON DEPOT	33
LUPRON DEPOT (pediatric kit).....	33
LUTERA	30
LYNPARZA.....	20

LYSODREN	20
LYTGOBI.....	20, 21
LYZA.....	30

M

MAALOX	62
MAG 64	101
MAG CL/CA CARBONATE (Slow mag)	101
MAG OXIDE	62, 101
MAGNESIUM CITRATE.....	61
MALE CONDOMS.....	68
MARLISSA	30
MASK VORTEX/.....	119
MATULANE	21
MAVYRET.....	8
MAYZENT.....	75
MECLIZINE	65
MED-DERM HC	115
MEDI-CORT.....	115
MEDI-MECLIZI.....	65
MEDI-PROFEN	81
MEDISENSE (calibration liquid)	120
MEDROXYPR AC.....	24
MEFLOQUINE	11
MEGESTROL AC	21
MEKINIST.....	21
MEKTOVI	21
MELATONIN.....	41, 42
MELOXICAM	81
MEMANTINE.....	74
MENACTRA.....	14
MENEST	28
MENOMUNE.....	14
MENQUAFI	14
MENVEO.....	14
MERCAPTOPURINE.....	16
MEROP/NACL	12
MESALAMINE	66
MESALAMINE (generic Pentasa).....	66
MESALAMINE (generic Apriso).....	66

MESALAMINE (generic Asacol HD)	66	MIDOL	81
MESALAMINE (generic Delzicol)	66	MIFEPRISTONE	40
MESALAMINE (generic Lialda)	66	MILK OF MAGNESIUM	61
METAMUCIL	61	MINERAL OIL	61
METAPROTEREN	60	MINI WRIGHT	119
METFORMIN	32	MINITRAN	45, 46
METHAZOLAMIDE	53	MINOCYCLINE	4
METHIMAZOLE	38	MINOXIDIL	53
METHITEST	26	MIRABEGRON	69
METHOCARBAMOL	86	MIRASORB	119
METHOTREXATE	16	MISOPROSTOL	64
METHSUXIMIDE	83	MISSION PREN	90
METHYLDOPA	52	M-M-R II	15
METHYLERGON	40	MNEXSPIKE	15
METHYLPHENIDATE	73, 74	MODERNA 6MO-11Y COVID VACCINE	15
METHYLPHENIDATE (generic Concerta)	73	MODEYSO	21
METHYLPHENIDATE (generic Metadate CD)	73	MOMETASONE	115
METHYLPHENIDATE HCL	74	MOMETASONE FUROATE	115
METHYLPREDNISOLONE	25	MONO-LINYAH	30
METIPRANOLOL	109	MONONESSA	30
METOCLOPRAMIDE	67	MONTELUKAST	60
METOLAZONE	54	MORPHINE SULFATE	77, 78
METOPROLOL	47	MOTION RELF	65
METOPROLOL TARTRATE	46	MOTION SICK	65
METOPROLOL/HYDROCHLOROTHIAZIDE	53	MOTION-TIME	65
METRONIDAZOLE	12, 69	MOTRIN PM	70
MEXILETINE	50	MOUNJARO	34
MIBELAS 24	30	MOXIFLOXACIN	4
MICADERM	6	MOXIFLOXACIN HCL	110
MICONAZOLE	6	mRESVIA	15
MICONAZOLE CRE 2%	6	MULTAQ	50
MICONAZOLE 3	6	MULTI PRENAT	90
MICONAZOLE 7	6	MULTI-VIT/FE	90
MICONAZOLE NITRATE	6	MULTI-VIT/FL	90, 91
MICRO GUARD	6	MUPIROCIN	111
MICROCHAMBER	119	M-VIT	91
MICROGESTIN	30	MY WAY	30
MICROLIFE	119	MYCOPHENOLATE	123
MICROSPACER	119	MYCOPHENOLATE SODIUM	123
MIDAZOLAM	71	MYDRAL	110
MIDODRINE	54	MYFERON 150	105

