Alameda Alliance Wellness, HMO D-SNP

فهرست داروهای تحت پوشش سال 2027 (*فهرست دارویی* یا دارونامه)

لطفا مطالعه کنید: این سند حاوی اطلاعاتی درباره داروهایی است که تحت پوشش این طرح قرار دارند

شناسه فهرست دارو: 00027337، شماره نسخه: 6

این *فهرست دارویی* در تاریخ 2026/10/5 به‌روزرسانی شده است.

برای اطلاعات جدیدتر یا سایر سؤالات، با ما با شماره
1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) (TTY: 1.800.735.2929)، هفت (7) روز هفته، 8 صبح تا 8 شب تماس بگیرید یا از www.alamedaalliance.org/alliancewellness بازدید کنید.

مقدمه

این سند *فهرست داروهای تحت پوشش* نامیده می‌شود (همچنین با عنوان *فهرست دارویی* شناخته می‌شود). این فهرست نشان می‌دهد کدام داروها تحت پوشش Alameda Alliance Wellness هستند. همچنین، *فهرست دارویی* به شما اطلاع می‌دهد که آیا برای داروهای تحت پوشش Alameda Alliance Wellness، قوانین یا محدودیت‌های خاصی وجود دارد یا خیر. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها در آخرین فصل *کتابچه راهنمای اعضا* ارائه شده است.

فهرست مطالب

A. سلب مسئولیت‌ها.....3

B. پرسش‌های متداول (FAQ) 11

B1. کدام داروهای تجویزی در فهرست داروهای تحت پوشش قرار دارند؟ (ما فهرست داروهای تحت پوشش را به اختصار «فهرست دارویی» می‌نامیم.)..... 11

B2. آیا *فهرست دارویی* تغییر می‌کند؟ 12

B3. در صورت تغییر در *فهرست دارویی*، چه اتفاقی می‌افتد؟.....13

B4. آیا محدودیت‌هایی برای پوشش دارو وجود دارد یا برای دریافت برخی داروها لازم است اقدامات خاصی انجام دهید؟.....14

B5. چگونه مطلع شوم که داروی مدنظرم دارای محدودیت است یا اقدامات ضروری خاصی برای دریافت این دارو لازم است؟.....15

B6. اگر Alameda Alliance Wellness قوانین خود را در رابطه با نحوه پوشش بعضی از داروها (برای مثال، تاییدیه قبلی، محدودیت در مقدار و/یا محدودیت‌های درمان مرحله‌ای) تغییر دهد، چه اتفاقی می‌افتد؟.....15

B7. چگونه می‌توانم دارویی را در *فهرست دارویی* پیدا کنم؟ 15

B8. اگر داروی مورد نیازم در *فهرست دارویی* نباشد، باید چکار کنم؟ 16

B9. اگر عضو جدید Alameda Alliance Wellness باشم و نتوانم داروی خود را در *فهرست دارویی* پیدا کنم یا برای دریافت دارو مشکل داشته باشم، چه می‌شود؟.....16

B10. آیا می‌توانم برای تحت پوشش قرار گرفتن دارو درخواست استثنا کنم؟ 17

B11. چگونه می‌توانم درخواست استثنا کنم؟.....17

B12. دریافت استثنا چقدر طول می‌کشد؟ 18
B13. داروهای عمومی چیست؟ 18
B14. محصولات بیولوژیکی اصلی چیست و چه ارتباطی با داروهای بیوسیمیلار دارند؟ 18
B15. آیا (Alameda Alliance Wellness) نسخه‌های دارویی با دوره مصرف طولانی‌مدت را پوشش می‌دهد؟ 19
B16. آیا می‌توانم داروهای نسخه‌ای خود را از داروخانه محلی در منزل تحویل بگیرم؟ 19
B17. سهم پرداختی من چقدر است؟ 19
C. مروری بر *فهرست داروهای تحت پوشش* 19
C1. فهرست داروها بر اساس وضعیت پزشکی 20
D. Index of Covered Drugs I-1

A. سلب مسئولیت‌ها

این سند فهرست داروهایی است که اعضا می‌توانند از *Alameda Alliance Wellness* دریافت کنند.

- Alameda Alliance Wellness یک طرح HMO D-SNP است که دارای قرارداد با Medicare و برنامه Medi-Cal (Medicaid) ایالت کالیفرنیا است. ثبت نام در Alameda Alliance Wellness به تمدید قرارداد بستگی دارد.
- همیشه می‌توانید فهرست به‌روز داروهای تحت پوشش Alameda Alliance Wellness را به‌صورت آنلاین در www.alamedaalliance.org/alliancewellness بررسی کنید یا با شماره A.DSNP1.888.88 (1.888.882.3767) تماس بگیرید (TTY: 1.800.735.2929). این تماس رایگان است.
- می‌توانید این سند را به‌صورت رایگان در قالب‌های دیگر مانند چاپ با حروف درشت، خط بریل یا فایل صوتی دریافت کنید. با شماره‌های موجود در پاورقی این سند تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
- *این سند به‌صورت رایگان به زبان اسپانیایی، چینی، ویتنامی، فارسی و تاگالوگ قابل‌ارائه است.*

اطلاعیه در دسترس بودن خدمات کمک زبانی و وسایل و خدمات کمکی

ATTENTION: If you need help in your language, call 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). These services are free of charge.

(Arabic) العربية

1.888.882.3767يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ
. تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي (TTY: 1.800.735.2929)
الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ

اگر سؤالی دارید، لطفا با Alameda Alliance Wellness به شماره A.DSNP1.888.88 (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند.
ما هفت (7) روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب آماده خدمت‌رسانی هستیم. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، به www.alamedaalliance.org/alliancewellness مراجعه کنید.

1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929).هذه الخدمات مجانية .

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)។
ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ
ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។
ទូរស័ព្ទមកលេខ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)។
សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

中文 (Chinese – Simplified)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)。这些服务都是免费的。

繁體中文 (Chinese Traditional)

请注意：如果您需要以您的母语提供的帮助，請撥打 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)。我們可為殘障人士提供相應的輔助設施和服務，如盲文和大字印刷體格式的文件。請撥打1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)。此類服務均免費提供。

فارسی (Farsi)

1.888.882.3767خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با توجه: اگر می
تماس بگیرید.(TTY: 1.800.735.2929)
کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و

اگر سؤالی دارید، لطفا با Alameda Alliance Wellness به شماره A.DSNP1.888.88 (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند.
ما هفت (7) روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب آماده خدمت‌رسانی هستیم. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، به www.alamedaalliance.org/alliancewellness مراجعه کنید.

چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است.
تماس بگیرید. این خدمات (TTY: 1.800.735.2929) 1.888.882.3767
رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1.888.882.3767 (TTY:

اگر سؤالی دارید، لطفا با Alameda Alliance Wellness به شماره A.DSNP1.888.88
(1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند.
ما هفت (7) روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب آماده خدمت‌رسانی هستیم. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، به www.alamedaalliance.org/alliancewellness مراجعه کنید.

1.800.735.2929)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:
ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາ ບີ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929).
ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່

ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929).
ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1.888.882.3767 (линия TTY: 1.800.735.2929). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1.877.932.2738 (линия TTY: 1.800.735.2929). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Libre ang mga serbisyong ito.

اگر سؤالی دارید، لطفا با Alameda Alliance Wellness به شماره A.DSNP1.888.88 (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند.
ما هفت (7) روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب آماده خدمت‌رسانی هستیم. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، به www.alamedaalliance.org/alliancewellness مراجعه کنید.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) **นอกจากนี้ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข** 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Các dịch vụ này đều miễn phí.

اگر سؤالی دارید، لطفا با Alameda Alliance Wellness به شماره A.DSNP1.888.88 (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند.
ما هفت (7) روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب آماده خدمت‌رسانی هستیم. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، به www.alamedaalliance.org/alliancewellness مراجعه کنید.

- می‌توانید درخواست کنید همواره اطلاعات را به زبان یا در قالب مورد نیاز برای شما ارسال کنیم. به این عمل، درخواست مستمر می‌گوییم. برای دریافت این سند به زبانی غیر از انگلیسی یا در قالبی دیگر، اکنون و در آینده، لطفا با خدمات اعضا به شماره A.DSNP1.888.88 (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند. ما هفت (7) روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب آماده خدمت‌رسانی هستیم. خدمات اعضا، زبان و قالب ترجیحی شما را برای ارتباطات بعدی در پرونده نگهداری خواهد کرد. برای اعمال هرگونه تغییر در ترجیحات خود، لطفا با خدمات اعضا تماس بگیرید.

B. پرسش‌های متداول (FAQ)

پاسخ سؤالات مربوط به این *فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست دارویی)* را در اینجا مشاهده کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا جستجوی سؤال و پاسخ مورد نظر خود، می‌توانید تمام سؤالات متداول (Frequently asked questions, FAQ) را بخوانید.

B1. کدام داروهای تجویزی در *فهرست داروهای تحت پوشش* قرار دارند؟ (ما *فهرست داروهای تحت پوشش* را به اختصار «*فهرست دارویی*» می‌نامیم.)

داروهای موجود در *فهرست دارویی* که در **بخش C1** شروع می‌شوند، داروهای تحت پوشش Alameda Alliance Wellness هستند. این داروها در داروخانه‌های داخل شبکه ما در دسترس هستند. یک داروخانه زمانی در شبکه ما قرار دارد که با آن توافق کرده باشیم تا با ما همکاری کند و به شما خدمات ارائه دهد. ما این داروخانه‌ها را «داروخانه‌های شبکه» می‌نامیم.

سایر داروها، مانند برخی داروهای بدون نسخه (over-the-counter, OTC) و ویتامین‌های خاص ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفا به وب‌سایت Medi-Cal Rx در نشانی (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفا هنگام دریافت داروی نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذی‌نفع Medi-Cal (Beneficiary Identification Card, BIC) خود را همراه داشته باشید.

- Alameda Alliance Wellness تمام داروهای موجود در *فهرست دارویی* را که از نظر پزشکی ضروری باشند، تحت پوشش قرار می‌دهد، اگر:
  - پزشکتان یا تجویزکننده دیگری اظهار کند شما برای بهبود یا حفظ سلامت به آن‌ها نیاز دارید،
  - Alameda Alliance Wellness موافقت کند این دارو دارای ضرورت پزشکی برای شماست، **و**
  - نسخه خود را در یکی از داروخانه‌های عضو شبکه Alameda Alliance Wellness تهیه کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفا با Alameda Alliance Wellness به شماره A.DSNP1.888.88 (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند. ما هفت (7) روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب آماده خدمت‌رسانی هستیم. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، به www.alamedaalliance.org/alliancewellness مراجعه کنید.