MYLAB BOX	119
MYLERAN.....	21
MYNATAL.....	91
MYNATAL PLUS.....	91
MYNATAL-Z	91
MYNEPHROCAPS	91
MYQORZO	46
MYZILRA	30

N

NABUMETONE.....	81
NADOLOL.....	47
NAFCILLIN SODIUM	1
NAFRINSE	100
NALOXONE	116
NALTREXONE.....	116
NAPROXEN	81
NARATRIPTAN	81
NARCAN.....	116
NATAL-V RX	91
NATALVIRT CA	91
NATALVIT.....	91
NATEGLINIDE.....	36
NATURALYTE	101
NEBUPENT	12
NEBUSAL.....	58
NECON	30
NEMLUVIO.....	80
NEO/BAC/POLY.....	108
NEO/POLY/BAC.....	109
NEO/POLY/DEX.....	109
NEO/POLY/GRA	108
NEO/POLY/HC.....	109
NEOMYCIN.....	5
NEO-POLYCIN	108, 109
NEOPORACIN.....	111
NEOSPORIN	115
NEOSPORIN AF	6
NEOSPORIN+PN.....	111
NEPHPLEX RX.....	91

NEPHRON FA	105
NEPHRONEX	91
NEPHRO-VITE	91
NERLYNX.....	21
NESSI SPACER	119
NEUT.....	69
NEUTRAGARD.....	100
NEUTREXIN.....	12
NEVIRAPINE.....	9
NEXT CHOICE	30
NIACIN	54, 86, 87
NIACIN ER	54, 87
NIACIN TR	87
NIACINAMIDE	87
NICOTINE.....	75
NICOTINE SYS	75
NIFEDIAC CC	49
NIFEDICAL XL.....	49
NIFEDIPINE	49
NIKKI.....	30
NILOTINIB HCL.....	21
NINLARO.....	21
NITRO-BID	46
NITRO-DUR.....	46
NITROFURANTOIN	12
NITROFURANTOIN MACROCRYSTALS.....	12
NITROGLYCERIN	46
NIVA-PLUS	91
NIVESTYM (NEUPOGEN BIOSIMILAR).....	104
NIZATIDINE	64
NOBLE FORMUL.....	115
NONOXYNOL-9	30
NORA-BE.....	30
NORDITROPIN	79
NORETH/ETHIN	30
NORETHIN ACE	24
NORETHINDRON.....	30
NORGEST/ETHI	30, 31
NORINYL	31
NORLYROC.....	31
NORPACE.....	50

NORTREL.....	31
NORVIR.....	9
NOVAFERRUM.....	91
NOVAVAX	15
NOVOLIN	36
NOVOLOG MIX	36
NOVOLOG RELION	36
NOXAFIL.....	6
NP THYROID.....	39
NUBEQA	21
NUCALA (Auto-injector)	60
NUCALA (Prefilled syringe)	60
NU-IRON 150	105
NULEV.....	63
NUTROPIN AQ	79
NYSTAT/TRIAM.....	115
NYSTATIN.....	6

O

OB COMPLETE	91
OB-NATAL ONE.....	92
O-CAL.....	92
O-CAL FA.....	92
OCALIVA	61
OCELLA	31
OCTREOTIDE	43
ODACTRA.....	117
ODEFSY	10
ODOMZO	21
OFLOXACIN.....	108
OGESTREL	31
OGSIVEO.....	21
OJEMDA.....	21
OJJAARA	21
OLMESARTAN MEDOXOMIL.....	51
OLOPATADINE HCL	110
OMEGA III	42
OMEPRAZOLE	64
OMEPRAZOLE +	64
OMEPRAZOLE + (First-omeprazole).....	64

OMNIPOD	120
OMNITROPE	79
OMVOH	66
ONDANSETRON	65
ONELAX	62
ONETOUCH (lancet device)	120
ONETOUCH (lancets)	120, 121
ONUREG	21
OPCICON	31
OPILL.....	31
OPTICHAMBER	121, 122
OPVEE.....	116
ORA-BLEND.....	117
ORA-BLEND SF	117
ORAL ELECTRO.....	101
ORAL MIX	117
ORAL MIX SF.....	117
ORAL SUSPEND.....	117
ORAL SYRUP	117
ORALAIR	117
ORALYTE	101
ORA-PLUS	117
ORA-SWEET	117
ORA-SWEET SF.....	117
ORENITRAM.....	56
ORGOVYX	33
ORILISSA	33
ORKAMBI.....	58
ORLADEYO.....	116
ORSERDU	21
ORSYTHIA	31
ORTHO COIL	68
ORTHO FLAT	68
ORTHO FLEX	68
ORTHO TRI-CYCLN LO	31
OS-CAL.....	101, 102
OSCAL	102
OSCIMIN	63
OSCIMIN SR	63
OSELTAMIVIR	11
OTEZLA	79