- در برخی از موارد، باید اقداماتی پیش از دریافت دارو انجام دهید. برای کسب اطلاعات بیشتر، به سؤال B4 مراجعه کنید.

همچنین می‌توانید فهرست به‌روز داروهایی که تحت پوشش قرار می‌دهیم را در وب‌سایت ما به آدرس www.alamedaalliance.org/alliancewellness پیدا کنید یا با شماره‌های موجود در پاورقی این سند با خدمات اعضا تماس بگیرید.

B2. آیا *فهرست دارویی* تغییر می‌کند؟

بله، البته Alameda Alliance Wellness باید هنگام اعمال تغییرات، از قوانین Medicare و Medi-Cal پیروی کند. ممکن است در طول سال داروهایی به *فهرست دارویی* اضافه یا از آن حذف کنیم.

همچنین ممکن است قوانین‌مان را در رابطه با داروها تغییر دهیم. به‌عنوان‌مثال، می‌توانیم:

- تصمیم بگیریم آیا به تاییدیه قبلی برای دارویی نیاز است یا خیر. (تایید قبلی به‌معنای دریافت اجازه از Alameda Alliance Wellness قبل از گرفتن دارو است.)
- محدودیت مقدار دارویی را که می‌توانید دریافت کنید (اصطلاحا «محدودیت‌های مقدار» نامیده می‌شود)، اضافه کنیم یا تغییر دهیم.
- محدودیت‌های درمان مرحله‌ای برای یک دارو را اضافه یا تغییر دهیم. (درمان مرحله‌ای یعنی قبل از آنکه دارویی را پوشش دهیم، باید درمان با داروی دیگری را امتحان کنید.)

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این قوانین دارویی، به سؤال 4B مراجعه کنید.

اگر دارویی مصرف می‌کنید که در **ابتدای** سال تحت پوشش بوده است، معمولا پوشش این دارو را **در طول بقیه سال** لغو نمی‌کنیم یا تغییر نمی‌دهیم، مگر اینکه:

- داروی جدید و ارزان‌تری به بازار عرضه شود که اثر یکسان با دارویی را داشته باشد که الان در *فهرست دارویی* موجود است، **یا**
- متوجه شویم این دارو ایمن نیست، **یا**
- دارو از بازار جمع‌آوری شود.

پرسش‌های B3 و B6 زیر، اطلاعات بیشتری درباره اتفاقاتی که هنگام تغییر *فهرست دارویی* رخ می‌دهد، ارائه کرده است.

- همیشه می‌توانید فهرست به‌روز داروهای Alameda Alliance Wellness را به‌صورت آنلاین در www.alamedaalliance.org/alliancewellness بررسی کنید. به‌روزرسانی‌های *فهرست دارویی* هر ماه در وب‌سایت ارائه می‌شود.

اگر سؤالی دارید، لطفا با Alameda Alliance Wellness به شماره A.DSNP1.888.88 (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند. ما هفت (7) روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب آماده خدمت‌رسانی هستیم. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر**، به www.alamedaalliance.org/alliancewellness مراجعه کنید.

- همچنین می‌توانید با خدمات اعضا از طریق شماره‌های موجود در پاورقی این سند تماس بگیرید تا از فهرست دارویی فعلی مطلع شوید.

B3. در صورت تغییر در *فهرست دارویی*، چه اتفاقی می‌افتد؟

برخی تغییرات در *فهرست دارویی* **فورا** اعمال می‌شوند. برای مثال:

- **جایگزینی‌های نسخه‌های جدید برخی داروهای خاص.** اگر برخی نسخه‌های جدید یک دارو را جایگزین کنیم، ممکن است آن دارو را فوراً از فهرست دارویی حذف کنیم، اما هزینه شما برای داروی جدید همچنان $0 خواهد بود. هنگامی که نسخه جدید دارویی را اضافه می‌کنیم، ممکن است تصمیم بگیریم داروی برند یا محصول بیولوژیکی اصلی را در فهرست نگه داریم، اما محدودیت‌ها یا قوانین پوشش آن را تغییر دهیم.
  - ممکن است این موضوع را قبل از اعمال این تغییر به شما اطلاع ندهیم، اما پس از اعمال تغییر خاصی که انجام داده‌ایم، اطلاعاتی درباره آن برای شما ارسال خواهیم کرد.
  - فقط در صورتی می‌توانیم این تغییرات را اعمال کنیم که دارویی که قرار است اضافه شود:
    - نسخه ژنریک جدیدی از یک داروی دارای نام تجاری باشد؛ **یا**
    - نوع خاصی از نسخه جدید زیست‌مشابه فرآورده‌های بیولوژیک اصلی موجود در *فهرست دارویی* باشد (برای مثال، افزودن یک زیست‌مشابه قابل‌جایگزینی که بتوان آن را بدون نسخه جدید، جایگزین فرآورده بیولوژیک اصلی کرد).
    - ممکن است بعضی از این نوع داروها برای شما جدید باشند. برای کسب اطلاعات بیشتر، به **بخش B14** مراجعه کنید.
  - شما یا ارائه‌دهنده خدمات درمانی‌تان می‌توانید درخواست استثنا از این تغییرات را ارائه دهید. ما اطلاعیه‌ای برای شما ارسال خواهیم کرد که مراحل درخواست استثنا را توضیح می‌دهد. لطفا برای کسب اطلاعات بیشتر درباره موارد استثنا، به سؤالات B12-B10 مراجعه کنید.
- **حذف داروهای ناایمن و سایر داروهایی که از بازار خارج شده‌اند.** گاهی اوقات ممکن است یک دارو ناایمن تشخیص داده شود یا به دلیل دیگری از بازار خارج شود. درصورتی‌که چنین اتفاقی بیفتد، ممکن است فورا آن را از *فهرست دارویی* حذف کنیم. اگر مصرف‌کننده این دارو باشید، اطلاعیه‌ای پس از اعمال این تغییر برای

شما ارسال خواهیم کرد. برای پرسش‌های مربوط به نحوه دور ریختن دارو، باید با ارائه‌دهنده خدمات درمانی یا داروخانه خود تماس بگیرید.

ممکن است تغییرات دیگری نیز ایجاد کنیم که بر داروهایی که مصرف می‌کنید تأثیر بگذارند. ما این تغییرات دیگر در *فهرست دارو* را از قبل به شما اطلاع خواهیم داد. این تغییرات ممکن است در صورتی رخ دهد که:

- سازمان غذا و داروی آمریکا (The Food and Drug Administration, FDA) راهنمای جدیدی ارائه کند یا دستورالعمل‌های بالینی جدیدی درباره یک دارو منتشر شود.
- هنگام افزودن داروی عمومی که از مدت‌ها قبل در بازار وجود داشته است، داروی دارای نام تجاری را از *فهرست دارویی* حذف می‌کنیم، **یا**
- محصول بیولوژیکی اصلی را هنگام افزودن محصول بیوسیمیلار حذف می‌کنیم، **یا**
- محدودیت‌ها یا قوانین پوشش داروی دارای نام تجاری را تغییر می‌دهیم.

هنگامی که این تغییرات رخ می‌دهد، کارهای زیر را انجام خواهیم داد:

- حداقل ۳۰ روز پیش از اعمال تغییر در *فهرست دارویی* به شما اطلاع خواهیم داد؛ **یا**
- به شما اطلاع خواهیم داد و پس از درخواست تجدید نسخه، یک ذخیره ۳۰ روزه از دارو در اختیارتان قرار خواهیم داد.

به این ترتیب، فرصت خواهید داشت با پزشک خود یا تجویزکننده دیگر مشورت کنید. آن‌ها می‌توانند به شما کمک کنند تصمیم بگیرید:

- آیا داروی مشابهی در *فهرست دارویی* وجود دارد که بتوانید به‌جای آن استفاده کنید یا
- آیا برای این تغییرات درخواست استثنا بدهید. برای اطلاعات بیشتر درباره استثناها، به سؤالات 12B10-B مراجعه کنید.

B4. آیا محدودیت‌هایی برای پوشش دارو وجود دارد یا برای دریافت برخی داروها لازم است اقدامات خاصی انجام دهید؟

بله، بعضی داروها دارای قوانین پوشش یا محدودیت روی مقدار داروی دریافتی هستند. در برخی موارد، شما یا پزشک یا تجویزکننده دیگر شما باید پیش از دریافت دارو اقدام خاصی انجام دهید. برای مثال:

- **تاییدیه قبلی:** برای برخی داروها، شما یا پزشک یا سایر تجویزکنندگان باید پیش از تهیه دارو، بر اساس معیارهای مشخص، از Alameda Alliance Wellness مجوز دریافت کنید. تاییدیه قبلی با ارجاع فرق دارد. اگر تاییدیه قبلی برای دارویی دریافت نکنید، Alameda Alliance Wellness ممکن است آن دارو را پوشش ندهد.

- **محدودیت مقدار:** گاهی Alameda Alliance Wellness مقدار دارویی را که می‌توانید دریافت کنید، محدود می‌کند.

- **درمان مرحله‌ای:** گاهی Alameda Alliance Wellness از شما می‌خواهد درمان مرحله‌ای را طی کنید. این یعنی برای وضعیت پزشکی خود باید داروها را به ترتیب مشخصی امتحان کنید. ممکن است قبل از آنکه دارویی را پوشش دهیم، باید درمان با یک داروی دیگر را امتحان کنید. اگر تجویزکننده شما تشخیص دهد داروی اول برای شما مؤثر نیست، ما داروی دوم را پوشش خواهیم داد.

از طریق جست‌وجو در جدول‌های **بخش C1** می‌توانید متوجه شوید آیا داروی شما دارای محدودیت‌ها یا الزامات بیشتری است یا خیر. همچنین با مراجعه وب‌سایت ما به نشانی www.alamedaalliance.org/alliancewellness می‌توانید اطلاعات بیشتری کسب کنید. ما اسنادی به‌صورت آنلاین منتشر کرده‌ایم که توضیح می‌دهند که محدودیت‌های درمان مرحله‌ای و تاییدیه قبلی چگونه است. همچنین می‌توانید از ما بخواهید یک نسخه برای شما ارسال کنیم.