OTEZLA XR	79
OXACILLIN SODIUM	1, 2
OXANDROLONE	26
OXCARBAZEPIN.....	83, 84
OXYBUTYNIN	67
OXYCODONE.....	78
OXYCODONE/APAP.....	78
OXYCODONE/ASA.....	78
OXYCONTIN	78, 79
OXYTROL/WOMN	67
OYS SHELL CA	102
OYS SHELL+D	102
OYSCO 500+D	102
OYST CAL/D	102
OYST SHELL/D.....	102
OZEMPIC.....	34

P

PACERONE	50
PANCREAZE	66
PANDA MASK.....	122
PANTOPRAZOLE.....	64
PARICALCITOL.....	44
PAROEX.....	110
PAROMOMYCIN.....	4
PAXLOVID	7
PAZOPANIB.....	21
PCCA SWEET	117
PCCA SYRUP.....	117
PCCA-PLUS.....	117
PEAK AIR FLO	122
PEAK FLOW	122
PEAK FLW MTR	122
PED MULT VIT W/C &FA	92
PEDIA IRON.....	105
PEDIA-LAX.....	62
PEDIALYTE	102
PEDIASURE	103
PEGANONE	84
PEMAZRYE	21

PEMAZRYE	21
PENBRAYA	15
PENICILLIN G POTASSIUM	2
PENICILLIN G POTASSIUM DEXTROSE	2
PENICILLN VK.....	2
PENMENVY	15
PENTAM 300	12
PENTASA.....	66
PENTOXIFYLLI	107
PERDIEM.....	62
PERIOGARD	111
PERMETHRIN	112
PERSONAL BES.....	122
PHENADOZ	65
PHENAZO.....	69
PHENAZOPYRID	69
PHENERGAN	65
PHENOBARB	71
PHENTERMINE HCL-TOPIRAMATE.....	25
PHENYTOIN.....	84
PHENYTOIN EX.....	84
PHILITH	31
PHOS-FLUR	100
PHOSPHA 250.....	102
PHOSPHOLINE	110
PHYTONADIONE	44
PIFELTRO	10
PIKO 1.....	122
PILOCARPINE	68, 110
PIMECROLIMUS.....	115
PIMTREA.....	31
PINDOLOL.....	47
PINK BISMUTH.....	62
PINWORM	11
PIN-X.....	11
PIOGLITAZONE.....	33, 38
PIOGLITAZONE/METFORMIN	33
PIP/TAZ/NACL.....	2
PIPER/TAZOBA.....	2
PIQRAY	21, 22
PIRFENIDONE	57, 58

PIRMELLA	31	PRAVASTATIN	55, 56
PIXEL	119	PRAZOSIN	70
PLAN B	31	PRECISION (blood glucose monitor)	121
PNEUMOVAX 23	15	PRECISION (calibration liquid)	121
PNV FE FUM	92	PRECISION (test strips)	121
PNV FOLIC AC	92	PRED MILD	109
PNV OB+DHA	92	PRED SOD PHO	109
PNV PRENATAL	92	PREDNISOLONE	25, 109
PNV TABS	92	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE	25
PNV-DHA	92	PREDNISONE	25
PNV-SELECT	92	PREGABALIN (generic Lyrica)	84
PNV-VP-U	92	PREHEVBRIO	15
POCKET PEAK	122	PRENAISSANCE	93
POCKETPEAK	122	PRENAPLUS	93
PODACTIN	7	PRENAT PLUS	93
PODOFILOX	112	PRENATABS FA	93
POLYCIN	108	PRENATABS RX	93
POLYCIN B	108	PRENATAL	92, 93, 94, 96, 97
POLY-DEX	109	PRENATAL 1	94
POLYETHYLENE GLYCOL	61	PRENATAL 19	94
POLY-IRON	105	PRENATAL AD	94
POLYMYXIN B/SOL TRIMETHOPRIM SULFATE	108	PRENATAL FRM	94
POLY-VI-SOL	92	PRENATAL MV	95
POLY-VITA	92	PRENATAL VIT	95
POLYVITAMIN	92, 93	PRENATAL/FE	95
POLY-VITE	93	PRENATAL+DHA	95
POMALYST	22	PRENATAL+FE	95
POMBILITI	25	PRENATAL-U	95
PORTIA-28	31	PRENATL MULT	95
POSACONAZOLE	6	PREP H HC	115
POT ACETATE	102	PREPLUS	95
POT CHLORIDE	102	PRETAB	95
POT CL MICRO	102	PRETOMANID	5
POT GLUCONAT	102, 103	PREVALITE	55
POTASSIUM	103	PREVIFEM	31
POTASSIUM CITRATE	69	PREVNAR 13	15
POTASSIUM CITRATE/CITRIC ACID	69	PREVYMIS	7
PRADAXA	107	PREZCOBIX	10
PRALUENT	55	PREZISTA	10
PRAMIPEXOLE	85	PRIFTIN	5
PRASUGREL	104	PRIMEAIRE	122