می‌توانید برای این محدودیت‌ها درخواست استثنا بدهید. به این ترتیب، فرصت خواهید داشت با پزشک خود یا تجویزکننده دیگر مشورت کنید. آنها می‌توانند به شما کمک کنند تصمیم بگیرید که آیا داروی مشابهی در *فهرست دارویی* وجود دارد که بتوانید به‌جای آن استفاده کنید یا باید درخواست استثنا ارائه دهید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره استثناها، به سؤالات B10-B12 مراجعه کنید.

B5. چگونه مطلع شوم که داروی مدنظرم دارای محدودیت است یا اقدامات ضروری خاصی برای دریافت این دارو لازم است؟

جدول موجود در بخش با عنوان «فهرست داروها بر اساس وضعیت پزشکی» دارای ستونی با عنوان «اقدامات لازم، محدودیت‌ها یا محدودیت‌های مصرف» است.

B6. اگر Alameda Alliance Wellness قوانین خود را در رابطه با نحوه پوشش بعضی از داروها (برای مثال، تاییدیه قبلی، محدودیت در مقدار و/یا محدودیت‌های درمان مرحله‌ای) تغییر دهد، چه اتفاقی می‌افتد؟

در بعضی موارد، اگر تاییدیه قبلی، محدودیت‌های مقدار و/یا محدودیت‌های درمان مرحله‌ای دارویی را اضافه کنیم یا تغییر دهیم، این موضوع را پیشاپیش به شما اطلاع می‌دهیم. برای اطلاعات بیشتر درباره این اطلاع‌رسانی قبلی و شرایطی که ممکن است نتوانیم تغییر قوانین مربوط به داروهای موجود در *فهرست دارویی* را از قبل به شما اطلاع دهیم، به پرسش 3B مراجعه کنید.

B7. چگونه می‌توانم دارویی را در *فهرست دارویی* پیدا کنم؟

دو روش برای پیدا کردن دارو وجود دارد:

- می‌توانید براساس حروف الفبا جستجو کنید، **یا**
- می‌توانید بر اساس وضعیت پزشکی جستجو کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفا با Alameda Alliance Wellness به شماره A.DSNP1.888.88 (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند. ما هفت (7) روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب آماده خدمت‌رسانی هستیم. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، به www.alamedaalliance.org/alliancewellness مراجعه کنید.

برای جستجو **براساس حروف الفبا**، نام داروی خود را در «نمایه داروهای تحت پوشش» جستجو کنید. از طریق جستجو نام داروی مدنظر خود، می‌توانید آن را پیدا کنید.

برای جستجو **بر اساس وضعیت پزشکی، بخش C1** با عنوان «فهرست داروها بر اساس وضعیت پزشکی» را پیدا کنید. داروهای موجود در این بخش بسته به نوع وضعیت پزشکی که برای درمان آن استفاده می‌شوند، در دسته‌هایی گروه‌بندی شده‌اند. برای مثال، اگر بیماری قلبی دارید، باید به دسته «داروهای قلبی‌عروقی» مراجعه کنید. داروهای بیماری‌های قلبی را می‌توانید در این دسته پیدا کنید.

B8. اگر داروی مورد نیازم در *فهرست دارویی* نباشد، باید چکار کنم؟

اگر داروی خود را در *فهرست دارو* پیدا نکردید، با شماره‌های موجود در پاورقی این سند با خدمات اعضا تماس بگیرید و در مورد آن سؤال کنید. اگر متوجه شدید Alameda Alliance Wellness آن دارو را پوشش نخواهد داد، می‌توانید یکی از اقدامات زیر را انجام دهید:

- از خدمات اعضا بخواهید فهرستی از داروهای مشابه دارویی را که قصد مصرف آن را دارید، در اختیارتان قرار دهد. سپس این فهرست را به پزشک یا تجویزکننده دیگرتان نشان دهید. پزشک یا تجویزکننده می‌تواند دارویی از *فهرست دارویی* تجویز کند که مشابه داروی مدنظرتان برای مصرف است. **یا**
- از Alameda Alliance Wellness بخواهید برای پوشش دادن داروی شما استثنا قائل شود. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره استثناها، به سؤالات 12B10-B مراجعه کنید.

B9. اگر عضو جدید Alameda Alliance Wellness باشم و نتوانم داروی خود را در *فهرست دارویی* پیدا کنم یا برای دریافت دارو مشکل داشته باشم، چه می‌شود؟

ما می‌توانیم به شما کمک کنیم. ممکن است در طول 90 روز اول عضویت شما در Alameda Alliance Wellness، یک تأمین موقت 30 روزه از داروی شما را تحت پوشش قرار دهیم. به این ترتیب، فرصت خواهید داشت با پزشک خود یا تجویزکننده دیگر مشورت کنید. آنها می‌توانند به شما کمک کنند تصمیم بگیرید که آیا داروی مشابهی در *فهرست دارویی* وجود دارد که بتوانید به‌جای آن استفاده کنید یا باید درخواست استثنا ارائه دهید.

اگر نسخه شما برای تعداد روزهای کمتری نوشته شده باشد، اجازه می‌دهیم نسخه را چند بار تجدید کنید تا در مجموع حداکثر 30 روز دارو تأمین شود.

مقدار داروی مورد نیاز شما را برای مصرف ۳۰ روز، در صورتی پوشش می‌دهیم که:

- در حال مصرف دارویی هستید که در *فهرست دارویی* ما وجود ندارد، **یا**
- قوانین طرح ما به شما اجازه نمی‌دهند مقدار تعیین‌شده از طرف تجویزکننده را دریافت کنید، **یا**
- دارو نیازمند تاییدیه قبلی از طرف Alameda Alliance Wellness است، **یا**
- در حال مصرف دارویی هستید که محدودیت‌های درمان مرحله‌ای برای آن اعمال می‌شود.

اگر در حال مصرف دارویی هستید که Alameda Alliance Wellness به‌عنوان داروی بخش D در نظر نمی‌گیرد و این دارو در *فهرست دارویی* وجود ندارد و در دریافت آن با مشکل مواجه هستید، ممکن است این دارو از طریق Medi-Cal Rx پوشش داده شود. اگر داروی معاف‌شده از بخش D نیازمند استثنا باشد و در وضعیت اضطراری قرار داشته باشید، Medi-Cal Rx تأمین دارو را برای حداقل 72 ساعت تایید خواهد کرد. لطفا به وب‌سایت Medi-Cal Rx به نشانی (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) برای کسب اطلاعات بیشتر، مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفا هنگام دریافت داروی نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت Medi-Cal BIC خود را همراه داشته باشید.

اگر در خانه سالمندان یا مرکز دیگری برای مراقبت طولانی‌مدت زندگی می‌کنید و به دارویی نیاز دارید که در *فهرست دارویی* نیست، یا نمی‌توانید داروی مورد نیازتان را به‌راحتی دریافت کنید، ما می‌توانیم کمک کنیم. اگر بیش از 90 روز است که عضو طرح هستید، در یک مرکز مراقبت طولانی‌مدت زندگی می‌کنید و فوراً به دارو نیاز دارید:

- ما یک تأمین 31 روزه از داروی موردنیاز شما را تحت پوشش قرار می‌دهیم (مگر اینکه نسخه شما برای تعداد روزهای کمتری باشد)، صرف‌نظر از اینکه عضو جدید Alameda Alliance Wellness باشید یا خیر.
- این پوشش علاوه بر تأمین موقت دارو در طول 90 روز اول عضویت شما در Alameda Alliance Wellness است.

خط‌مشی انتقال

لطفاً برای جزئیات بیشتر درباره تأمین داروی انتقالی، به فصل 5 «دریافت داروهای سرپایی»، بخش 1D «دریافت تأمین موقت» مراجعه کنید.

B10. آیا می‌توانم برای تحت پوشش قرار گرفتن دارو درخواست استثنا کنم؟

بله. می‌توانید از Alameda Alliance Wellness درخواست کنید استثنایی برای پوشش دارویی که در *فهرست دارویی* قرار ندارد، اعمال کند.

همچنین، می‌توانید درخواست کنید مقررات مربوط به داروی شما تغییر یابد.

- به‌عنوان‌مثال، Alameda Alliance Wellness می‌تواند محدودیت داروی تحت پوشش ما را محدود کند. اگر داروی شما محدودیت دارد، می‌توانید از ما بخواهید محدودیت را تغییر دهیم و مقدار بیشتری را پوشش دهیم.
- مثال‌های دیگر: می‌توانید از ما درخواست کنید محدودیت‌های درمان مرحله‌ای یا الزامات مجوز قبلی را حذف کنیم.

B11. چگونه می‌توانم درخواست استثنا کنم؟

برای درخواست استثنا، با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید. یک نماینده خدمات اعضا با شما و پزشک تجویزکننده شما همکاری خواهد کرد تا به شما در درخواست برای استثنا کمک کند. همچنین می‌توانید **فصل ۹، بخش 2G** از *کتابچه راهنمای اعضا* را مطالعه کنید تا درباره استثناها بیشتر بدانید.

B12. دریافت استثنا چقدر طول می‌کشد؟

پس از دریافت بیانیه‌ای از تجویزکننده شما که از درخواست استثنای شما پشتیبانی می‌کند، ظرف ۷۲ ساعت تصمیم خود را اعلام خواهیم کرد. برای درخواست استثنا، شما یا تجویزکننده شما باید فرم تکمیل‌شده درخواست استثنای پوشش را که در
وب‌سایت ما موجود است، برای (Alameda Alliance Wellness) ارسال کنید یا با خدمات اعضا به شماره **A.DSNP1.888.88** (**1.888.882.3767**) (برای کاربران TTY: **1.800.735.2929**). تجویزکننده شما باید بیانیه‌ای پشتیبان برای مستندسازی درخواست به حامی طرح ارائه کند.

شماره تلفن‌های درخواست استثنا	
تلفن تجویزکننده	**1.888.213.1531**
درخواست استاندارد تجویزکننده از طریق فکس	1.858.790.7100
درخواست فوری تجویزکننده از طریق فکس	1.858.790.7100

اگر شما یا تجویزکننده‌تان فکر می‌کنید که انتظار 72 ساعت برای دریافت تصمیم ممکن است به سلامت شما آسیب برساند، می‌توانید درخواست استثنای تسریع‌شده کنید. این تصمیم سریع‌تر پردازش می شود. اگر تجویزکننده‌تان از درخواست شما حمایت کند، ظرف 24 ساعت پس از دریافت بیانیه پشتیبان تجویزکننده‌تان، تصمیم خود را به شما اعلام خواهیم کرد.

B13. داروهای عمومی چیست؟

داروهای عمومی از همان مواد موثر داروهای با نام تجاری تولید می‌شوند. معمولا هزینه تولیدشان نسبت به داروهای با نام تجاری پایین‌تر است و عملکردی مشابه آن داروها دارند. آنها معمولا نام‌های شناخته‌شده‌ای ندارند. سازمان غذا و دارو (FDA) داروهای عمومی را تایید کرده است. داروهای عمومی برای بسیاری از داروهای با نام تجاری در دسترس است. بسته به قوانین ایالتی، داروهای عمومی معمولا می‌توانند بدون نیاز به نسخه جدید، در داروخانه جایگزین داروهای با نام تجاری شوند.

Alameda Alliance Wellness هم داروهای با نام تجاری و هم داروهای عمومی را پوشش می‌دهد.

B14. محصولات بیولوژیکی اصلی چیست و چه ارتباطی با داروهای بیوسیمیلار دارند؟

هنگام صحبت درباره دارو، ممکن است منظور از آن دارو یا محصول بیولوژیکی باشد. محصولات بیولوژیکی داروهایی پیچیده‌تر از داروهای معمولی هستند. با توجه به پیچیده‌تر بودن محصولات بیولوژیکی نسبت به داروهای معمولی، آنها به‌جای داشتن یک فرم عمومی، فرم‌هایی دارند که بیوسیمیلار نامیده می‌شوند. عملکرد کلی داروهای بیوسیمیلار به همان خوبی عملکرد محصول بیولوژیکی اصلی است، اما ممکن است قیمت پایین‌تری داشته باشند. گزینه‌های جایگزین بیوسیمیلار برای بعضی محصولات بیولوژیکی اصلی وجود دارد. بعضی از داروهای بیوسیمیلار داروهای بیوسیمیلار

اگر سؤالی دارید، لطفا با Alameda Alliance Wellness به شماره A.DSNP1.888.88 (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند. ما هفت (7) روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب آماده خدمت‌رسانی هستیم. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، به www.alamedaalliance.org/alliancewellness مراجعه کنید.

قابل‌تعویض هستند و بسته به قوانین ایالتی، می‌توانند بدون نیاز به نسخه جدید، در داروخانه جایگزین محصول بیولوژیکی اصلی شوند، درست همانطور که داروهای عمومی می‌توانند جایگزین داروهای با نام تجاری شوند.

جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره انواع دارو، به **فصل 5** *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

B15. آیا (Alameda Alliance Wellness) نسخه‌های دارویی با دوره مصرف طولانی‌مدت را پوشش می‌دهد؟

- **برنامه‌های سفارش پستی.** ما برنامه سفارش پستی ارائه می‌دهیم که به شما امکان می‌دهد تا 90 روز دارو را مستقیماً به منزل خود دریافت کنید. سهم پرداختی شما برای داروی ۹۰روزه، با سهم پرداختی برای داروی یک‌ماهه یکسان است.
- **برنامه‌های 90 روزه داروخانه‌های خرده‌فروشی.** برخی از داروخانه‌های خرده‌فروشی نیز ممکن است داروهای تحت پوشش را برای تأمین حداکثر 90 روز ارائه دهند. سهم پرداختی شما برای تأمین 90 روزه دارو، با سهم پرداختی برای تأمین یک‌ماهه یکسان است.

B16. آیا می‌توانم داروهای نسخه‌ای خود را از داروخانه محلی در منزل تحویل بگیرم؟

ممکن است داروخانه محلی‌تان بتواند داروهای نسخه‌تان را به درب منزل شما ارسال کند. برای اطلاع از ارائه خدمات تحویل درب منزل، می‌توانید با داروخانه‌تان تماس بگیرید.

B17. سهم پرداختی من چقدر است؟

اعضای Alameda Alliance Wellness در صورت رعایت قوانین طرح، برای داروهای نسخه‌ای سهم پرداختی $0 دارند.

سطوح دارویی، گروه‌هایی از داروهای موجود در *فهرست دارویی* ما هستند.

- تمام داروهای تحت پوشش بخش D در سطح 1، سهم پرداختی $0 دارند.

اگر سوالی دارید، با خدمات اعضا به شماره‌های موجود در پاورقی این سند تماس بگیرید.

C. مروری بر *فهرست داروهای تحت پوشش*

فهرست داروهای تحت پوشش اطلاعاتی در زمینه داروهای تحت پوشش Alameda Alliance Wellness در اختیارتان قرار می‌دهد. اگر در پیدا کردن نام داروی خود در این فهرست به مشکل برخوردید، به فهرست داروهای تحت پوشش که از **بخش D** شروع می‌شود، مراجعه کنید. تمام داروهای تحت پوشش Alameda Alliance Wellness براساس حروف الفبا در این فهرست ارائه شده است.

اگر سؤالی دارید، لطفا با Alameda Alliance Wellness به شماره A.DSNP1.888.88 (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند. ما هفت (7) روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب آماده خدمت‌رسانی هستیم. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، به www.alamedaalliance.org/alliancewellness مراجعه کنید.

سایر داروها، مانند برخی داروهای بدون نسخه (OTC) و ویتامین‌های خاص ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفا به وب‌سایت Medi-Cal Rx در نشانی (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفا هنگام دریافت داروی نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذی‌نفع Medi-Cal (BIC) خود را همراه داشته باشید.

تجدیدنظر تحت بخش D

- تجدیدنظر روشی رسمی برای درخواست از ما جهت بازنگری در تصمیم اتخاذشده درباره پوشش بیمه شما و تغییر آن در صورتی است که فکر می‌کنید ما اشتباهی مرتکب شده‌ایم.
- به‌عنوان‌مثال، ممکن است تعیین کنیم داروی مدنظرتان تحت پوشش نیست یا Medicare یا Medi-Cal دیگر آن را پوشش نمی‌دهند.
- اگر شما یا تجویزکننده‌تان با این تصمیم مخالف باشید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. اگر زمانی سوالی داشتید، با خدمات اعضا به شماره‌های موجود در پاورقی این سند تماس بگیرید.
- با مطالعه **فصل 9** *کتابچه راهنمای اعضا* می‌توانید اطلاعات بیشتری درباره نحوه درخواست تجدیدنظر نسبت به یک تصمیم به دست آورید.
- داروهایی که جزو داروهای بخش D در نظر گرفته نمی‌شوند، دارای قوانین متفاوت برای تجدیدنظر هستند.

C1. فهرست داروها بر اساس وضعیت پزشکی

داروهای موجود در این بخش بسته به نوع وضعیت پزشکی که برای درمان آن استفاده می‌شوند، در دسته‌هایی گروه‌بندی شده‌اند. به‌عنوان‌مثال، اگر مشکل قلبی داشته باشید، باید دسته «داروهای قلبی عروقی» را مشاهده کنید. داروهای بیماری‌های قلبی را می‌توانید در این دسته پیدا کنید.

در ادامه معانی کدهای استفاده‌شده در ستون «الزامات/محدودیت‌ها» آمده است:

مخفف	شرح
PA	نیاز به تاییدیه قبلی دارد (Prior Authorization Applies)
PA NSO	تاییدیه قبلی فقط برای شروع درمان‌های جدید (Prior Authorization for New Starts Only)
PA BvD	تاییدیه قبلی برای بخش D در مقابل فقط بخش B (PA for Part D vs. Part B Only)
PA-HRM	تاییدیه قبلی برای داروهای پرخطر (PA for High Risk Meds)
PA-NSO-HRM	تاییدیه قبلی برای شروع‌های جدید برای داروهای پرخطر (PA for New Starts Only for High Risk Meds)
QL	محدودیت مقدار اعمال می‌شود (Quantity Limit Applies)

اگر سؤالی دارید، لطفا با Alameda Alliance Wellness به شماره A.DSNP1.888.88 (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند. ما هفت (7) روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب آماده خدمت‌رسانی هستیم. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، به www.alamedaalliance.org/alliancewellness مراجعه کنید.

ST	درمان مرحله‌ای اعمال می‌شود (Step Therapy Applies)
CB	مزایای دارای محدودیت (Capped Benefit)
سن (حداکثر x سال)	ویرایش تاییدیه قبلی بر اساس سن (Prior Authorization Age Edit)
EX	داروی مستثنی‌شده (Excluded Drug)
FFF	اولین نسخه رایگان (مشوق استفاده از داروی عمومی) (Free First Fill [Generic Use Incentive])
LA	دارو با دسترسی محدود (Limited Access Drug)
NDS	تأمین دارو برای تعداد روزهای غیرتمدیدی (Non-Extended Days Supply)
NM	داروی غیرقابل سفارش از طریق پست (Non-Mail Order Drug)
HI	داروی تزریق در منزل (Home Infusion Drug)

نام دارو در ستون اول این جدول ارائه شده است. داروهای عمومی با حروف کوچک مورب مشخص شده‌اند (برای مثال، *cefadroxil oral capsule 500 mg*)، داروهای با نام تجاری با حروف بزرگ مشخص شده‌اند (برای مثال، 1.8% ZTLIDO EXTERNAL PATCH). اطلاعات موجود در ستون «الزامات/محدودیت‌ها» به شما می‌گوید که آیا Alameda Alliance Wellness قوانینی برای پوشش داروی شما دارد یا خیر.