PRIMIDONE	84
PRIORIX.....	15
PROBEN/COLCH.....	82
PROBENECID.....	82
PROCAINAMIDE.....	50
PROCHLORPER.....	65
PROCTO-PAK.....	115
PROGESTERONE	24
PROMETHAZINE	65
PROMETHEGAN.....	65
PRONTO PLUS.....	112
PROPAFENONE	50
PROPANTHELIN	63
PROPRANOLOL	47
PROPYLTHIOUR	38
PROVIL.....	81
PSEUDOEPHEDRINE HCL.....	58
PSORIASIN	112
PSYLLIUM FIBER.....	61
PULMOSAL.....	58
PULMOZYME	58
PX PRENATAL.....	95
PYRAZINAMIDE.....	5
PYRIDOSTIGMINE BROMIDE.....	68
PYRIDOXINE	87
PYRUKYND	42

Q

QC PRENATAL	95
QINLOCK.....	22
QSYMIA.....	25, 26
QTERN	36
QUASENSE	31
QUFLORA PED.....	95
QUICKVUE.....	118
QUINIDINE GLUCONATE.....	50
QUINIDINE SULFATE	50
QULIPTA	81
QVAR REDHALER	60

R

RA ALCOHOL.....	111
RA ARTH PAIN.....	112
RA CALCIUM	95
RA PRENATAL	95, 96
RABEPRAZOLE	64
RADICAVA ORS	85
RAGWITEK	117
RAJANI.....	31
RALOXIFENE.....	40
RAMELTEON	70
RAMIPRIL.....	52
RANOLAZINE.....	45
RECLIPSEN	31
RECOMBIVA HB	15
RECORT PLUS.....	115
REDEMPLO	55
REDERM.....	116
REESES MED	11
REGONOL	68
REGRANEX.....	113
RELENZA	11
RELION (test strips)	121
RENAL.....	96
RENALPREN	96
RENA-VITE	96
RENA-VITE RX	96
RENO	96
REPATHA	55
RESCRIPTOR.....	10
RETACRIT (PROCRIT/EPOGEN BIOSIMILAR).....	104
RETROVIR	10
REVUFORJ.....	22
REYATAZ	10
REYVOW	81
REZDIFFRA	42
REZLIDHIA.....	22
REZUROCK	42
REZVOGLAR	36
RIFABUTIN	5

RIFAMPIN	5
RILUZOLE	85
RIMANTADINE	7
RINGWORM	7
RINVOQ	113
RINVOQ LQ	113
RISEDRONATE	41
RITEFLO	122
RITONAVIR	10
RIVASTIGMINE	74
RIVELSA	31
RIVFLOZA	26
RIVIVE	117
RIZATRIPTAN	81, 82
ROFLUMILAST	60, 116
ROMVIMZA	22
ROMYCIN	108
ROPINIROLE	85
ROSUVASTATIN	56
ROXICET	79
ROZLYTREK	22
RUBRACA	22
RUKOBIA	10
RULAVITE DHA	96
RYDAPT	22

S

SACUBITRIL-VALSARTAN (generic Entresto)	45
SAFYRAL	31
SALICYLIC ACID	116
SALINE	61
SALINE FLUSH	103
SALSALATE	76
SAM-E.P.A.	42
SAPROPTERIN	42
SARNOL-HC	116
SB HYDROCORT	116
SCALP RELIEF	116
SCALPICIN	113, 116
SCEMBLIX	22

SEGLUROMET	37
SELEGILINE	85
SELENIUM SULFIDE	7
SELZENTRY	10
SENNA	61
SENNA-DOCUSATE SODIUM	61
SEPHIENCE	26
SEREVENT DISKUS	59
SE-TAN DHA	96
SETLAKIN	31
SEVELAMER	67
SF	100
SF 5000 PLUS	100
SHAROBEL	31
SHINGRIX	15
SIGNIFOR	43
SILDENAFIL	56
SILIQ	113
SILVER SULFA	112
SIMILAC PREN	96
SIMLANDI KIT	79
SIMLANDI 1 PN KIT	79
SIMLANDI 2PN KIT	79
SIMPLE	117
SIMPLICITY	119
SIMVASTATIN	56
SIROLIMUS	123
SIRTURO	5
SKYCLARYS	42
SKYRIZI	113
SLEEP AID	70
SLO-NIACIN	87
SLOW IRON	105
SLOW REL FE	105
SLOW RELEASE	105
SM ACID REDU	64
SM ANTIFUNGL	7
SM CALCIUM	96
SM FIRST AID	111
SM IPECAC	116
SM IRON	105

SM IRON SLOW.....	106
SMZ/TMP DS.....	12
SMZ-TMP.....	12
SOD BICARB.....	69
SOD CHLORIDE.....	103
SOD FLUORIDE.....	100
SOD POLY.....	123
SODIUM BICAR.....	62
SODIUM CHLOR.....	69
SODIUM CHLORIDE.....	58
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR (generic Epclusa).....	8
SOLIA.....	31
SOLIFENACIN (generic Vesicare).....	67
SOLIQUA.....	36
SOLU-CORTEF.....	26
SOMAVERT.....	43, 44
SOOTHE.....	7, 62
SOOTHE&COOL.....	7
SORAFENIB (generic Nexavar).....	22
SORINE.....	47
SOTALOL AF.....	47
SOTALOL HCL.....	47
SPIKEVAX.....	15
SPIRIVA.....	59
SPIRONOLACTONE.....	53, 54
SPIRONOLACTONE/HYDROCHLOROTHIAZIDE.....	53
SPONGE.....	68
SPRINTEC 28.....	31
SPS.....	123
SRONYX.....	31
SSD.....	112
SSKI.....	38
STAVUDINE.....	10
STEGLATRO.....	36, 37
STERIL WATER.....	69, 117
STIMATE.....	43
STIOLTO.....	59
STIVARGA.....	22
STOMACH RELF.....	62
STOMACH RLF.....	62
STRESS 500.....	96

STRESS FORM.....	96
STRIBILD.....	10
STRIVERDI.....	59
STUART PREN.....	96
SUBLOCADE.....	76
SUCRALFATE.....	64
SULF/PRED NA.....	109
SULFACET SOD.....	108
SULFADIAZINE.....	67
SULFASALAZIN.....	67
SULFATRIM PD.....	12
SULFAZINE.....	67
SULFAZINE EC.....	67
SULINDAC.....	81
SUMATRIPTAN.....	82
SUNITINIB.....	22
SUPER B-COMP.....	96
SUPER DHA.....	42
SUPER OMEGA.....	42
SUPERPLEX-T.....	96
SUPRAX.....	3
SUSPENSION.....	117
SYEDA.....	31
SYMAX FASTAB.....	63
SYMAX-SL.....	63
SYMAX-SR.....	63
SYMDEKO.....	58
SYMTUZA.....	10
SYNAGIS.....	12
SYNTHROID.....	39
SYRINGE (DISPOSABLE).....	122
SYRINGE/NEEDLE (DISPOSABLE).....	122
SYRPALTA.....	117
SYRSPEND SF.....	117
SYRUP.....	117
SYRUP SF.....	117