Table of Contents

Analgesics 24
Anesthetics 27
Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents 28
Antianxiety Agents 29
Antibacterials 30
Anticancer Agents 37
Anticonvulsants 55
Antidementia Agents 60
Antidepressants 61
Antidiabetic Agents 65
Antifungals 69
Antigout Agents 72
Antihistamines 72
Antihypoglycemic Agents 72
Antimigraine Agents 72
Antimycobacterials 73
Antinausea Agents 74
Antiparasite Agents 75
Antiparkinsonian Agents 76
Antipsychotic Agents 77
Antivirals (Systemic) 84
Blood Products/Modifiers/Volume Expanders 90
Caloric Agents 93
Cardiovascular Agents 94
Central Nervous System Agents 104
Contraceptives 105
Dental And Oral Agents 115

Dermatological Agents 116
Devices 120
Enzyme Replacement/Modifiers 168
Eye, Ear, Nose, Throat Agents 169
Gastrointestinal Agents 173
Genitourinary Agents 177
Heavy Metal Antagonists 178
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying 178
Immunological Agents 184
Metabolic Bone Disease Agents 199
Miscellaneous Therapeutic Agents 200
Ophthalmic Agents 200
Parasympathomimetic (Cholinergic Agents) 202
Replacement Preparations 202
Respiratory Tract Agents 203
Skeletal Muscle Relaxants 208
Sleep Disorder Agents 208
Sympathomimetic (Adrenergic) Agents 209
Vasodilating Agents 209
Vitamins And Minerals 210

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
Analgesics			
Analgesics, Miscellaneous			
acetaminophen-codeine 300-30 mg/12.5 ml cup inner 300 mg-30 mg /12.5 ml		1	NM; NDS; QL (4500 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml		1	NM; NDS; QL (4500 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg		1	NM; NDS; QL (360 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg		1	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour	(Butrans)	1	NM; NDS; QL (4 per 28 days)
butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-325-40-30 mg		1	PA-HRM; NM; NDS; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg		1	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
endocet oral tablet 10-325 mg	(oxycodone-acetaminophen)	1	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	(oxycodone-acetaminophen)	1	NM; NDS; QL (360 per 30 days)
endocet oral tablet 7.5-325 mg	(oxycodone-acetaminophen)	1	NM; NDS; QL (240 per 30 days)
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg		1	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr		1	NM; NDS; QL (10 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/15 ml, 10-325 mg/15 ml, 7.5-325 mg/15 ml		1	NM; NDS; QL (2700 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده استبه 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg	1	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg	1	NM; NDS; QL (240 per 30 days)
hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg (Dilaudid)	1	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
methadone oral solution 10 mg/5 ml	1	NM; NDS; QL (600 per 30 days)
methadone oral solution 5 mg/5 ml	1	NM; NDS; QL (1200 per 30 days)
methadone oral tablet 10 mg	1	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
methadone oral tablet 5 mg	1	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)	1	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
morphine oral solution 10 mg/5 ml (2 mg/ml)	1	NM; NDS; QL (700 per 30 days)
morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	1	NM; NDS; QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG	1	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG	1	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg	1	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg (MS Contin)	1	NM; NDS; QL (90 per 30 days)
morphine oral tablet extended release 60 mg (MS Contin)	1	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
oxycodone oral capsule 5 mg	1	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg	1	NM; NDS; QL (180 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg	(Roxicodone)	1	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
oxycodone oral tablet 20 mg		1	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg	(Endocet)	1	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	(Endocet)	1	NM; NDS; QL (360 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	(Endocet)	1	NM; NDS; QL (240 per 30 days)
tramadol oral tablet 50 mg		1	NM; NDS; QL (240 per 30 days)
tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg		1	NM; NDS; QL (300 per 30 days)
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents			
celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg	(Celebrex)	1	QL (60 per 30 days)
diclofenac potassium oral tablet 50 mg		1	QL (120 per 30 days)
diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg		1	
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 25 mg		1	
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 50 mg		1	QL (120 per 30 days)
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 75 mg		1	QL (60 per 30 days)
diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg	(Arthrotec 50)	1	
diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 75-200 mg-mcg	(Arthrotec 75)	1	
etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg		1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
etodolac oral tablet 400 mg	(Lodine)	1	
etodolac oral tablet 500 mg		1	
flurbiprofen oral tablet 100 mg	(Lurbiro)	1	
ibu oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg	(ibuprofen)	1	
ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml	(Children's Advil)	1	
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg	(IBU)	1	
indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg		1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
ketorolac oral tablet 10 mg		1	PA-HRM; QL (20 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg		1	
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg		1	
naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg		1	
naproxen oral tablet 500 mg	(Naprosyn)	1	
naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 375 mg	(EC-Naprosyn)	1	
sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg		1	
Anesthetics			
Local Anesthetics			
dermacinrx lidocan 5% patch outer	(lidocaine)	1	PA; QL (90 per 30 days)
glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %	(lidocaine hcl)	1	QL (30 per 30 days)
lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %	(Glydo)	1	QL (30 per 30 days)
lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %		1	
lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %	(DermacinRx Lidocan)	1	PA; QL (90 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
lidocaine topical ointment 5 %	1	PA; QL (240 per 30 days)
lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %	1	PA; QL (30 per 30 days)
lidocan iii topical adhesive patch,medicated 5 % (lidocaine)	1	PA; QL (90 per 30 days)
Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents		
Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents		
acamprosate oral tablet,delayed release (dr/ec) 333 mg	1	
buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg	1	
buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg (Suboxone)	1	
buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg	1	
bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg	1	
disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg	1	
KLOXXADO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION	1	QL (4 per 30 days)
naloxone injection solution 0.4 mg/ml	1	
naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 0.4 mg/ml (prefilled syringe), 1 mg/ml	1	
naltrexone oral tablet 50 mg	1	
NICOTROL NS NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 10 MG/ML	1	QL (240 per 180 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Chantix)	1	QL (336 per 365 days)
varenicline tartrate oral tablet 1 mg (56 pack)		1	QL (336 per 365 days)
varenicline tartrate oral tablets,dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)	(Chantix Starting Month Box)	1	
Antianxiety Agents			
Benzodiazepines			
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	(Xanax)	1	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
alprazolam oral tablet 2 mg	(Xanax)	1	NM; NDS; QL (150 per 30 days)
chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg		1	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Klonopin)	1	QL (90 per 30 days)
clonazepam oral tablet 2 mg	(Klonopin)	1	QL (300 per 30 days)
clonazepam oral tablet,disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg		1	QL (90 per 30 days)
clonazepam oral tablet,disintegrating 2 mg		1	QL (300 per 30 days)
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg		1	QL (180 per 30 days)
diazepam injection solution 5 mg/ml		1	QL (10 per 28 days)
diazepam injection syringe 5 mg/ml		1	
diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml	(diazepam)	1	QL (1200 per 30 days)
diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)		1	QL (1200 per 30 days)
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	(Valium)	1	QL (120 per 30 days)
lorazepam 2 mg/ml oral concent	(Lorazepam Intensol)	1	NM; NDS; QL (150 per 30 days)
lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml	(Ativan)	1	QL (2 per 30 days)
lorazepam injection syringe 2 mg/ml		1	QL (2 per 30 days)

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml	(lorazepam)	1	NM; NDS; QL (150 per 30 days)
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Ativan)	1	NM; NDS; QL (90 per 30 days)
lorazepam oral tablet 2 mg	(Ativan)	1	NM; NDS; QL (150 per 30 days)
temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg	(Restoril)	1	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
temazepam oral capsule 7.5 mg	(Restoril)	1	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
Antibacterials			
Aminoglycosides			
amikacin injection solution 500 mg/2 ml		1	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML		1	PA; NM; NDS; QL (235.2 per 28 days)
gentamicin injection solution 40 mg/ml		1	
gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml		1	
neomycin oral tablet 500 mg		1	
streptomycin intramuscular recon soln 1 gram		1	NM; NDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG		1	NM; NDS; QL (224 per 28 days)
tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml	(Tobi)	1	PA BvD; NM; NDS
tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml		1	
Antibacterials, Miscellaneous			
clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg	(Cleocin HCl)	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (4 ml), 150 (mg/ml) (6 ml)		1	
clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml	(Cleocin)	1	
colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg	(Coly-Mycin M Parenteral)	1	
daptomycin intravenous recon soln 350 mg, 500 mg		1	PA BvD
fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram		1	
linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml	(Zyvox)	1	PA BvD
linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml	(Zyvox)	1	NM; NDS
linezolid oral tablet 600 mg		1	
methenamine hippurate oral tablet 1 gram		1	
metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml	(Metro I.V.)	1	PA BvD
metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg		1	
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg		1	QL (120 per 30 days)
nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg	(Macrobid)	1	QL (60 per 30 days)
SIVEXTRO INTRAVENOUS RECON SOLN 200 MG		1	PA BvD; NM; NDS
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG		1	NM; NDS
trimethoprim oral tablet 100 mg		1	
vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 500 mg, 750 mg		1	PA BvD
vancomycin oral capsule 125 mg	(Vancocin)	1	QL (77 per 28 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است‌به 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
vancomycin oral capsule 250 mg (Vancocin)	1	QL (112 per 14 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	1	PA; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	1	PA; QL (90 per 30 days)
Cephalosporins		
cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg	1	
cefadroxil oral capsule 500 mg	1	
cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml	1	
cefazolin injection recon soln 1 gram, 500 mg	1	
cefazolin intravenous recon soln 10 gram	1	
cefdinir oral capsule 300 mg	1	
cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	1	
cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram	1	
cefixime oral capsule 400 mg	1	
cefixime oral tablet 400 mg	1	
cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg	1	
cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg	1	
ceftaroline fosamil intravenous recon soln 400 mg, 600 mg (Teflaro)	1	PA BvD; NM; NDS
ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram (Tazicef)	1	
ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg	1	
cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg	1	
cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram	1	PA BvD
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg	1	
cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	1	
tazicef injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram (ceftazidime)	1	
Macrolides		
azithromycin intravenous recon soln 500 mg	1	
azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml	1	
azithromycin oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (Zithromax)	1	
azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack), 600 mg	1	
azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg (Zithromax)	1	
clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	1	
clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	1	
erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (E.E.S. Granules)	1	
erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml (EryPed 400)	1	
erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
fidaxomicin oral tablet 200 mg	(Dificid)	1	NM; NDS; QL (20 per 10 days)
Miscellaneous B-Lactam Antibiotics			
aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram		1	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML		1	PA; NM; LA; NDS
cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram		1	PA BvD
ertapenem injection recon soln 1 gram		1	
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg		1	PA BvD
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg	(Primaxin IV)	1	PA BvD
meropenem intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg		1	PA BvD
Penicillins			
amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg		1	
amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml		1	
amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg		1	
amoxicillin oral tablet,chewable 125 mg, 250 mg		1	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml		1	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml	(Augmentin)	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است‌به 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml	(Augmentin ES-600)	1	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg		1	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg	(Augmentin)	1	
ampicillin oral capsule 500 mg		1	
ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg		1	
ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram	(Unasyn)	1	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML		1	
dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg		1	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT, 2.4 MILLION UNIT		1	
LENTOCILIN S (WITH LIDOCAINE) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT-1.5 %		1	
nafcillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram		1	
penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit	(Pfizerpen-G)	1	
penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml		1	
penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg		1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram		1	PA BvD
Quinolones			
ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg	(Cipro)	1	
ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg		1	
ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml		1	PA BvD
levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml		1	PA BvD
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg		1	
moxifloxacin 400 mg/250 ml bag suv, p/f, inner		1	PA BvD
moxifloxacin oral tablet 400 mg		1	
moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml		1	PA BvD
Sulfonamides			
sulfadiazine oral tablet 500 mg		1	NM; NDS
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml	(Sulfatrim)	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg	(Bactrim)	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg	(Bactrim DS)	1	
Tetracyclines			
doxy-100 intravenous recon soln 100 mg	(doxycycline hyclate)	1	PA BvD
doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg	(Doxy-100)	1	PA BvD