T

TABLET.....	122
TABLOID.....	22

TABRECTA.....	22	THYROLAR-1	39
TACROLIMUS	113, 123	THYROLAR-1/2.....	39
TADALAFIL	56	THYROLAR-1/4.....	39
TAFINLAR	22	THYROLAR-2	39
TAGITOL V.....	122	THYROLAR-3	39
TAGRISSO	22	TIAGABINE	84
TAKE ACTION	31	TIBSOVO	23
TAKHZYRO	116	TICLOPIDINE	108
TALTZ	80	TILIA FE	31
TALZENNA.....	22	TIMOLOL GEL.....	109
TAMOXIFEN	22, 23	TIMOLOL MAL	109
TAMSULOSIN	70	TINEACIDE	7
TANZEUM	34	TIVICAY	10
TARINA FE.....	31	TIZANIDINE	86
TASIGNA	23	TOBRA/DEXAME.....	109
TAVALISSE.....	104	TOBRADEX	109
TAZTIA XT	49	TOBRAMYCIN	5, 108
TAZVERIK	23	TOLTERODINE.....	67
TEMOZOLOMIDE	23	TOLVAPTAN	42, 43
TENOFOVIR.....	10	TOPIRAGEN.....	84
TEPMETKO	23	TOPIRAMATE	84
TERAZOSIN	70	TOREMIFENE	23
TERBINAFINE	6	TORSEMIDE	54
TERBUTALINE.....	60	TOTAL B/C	96
TESTIM.....	26	TRAMADL/APAP	79
TESTOSTERONE	26	TRAMADOL HCL.....	79
TESTOSTERONE CYPIONATE	26	TRANEXAMIC ACID	107
TESTOSTERONE ENATHATE	26	TRAVEL SICK	65
TESTOSTERONE TD	26	TRAVOPROST.....	110
TETRABENAZINE	86	TRAV-TABS.....	65
TETRACYCLINE	4	TRELEGY AER ELLIPTA.....	59
TH IRON	106	TREMFYA (pen-injector)	113
TH PRENATAL	96	TREMFYA (prefilled syringe)	113
THEOCHRON.....	60	TREPROSTINIL.....	56
THEOPHYLLINE	60, 61	TRETINOIN	23, 112
THERA-D	44	TRIADVANCE.....	97
THERAGEN HP	113	TRIAMCINOLON.....	116
THERMAZENE	112	TRIAMCINOLONE NASAL	58
THIAMINE HCL.....	87	TRIAMTERENE	53
THRIVITE 19	96	TRIAMTERENE/HYDROCHLOROTHIAZIDE.....	53
THRIVITE RX.....	96	TRIAZOLAM	71

TRICARE	97
TRIDERM.....	116
TRI-ESTARYLL.....	31
TRIFLURIDINE	109
TRIHXYPHEN	85
TRIKAFTA	58, 59
TRI-LEGEST.....	31
TRILEPTAL	84
TRI-LINYAH	31
TRILYTE	62
TRIMETHOPRIM.....	12
TRIMETHOPRIM SOL POLYMYXN.....	109
TRINATAL.....	97
TRINATAL GT	97
TRINATAL RX.....	97
TRINATE.....	97
TRINESSA	31
TRIPHROCAPS	97
TRI-PREVIFEM.....	31
TRIPTONE	65
TRI-SPRINTEC.....	31
TRIUMEQ.....	10
TRIUMEQ PD.....	10
TRI-VI-SOL.....	97
TRI-VIT/FL	97
TRI-VIT/FLUO	97
TRI-VITA	97
TRI-VITA/FL.....	97
TRI-VITAMIN	97
TRIVORA-28	32
TRIXAICIN HP	113
TROPICAMIDE.....	110
TROSPIMUM	63
TRUEDRAW (lancet device)	121
TRUEMETRIX (calibration liquid)	121
TRUEMETRIX (test strip)	121
TRULICITY	34
TRUMENBA.....	15
TRUMETRIX (blood glucose monitor)	121
TRUPLUS (lancets)	121
TRUQAP	23

TRUSELTIQ.....	23
TRUZONE PEAK.....	122
TRYNGOLZA	55
TUKYSA	23
TURALIO	23
TWINRIX	15
TYBOST	10
TYENNE.....	80
TYMLOS	41

U

UBRELVY	82
UKONIQ	23
ULTIMATECARE	97
ULTRA TABS.....	97
UNITHROID.....	40
UNITHROID DIRECT	39, 40
UREA.....	113
URSODIOL.....	66