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است‌به 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg		1	
doxycycline hyclate oral capsule 50 mg	(Morgidox)	1	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg		1	
doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg	(Mondoxyne NL)	1	
doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg		1	
doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml		1	
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg	(Avidoxy)	1	
doxycycline monohydrate oral tablet 50 mg		1	
minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg		1	
tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg		1	
tigecycline intravenous recon soln 50 mg	(Tygacil)	1	PA BvD
Anticancer Agents			
Anticancer Agents			
abiraterone oral tablet 250 mg	(Abirtega)	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
abirtega oral tablet 250 mg	(abiraterone)	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml	(fluorouracil)	1	PA BvD
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)-180 MG (23)	1	PA NSO; NM; NDS
anastrozole oral tablet 1 mg (Arimidex)	1	
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
AVMAPKI ORAL CAPSULE 0.8 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
AVMAPKI-FAKZYNJA ORAL COMBO PACK 0.8-200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (66 per 28 days)
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
azacitidine injection recon soln 100 mg (Vidaza)	1	NM; NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
bendamustine intravenous recon soln 25 mg (Treanda)	1	PA NSO
BEQALZI ORAL TABLET 1 MG, 20 MG, 5 MG, 80 MG	1	PA NSO; NM; NDS
BEQALZI STARTER PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 1-5-20-80 MG	1	PA NSO; NM; NDS
BESREMI PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 500 MCG/0.5 ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (1 per 28 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است‌به 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML		1	PA NSO; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
bexarotene oral capsule 75 mg	(Targretin)	1	PA NSO
bexarotene topical gel 1 %	(Targretin)	1	PA NSO; NM; NDS
bicalutamide oral tablet 50 mg	(Casodex)	1	
bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit		1	
bortezomib injection recon soln 1 mg, 2.5 mg		1	PA NSO
bortezomib injection recon soln 3.5 mg	(Velcade)	1	PA NSO; NM; NDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	(bosutinib)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 500 MG	(bosutinib)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
bosutinib oral tablet 100 mg	(Bosulif)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
bosutinib oral tablet 400 mg, 500 mg	(Bosulif)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
CAMCEVI (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 42 MG	1	PA NSO
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG (vandetanib)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (vandetanib)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	1	PA NSO; NM; NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	1	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (63 per 28 days)
cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram	1	PA BvD
cyclophosphamide intravenous recon soln 2 gram, 500 mg	1	PA BvD; NM; NDS
cyclophosphamide intravenous solution 200 mg/ml	1	PA BvD; NM; NDS
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg	1	PA BvD; ST
cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg	1	PA BvD; ST
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg (Sprycel)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
dasatinib oral tablet 20 mg (Sprycel)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده استبه 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
decitabine intravenous recon soln 50 mg	1	
doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml (Caelyx)	1	PA BvD; NM; NDS
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	1	PA NSO
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	1	PA NSO
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	1	PA NSO
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	1	PA NSO
ENSACOVE ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ENSACOVE ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
erlotinib oral tablet 100 mg	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
erlotinib oral tablet 150 mg	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
erlotinib oral tablet 25 mg	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
etoposide intravenous solution 20 mg/ml (Avopef)	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	(flutamide)	1	NM; NDS
everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg	(Torpenz)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg	(Torpenz)	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet 7.5 mg	(Torpenz)	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg	(Afinitor Disperz)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
exemestane oral tablet 25 mg	(Aromasin)	1	
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG		1	PA BvD; NM; NDS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG		1	PA BvD
floxuridine injection recon soln 0.5 gram		1	PA BvD
fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml		1	PA BvD
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml	(Cligavyx)	1	
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
gefitinib oral tablet 250 mg	(Iressa)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG (afatinib)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 21 days)
HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
hydroxyurea oral capsule 500 mg (Hydrea)	1	
HYRNUO ORAL TABLET 10 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ifosfamide intravenous recon soln 1 gram (Ifex)	1	
ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml	1	
imatinib oral tablet 100 mg (Gleevec)	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
imatinib oral tablet 400 mg (Gleevec)	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (216 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (280 per 28 days)
INLEXZO INTRAVESICAL IMPLANT 225 MG	1	PA BvD; NM; NDS
INLURIYO ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
JAKAFI XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG, 33 MG, 44 MG, 55 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
JIDEYTRO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	1	PA BvD; ST
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
KEYTRUDA QLEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 395 MG-4,800 UNIT/2.4 ML, 790 MG-9,600 UNIT/4.8 ML	1	PA NSO; NM; NDS
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (63 per 28 days)
KOMZIFTI ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE, SPRINKLE 5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (600 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده استبه 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
KOSELUGO ORAL CAPSULE, SPRINKLE 7.5 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (390 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
lapatinib oral tablet 250 mg	(Tykerb)	1	PA NSO; NM; NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg	(Revlimid)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)		1	PA NSO; NM; NDS
letrozole oral tablet 2.5 mg	(Femara)	1	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG		1	NM; NDS
leuprolide acetate (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg	(Lutrate Depot (3 month))	1	PA NSO
leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml		1	PA NSO
LIFYORLI ORAL CAPSULE 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X3), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X9), 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X2), 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X3), 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X9)		1	PA NSO; NM; NDS
lomustine oral capsule 10 mg, 40 mg	(Gleostine)	1	
lomustine oral capsule 100 mg	(Gleostine)	1	NM; NDS

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است‌به 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (80 per 28 days)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
LUNSUMIO VELO SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/ML, 5 MG/0.5 ML	1	PA BvD; NM; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	1	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	1	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 7.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG (leuprolide acetate (3 month))	1	PA NSO
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	1	NM; NDS

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (140 per 28 days)
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	1	NM; NDS
megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
mercaptopurine oral suspension 20 mg/ml (Purixan)	1	NM; NDS
mercaptopurine oral tablet 50 mg	1	
methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram	1	
methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml	1	
methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml	1	
methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg	1	PA BvD; ST
mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml	1	
MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (20 per 28 days)
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg (Tasigna)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
nilotinib hcl oral capsule 50 mg (Tasigna)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
nilutamide oral tablet 150 mg	1	NM; NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO; NM; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	1	PA NSO; NM; NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (96 per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4), 500 MG/WEEK (100 MG X 5), 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (14 per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML	1	PA NSO; NM; NDS
OPDIVO QVANTIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG-5,000 UNIT/2.5 ML, 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	1	PA NSO; NM; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg (Abraxane)	1	PA BvD; NM; NDS
pazopanib oral tablet 200 mg (Votrient)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
pazopanib oral tablet 400 mg	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 100 mg	1	
pemetrexed disodium intravenous recon soln 500 mg, 750 mg	1	NM; NDS
pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml	1	NM; NDS
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
pomalidomide oral capsule 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg (Pomalyst)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (pomalidomide)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
RASONQUE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است به 10/5/2026 این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
RYBREVANT FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,600 MG-20,000 UNIT/10 ML, 2,240 MG-28,000 UNIT/14 ML, 2,400 MG-30,000 UNIT/15 ML, 3,520 MG-44,000 UNIT/22 ML	1	PA NSO; NM; NDS
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	1	NM; NDS
sorafenib oral tablet 200 mg (Nexavar)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است به 10/5/2026 این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg	(Sutent)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	(thioguanine)	1	NM; NDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (900 per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		1	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg		1	
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG		1	
toremifene oral tablet 60 mg	(Fareston)	1	
torpenz oral tablet 10 mg	(everolimus (antineoplastic))	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	(everolimus (antineoplastic))	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg		1	NM; NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (64 per 28 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است‌به 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	1	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	1	PA NSO; NM; LA; NDS
VEPPANU ORAL TABLET 100 MG, 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml	1	
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است به 10/5/2026 این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 20 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	1	PA BvD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (80 MG X 1)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (10 MG X 4)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (16 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
YONSA ORAL TABLET 125 MG	(abiraterone, submicronized)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
yulithira oral tablet 10 mg, 7.5 mg	(everolimus (antineoplastic))	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
yulithira oral tablet 2.5 mg, 5 mg	(everolimus (antineoplastic))	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ZENBEXUS ORAL CAPSULE 0.75 MG, 1 MG		1	PA NSO; NM; NDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML		1	PA BvD; NM; NDS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		1	NM; NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
Anticonvulsants			
Anticonvulsants			
brivaracetam intravenous solution 50 mg/5 ml	(Briviact)	1	NM; NDS; QL (80 per 30 days)
brivaracetam oral solution 10 mg/ml	(Briviact)	1	QL (600 per 30 days)
brivaracetam oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Briviact)	1	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg	(Carbatrol)	1	
carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml	(Tegretol)	1	
carbamazepine oral tablet 200 mg	(Tegretol)	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg	(Tegretol XR)	1	
carbamazepine oral tablet,chewable 100 mg, 200 mg		1	
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml	(Onfi)	1	QL (480 per 30 days)
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	(Onfi)	1	QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg		1	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG		1	
divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg	(Depakote Sprinkles)	1	
divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg	(Depakote ER)	1	
divalproex oral tablet,delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg	(Depakote)	1	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		1	PA NSO; NM; NDS
epitol oral tablet 200 mg	(carbamazepine)	1	
eslicarbazepine oral tablet 200 mg, 400 mg	(Aptiom)	1	ST; QL (30 per 30 days)
eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg	(Aptiom)	1	ST; QL (60 per 30 days)
ethosuximide oral capsule 250 mg	(Zarontin)	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml	(Zarontin)	1	
felbamate oral suspension 600 mg/5 ml		1	
felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg	(Felbatol)	1	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML		1	PA NSO; NM; NDS
fosphenytoin injection solution 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml	(Cerebyx)	1	
gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg	(Neurontin)	1	QL (360 per 30 days)
gabapentin oral capsule 400 mg	(Neurontin)	1	QL (270 per 30 days)
gabapentin oral solution 250 mg/5 ml	(Neurontin)	1	QL (2160 per 30 days)
gabapentin oral tablet 600 mg	(Neurontin)	1	QL (180 per 30 days)
gabapentin oral tablet 800 mg	(Neurontin)	1	QL (120 per 30 days)
lacosamide oral solution 10 mg/ml	(Vimpat)	1	QL (1200 per 30 days)
lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	(Vimpat)	1	QL (60 per 30 days)
lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	(Subvenite)	1	
lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg	(Lamictal)	1	
lamotrigine oral tablet,disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	(Lamictal ODT)	1	
levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml	(Keppra)	1	
levetiracetam oral solution 100 mg/ml	(Keppra)	1	
levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg	(Keppra)	1	
levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg	(Keppra XR)	1	
levetiracetam oral tablet for suspension 250 mg, 500 mg	(Spritam)	1	ST
methsuximide oral capsule 300 mg	(Celontin)	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده استبه 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
NAYZILAM NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)		1	PA NSO; QL (10 per 30 days)
oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)	(Trileptal)	1	
oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg	(Trileptal)	1	
perampanel oral suspension 0.5 mg/ml	(Fycompa)	1	ST; NM; NDS; QL (720 per 30 days)
perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 2 mg, 8 mg	(Fycompa)	1	ST; QL (30 per 30 days)
perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg	(Fycompa)	1	ST; QL (60 per 30 days)
phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)		1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg		1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
phenytek oral capsule 200 mg, 300 mg	(phenytoin sodium extended)	1	
phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml	(Dilantin-125)	1	
phenytoin oral tablet,chewable 50 mg	(Dilantin Infatabs)	1	
phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg	(Dilantin Extended)	1	
phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg	(Phenytek)	1	
phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml		1	
phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml		1	
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Lyrica)	1	QL (90 per 30 days)
pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg	(Lyrica)	1	QL (60 per 30 days)
pregabalin oral solution 20 mg/ml	(Lyrica)	1	QL (900 per 30 days)
primidone oral tablet 125 mg		1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
primidone oral tablet 250 mg, 50 mg	(Mysoline)	1	
rufinamide oral suspension 40 mg/ml	(Banzel)	1	NM; NDS
rufinamide oral tablet 200 mg, 400 mg	(Banzel)	1	
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 750 MG		1	ST
SUBVENITE ORAL SUSPENSION 10 MG/ML		1	PA NSO
subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	(lamotrigine)	1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG		1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg		1	
topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg	(Topamax)	1	
topiramate oral capsule, sprinkle 50 mg		1	
topiramate oral solution 25 mg/ml	(Eprontia)	1	ST
topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	(Topamax)	1	
valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)		1	
valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml		1	
valproic acid oral capsule 250 mg		1	
VALTOCO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)		1	PA NSO; NM; NDS; QL (10 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده استبه 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
vigabatrin oral powder in packet 500 mg	(Vigadrone)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
vigabatrin oral tablet 500 mg	(Vigadrone)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
vigadrone oral powder in packet 500 mg	(vigabatrin)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
vigadrone oral tablet 500 mg	(vigabatrin)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
vigpoder oral powder in packet 500 mg	(vigabatrin)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)		1	NM; NDS; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG		1	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		1	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14)		1	
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)		1	NM; NDS
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML		1	NM; NDS
zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg	(Zonegran)	1	
zonisamide oral capsule 50 mg		1	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		1	PA NSO; NM; NDS; QL (1080 per 30 days)
Antidementia Agents			
Antidementia Agents			

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
donepezil oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg (Aricept)	1	QL (30 per 30 days)
donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg	1	
donepezil oral tablet,disintegrating 5 mg	1	QL (30 per 30 days)
ergoloid oral tablet 1 mg	1	
galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg	1	QL (30 per 30 days)
galantamine oral solution 4 mg/ml	1	QL (200 per 30 days)
galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg	1	QL (60 per 30 days)
LEQEMBI IQLIK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 360 MG/1.8 ML	1	PA; NM; NDS; QL (7.2 per 28 days)
LEQEMBI IQLIK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 500 MG/2.5 ML (250MG/1.25MLX2)	1	PA; NM; NDS; QL (10 per 28 days)
memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg	1	ST; QL (30 per 30 days)
memantine oral solution 2 mg/ml	1	QL (300 per 30 days)
memantine oral tablet 10 mg, 5 mg	1	QL (60 per 30 days)
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg	1	
rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour (Exelon Patch)	1	QL (30 per 30 days)
Antidepressants		
Antidepressants		
amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	1	
amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG		1	NM; NDS
AUVELITY ORAL TABLET,IR ER BIPHASIC,DOSEPACK 30 MG-105 MG /45 MG-105 MG		1	NM; NDS
bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg		1	
bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg	(Wellbutrin XL)	1	
bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg	(Wellbutrin SR)	1	
citalopram oral solution 10 mg/5 ml		1	
citalopram oral tablet 10 mg	(Celexa)	1	QL (120 per 30 days)
citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg	(Celexa)	1	QL (30 per 30 days)
clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Anafranil)	1	
desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg		1	
desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Pristiq)	1	QL (30 per 30 days)
doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg		1	
doxepin oral concentrate 10 mg/ml		1	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG		1	ST; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG		1	ST; QL (30 per 30 days)
duloxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg		1	QL (120 per 30 days)
duloxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 30 mg		1	QL (90 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده استبه 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
duloxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 60 mg	1	QL (60 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	1	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml	1	
escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg (Lexapro)	1	
EXXUA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18.2 MG, 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
EXXUA ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 18.2 MG (32 TABS)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	1	ST
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg (Prozac)	1	
fluoxetine oral capsule 40 mg	1	
fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	1	
fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	1	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	1	
mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg (Remeron)	1	
mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg	1	
mirtazapine oral tablet,disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg (Remeron SolTab)	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg		1	
nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg		1	
nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml		1	
paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml		1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	(Paxil)	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg	(Paxil CR)	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg		1	
phenelzine oral tablet 15 mg	(Nardil)	1	
protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg		1	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML		1	PA NSO; NM; NDS; QL (1200 per 30 days)
sertraline oral concentrate 20 mg/ml	(Zoloft)	1	
sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Zoloft)	1	
tranylcypromine oral tablet 10 mg	(Parnate)	1	
trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg		1	
trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg		1	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG		1	QL (30 per 30 days)
venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg	(Effexor XR)	1	QL (30 per 30 days)
venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg	(Effexor XR)	1	QL (90 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده استبه 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg	1	
vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg (Viibryd)	1	QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (14 per 14 days)
Antidiabetic Agents		
Antidiabetic Agents, Miscellaneous		
acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	
dapagliflozin oral tablet 10 mg, 5 mg (Farxiga)	1	QL (30 per 30 days)
dapagliflozin-metformin oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 10-1,000 mg, 10-500 mg, 5-1,000 mg, 5-500 mg (Xigduo XR)	1	
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (dapagliflozin)	1	QL (30 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	1	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	1	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG (linagliptin-metformin)	1	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	1	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	1	QL (30 per 30 days)
metformin oral tablet 1,000 mg	1	QL (75 per 30 days)
metformin oral tablet 500 mg	1	QL (150 per 30 days)
metformin oral tablet 850 mg	1	QL (90 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg		1	QL (120 per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg		1	QL (60 per 30 days)
mifepristone oral tablet 300 mg	(Korlym)	1	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg		1	QL (90 per 30 days)
pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg	(Actos)	1	QL (30 per 30 days)
pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg		1	QL (90 per 30 days)
pioglitazone-metformin oral tablet 15-850 mg	(Actoplus MET)	1	QL (90 per 30 days)
repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg		1	QL (120 per 30 days)
repaglinide oral tablet 2 mg		1	QL (240 per 30 days)
sitagliptin phos-metformin oral tablet 50-1,000 mg, 50-500 mg	(Janumet)	1	QL (60 per 30 days)
sitagliptin phos-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 100-1,000 mg	(Janumet XR)	1	QL (30 per 30 days)
sitagliptin phos-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 50-1,000 mg, 50-500 mg	(Janumet XR)	1	QL (60 per 30 days)
sitagliptin phosphate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Januvia)	1	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG		1	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG		1	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG		1	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	(linagliptin)	1	QL (30 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده استبه 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG		1	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG		1	QL (60 per 30 days)
Insulins			
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		1	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)		1	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		1	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML		1	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)		1	max $35 copay per month supply; QL (24 per 28 days)
insulin glargine-yfgn subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)	(Semglee(insulin glarg-yfgn)Pen)	1	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
insulin glargine-yfgn subcutaneous solution 100 unit/ml	(Semglee(insulin glargine-yfgn))	1	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
insulin lispro subcutaneous solution 100 unit/ml	(Admelog U-100 Insulin lispro)	1	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine)	1	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده استبه 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin glargine)	1	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)		1	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)		1	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		1	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML		1	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		1	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		1	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin aspart u-100)	1	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30)	(insulin asp prt-insulin aspart)	1	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	(insulin asp prt-insulin aspart)	1	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	(insulin aspart u-100)	1	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin aspart u-100)	1	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML		1	max $35 copay per month supply; QL (15 per 25 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine u-300 conc)	1	max $35 copay per month supply; QL (18 per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	(insulin glargine u-300 conc)	1	max $35 copay per month supply; QL (13.5 per 28 days)
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)		1	max $35 copay per month supply; QL (15 per 28 days)
Sulfonylureas			
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg		1	QL (30 per 30 days)
glimepiride oral tablet 4 mg		1	QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg		1	QL (120 per 30 days)
glipizide oral tablet 2.5 mg		1	QL (90 per 30 days)
glipizide oral tablet 5 mg		1	QL (240 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg		1	QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg		1	QL (30 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg		1	QL (240 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg		1	QL (120 per 30 days)
glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg		1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg		1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg		1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
Antifungals			
Antifungals			