V

VAGISTAT-3	7
VALACYCLOVIR	7
VALGANCICLOVIR	7
VALSARTAN	51
VALSARTAN/HCTZ	51
VALVD HOLDNG.....	122
VANCOMYCIN.....	12, 13
VANCOMYCIN (compound kit)	13
VANCOMYCIN/DEXTROSE	13
VANDAZOLE.....	69
VANFLYTA.....	23
VANRAFIA	43
VAQTA	15
VARENICLINE (generic Chantix)	75
VARIVAX	15
VAXNEUVANCE.....	15
VCF VAGINAL.....	68
VELIVET.....	32
VELTASSA.....	123

VENATAL-FA	97
VENCLEXTA	23
VERAPAMIL.....	49
VERSAFREE	118
VERSAPLUS	118
VERZENIO	23
VESTURA.....	32
VIBRAMYCIN.....	4
VIDEX	10
VIGABATRIN (Generic Sabril)	84
VIGABATRIN (GENERIC SABRIL)	84
VIJOICE	43
VIMKUNYA.....	15
VIMPAT.....	84
VINATE AZ EX.....	97
VINATE CAL.....	97
VINATE GT	98
VINATE IC.....	98
VINATE II.....	98
VINATE ONE.....	98
VINATE ULTRA	98
VIORELE	32
VIRACEPT	10
VIREAD.....	10, 11
VIRT NATE.....	98
VIRT-ADVANCE	98
VIRT-CAPS.....	98
VIRT-CARE.....	98
VIRT-PHOS	103
VIRT-PN	98
VIRT-PN DHA	98
VIRTRATE-2.....	69
VIRTRATE-K.....	69
VIRT-VITE GT.....	98
VIT D GUMMIE	44
VITA-BEE/C	98
VITAJoy DALY	44
VITAMIN B-1	87
VITAMIN B-12	87
VITAMIN D	44
VITAMIN D2	44

VITAMIN D3.....	44
VITAMIN E	44, 45
VITEKTA	11
VITRAKVI.....	23
VIVITROL.....	76
VIZIMPRO	23
VOL-CARE RX	98
VOL-NATE	98
VOL-PLUS.....	99
VOL-TAB RX	99
VONJO	23
VOQUEZNA.....	63
VORANIGO.....	23
VORICONAZOLE	6
VORTEX VALVE	122
VORTEX/MASK.....	122
VOSEVI.....	8
VOXZOGO	43
VOYDEYA	116
VOYXACT	43
VP-ERA OB	99
VP-VITE RX	99
VYFEMLA	32
VYNDAMAX	45
VYNDAQEL.....	46

W

WAL-DRAM.....	66
WAL-DRAM II.....	66
WARFARIN.....	107
WATCHHALER.....	122
WAYRILZ	104
WEGOVY	34
WELIREG.....	23
WERA.....	32
WIDE-SEAL.....	68, 69
WINREVAIR.....	57
WINREVAIR (KIT 2 X 45 MG)	57
WINREVAIR (KIT 2 X 60 MG)	57
WIXELA INHU (generic Advair)	59

WYMZYA FE 32

X

XACDURO 43

XALKORI..... 24

XARELTO 107

XARELTO STAR..... 107

XELJANZ 113

XELJANZ XR..... 113

XIFAXAN..... 13

XIGDUO XR 37

XOLAIR..... 61

XOPENEX HFA 59

XOSPATA..... 24

XPOVIO 24

XROMI 104

XTANDI 24

XULANE..... 32

Y

YESINTEK 114

YEZTUGO 11

YODOXIN 4, 5

YUSIMRY 79

YUTREPIA..... 57

YUVAFEM 28

Z

ZAFIRLUKAST 60

ZALEPLON 70, 71

ZARAH..... 32

ZEGALOGUE (auto-injector) 33

ZEGALOGUE (Prefilled Syringe) 33

ZEJULA 24

ZELBORAF 24

ZEMAIRA..... 61

ZENCHENT 32

ZENCHENT FE..... 32

ZENPEP 66

ZEPBOUND 34, 35

ZIAGEN 11

ZIDOVUDINE..... 11

ZILBRYSQ 116

ZIMHI 117

ZINC OXIDE 114

ZIRGAN 109

ZITHROMAX..... 4

ZOLINZA..... 24

ZOLMITRIPTAN 82

ZOLPIDEM..... 71

ZOMACTON 43

ZONISAMIDE..... 84

ZOVIA..... 32

ZUBSOLV..... 76

ZURNAI 117

ZYDELIG 24

ZYKADIA..... 24