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML		1	PA BvD
amphotericin b injection recon soln 50 mg		1	PA BvD
amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg	(AmBisome)	1	PA BvD; NM; NDS
ciclopirox topical cream 0.77 %	(Ciclodan)	1	QL (180 per 30 days)
ciclopirox topical solution 8 %	(Ciclodan)	1	QL (19.8 per 30 days)
ciclopirox topical suspension 0.77 %	(Loprox (as olamine))	1	QL (180 per 30 days)
clotrimazole mucous membrane troche 10 mg		1	
clotrimazole topical cream 1 %	(Antifungal (clotrimazole))	1	
clotrimazole topical solution 1 %	(Athlete's Foot (clotrimazole))	1	
clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %		1	QL (90 per 30 days)
CRESEMBA INTRAVENOUS RECON SOLN 372 MG		1	NM; NDS
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG		1	PA; NM; NDS
econazole nitrate topical cream 1 %		1	QL (170 per 30 days)
fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml		1	
fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml		1	
fluconazole oral suspension for reconstitution 40 mg/ml	(Diflucan)	1	
fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg		1	
flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg	(Ancobon)	1	NM; NDS
griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml		1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
griseofulvin microsize oral tablet 500 mg		1	
griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg		1	
itraconazole oral capsule 100 mg	(Sporanox)	1	
ketoconazole oral tablet 200 mg		1	
ketoconazole topical cream 2 %		1	QL (180 per 30 days)
ketoconazole topical shampoo 2 %		1	QL (360 per 30 days)
micafungin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg		1	
miconazole-3 vaginal suppository 200 mg		1	
nyamyc topical powder 100,000 unit/gram	(nystatin)	1	QL (60 per 30 days)
nystatin oral suspension 100,000 unit/ml		1	
nystatin oral tablet 500,000 unit		1	
nystatin topical cream 100,000 unit/gram		1	QL (60 per 30 days)
nystatin topical ointment 100,000 unit/gram		1	QL (60 per 30 days)
nystatin topical powder 100,000 unit/gram	(Nystop)	1	QL (60 per 30 days)
nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%		1	
nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%		1	
nystop topical powder 100,000 unit/gram	(nystatin)	1	QL (60 per 30 days)
posaconazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 100 mg		1	PA
terbinafine hcl oral tablet 250 mg		1	
voriconazole intravenous recon soln 200 mg	(Vfend IV)	1	PA BvD

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است‌به 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
voriconazole intravenous solution 10 mg/ml		1	PA BvD
voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)	(Vfend)	1	PA; NM; NDS
voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg		1	
Antigout Agents			
Antigout Agents, Other			
allopurinol oral tablet 100 mg	(Zyloprim)	1	
allopurinol oral tablet 300 mg		1	
colchicine oral tablet 0.6 mg	(Colcrys)	1	QL (120 per 30 days)
febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg	(Uloric)	1	QL (30 per 30 days)
probenecid oral tablet 500 mg		1	
probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg		1	
Antihistamines			
Antihistamines			
hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg		1	
levocetirizine oral tablet 5 mg	(24HR Allergy Relief)	1	
Antihypoglycemic Agents			
Antihypoglycemic Agents, Miscellaneous			
diazoxide oral suspension 50 mg/ml	(Proglycem)	1	NM; NDS
Antimigraine Agents			
Antimigraine Agents			
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML		1	PA; QL (1 per 30 days)
dihydroergotamine nasal spray,non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)	(Migranal)	1	PA; QL (8 per 28 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	1	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	1	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)	1	PA; QL (3 per 30 days)
naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg	1	QL (18 per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG	1	PA; QL (18 per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
rizatriptan oral tablet 10 mg (Maxalt)	1	QL (18 per 30 days)
rizatriptan oral tablet 5 mg	1	QL (18 per 30 days)
rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg (Maxalt-MLT)	1	QL (18 per 30 days)
rizatriptan oral tablet,disintegrating 5 mg	1	QL (18 per 30 days)
sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation	1	QL (12 per 30 days)
sumatriptan succinate oral tablet 100 mg (Imitrex)	1	QL (9 per 30 days)
sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg (Imitrex)	1	QL (18 per 30 days)
sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml (Imitrex STATdose Pen)	1	QL (4 per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml	1	QL (5 per 28 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	PA; QL (16 per 30 days)
Antimycobacterials		
Antimycobacterials		

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg		1	
ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg		1	
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg		1	
PRETOMANID ORAL TABLET 200 MG		1	QL (30 per 30 days)
pyrazinamide oral tablet 500 mg		1	
rifabutin oral capsule 150 mg		1	
rifampin intravenous recon soln 600 mg	(Rifadin)	1	
rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg		1	
rifapentine oral tablet 150 mg	(Priftin)	1	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG		1	PA; NM; NDS
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG		1	
Antinausea Agents			
Antinausea Agents			
aprepitant oral capsule 125 mg		1	PA BvD; QL (2 per 28 days)
aprepitant oral capsule 40 mg		1	PA BvD; QL (1 per 28 days)
aprepitant oral capsule 80 mg	(Emend)	1	PA BvD; QL (8 per 28 days)
aprepitant oral capsule,dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)	(Emend)	1	PA BvD
compro rectal suppository 25 mg	(prochlorperazine)	1	
dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Marinol)	1	PA; QL (60 per 30 days)
meclizine oral tablet 12.5 mg		1	
meclizine oral tablet 25 mg	(Dramamine (meclizine))	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است‌به 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg		1	PA BvD
ondansetron oral tablet,disintegrating 4 mg, 8 mg		1	PA BvD
prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)		1	
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg	(Compazine)	1	
prochlorperazine rectal suppository 25 mg	(Compro)	1	
promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days	(Transderm-Scop)	1	PA-HRM; QL (10 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
Antiparasite Agents			
Antiparasite Agents			
albendazole oral tablet 200 mg		1	
atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml	(Mepron)	1	
atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg	(Malarone)	1	
atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg	(Malarone Pediatric)	1	
chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg		1	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG		1	
hydroxychloroquine oral tablet 100 mg		1	QL (180 per 30 days)
hydroxychloroquine oral tablet 200 mg	(Plaquenil)	1	QL (90 per 30 days)
hydroxychloroquine oral tablet 300 mg	(Sovuna)	1	QL (60 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
hydroxychloroquine oral tablet 400 mg		1	QL (60 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG		1	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
ivermectin oral tablet 3 mg	(Stromectol)	1	
ivermectin oral tablet 6 mg		1	
mefloquine oral tablet 250 mg		1	
nitazoxanide oral tablet 500 mg	(Alinia)	1	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
pentamidine inhalation recon soln 300 mg	(Nebupent)	1	PA BvD
pentamidine injection recon soln 300 mg	(Pentam)	1	
praziquantel oral tablet 600 mg		1	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)		1	
pyrimethamine oral tablet 25 mg	(Daraprim)	1	PA; NM; NDS
quinine sulfate oral capsule 324 mg	(Qualaquin)	1	PA
tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg		1	
Antiparkinsonian Agents			
Antiparkinsonian Agents			
amantadine hcl oral capsule 100 mg		1	
amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml		1	
amantadine hcl oral tablet 100 mg		1	
benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg		1	
bromocriptine oral tablet 2.5 mg		1	
cabergoline oral tablet 0.5 mg		1	
carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg	(Sinemet)	1	
carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg	(Dhivy)	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg	1	
carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg	1	
carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	1	
entacapone oral tablet 200 mg	1	
ONAPGO SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 4.9 MG/ ML	1	PA; NM; NDS; QL (600 per 30 days)
pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg	1	
rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg (Azilect)	1	
ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg	1	
ropinirole oral tablet extended release 24 hr 2 mg, 4 mg	1	
selegiline hcl oral capsule 5 mg	1	
selegiline hcl oral tablet 5 mg	1	
trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg	1	
VYALEV CONTIN. SUBCUTANEOUS INFUSION SOLUTION 12-240 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (560 per 28 days)
Antipsychotic Agents		
Antipsychotic Agents		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	1	NM; NDS; QL (2.4 per 42 days)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	1	NM; NDS; QL (3.2 per 42 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	1	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	1	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
aripiprazole oral solution 1 mg/ml	1	
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg (Abilify)	1	
aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg	1	ST; QL (90 per 30 days)
aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg	1	ST; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	1	NM; NDS; QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	1	NM; NDS; QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	1	NM; NDS; QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	1	NM; NDS; QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	1	NM; NDS; QL (3.2 per 14 days)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg (Saphris)	1	QL (60 per 30 days)
BYSANTI ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	1	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
BYSANTI TITRATION PACK A ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)	1	ST
BYSANTI TITRATION PACK B ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2)	1	ST
BYSANTI TITRATION PACK C ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(4)-2MG(2)- 6 MG (2)	1	ST
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	1	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml	1	
chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	1	
clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg (Clozaril)	1	
clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg	1	ST; QL (90 per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg	1	ST; QL (180 per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg	1	ST; QL (120 per 30 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	1	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE,DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG	1	ST; NM; NDS
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	1	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)	1	ST
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2)	1	ST
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2)	1	ST
fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml	1	
fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml	1	
fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml	1	
fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml	1	
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	1	
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)	1	
haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml	1	
haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml	1	
haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml	1	
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	1	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	1	NM; NDS; QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	1	NM; NDS; QL (5 per 166 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است‌به 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	1	NM; NDS; QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	1	NM; NDS; QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	1	NM; NDS; QL (1.5 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	1	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	1	NM; NDS; QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	1	NM; NDS; QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	1	NM; NDS; QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	1	NM; NDS; QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	1	NM; NDS; QL (2.63 per 70 days)
loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	1	
lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg (Latuda)	1	
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	1	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
molindone oral tablet 10 mg, 5 mg	1	QL (120 per 30 days)
molindone oral tablet 25 mg	1	QL (270 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
olanzapine intramuscular recon soln 10 mg	(Zyprexa)	1	QL (30 per 30 days)
olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg	(Zyprexa)	1	
olanzapine oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg	(Zyprexa Zydis)	1	
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG		1	ST; NM; NDS
paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg		1	QL (30 per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 9 mg	(Invega)	1	QL (30 per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg	(Invega)	1	QL (60 per 30 days)
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg		1	
pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg		1	
quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	(Seroquel)	1	
quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	(Seroquel XR)	1	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		1	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 12.5 mg/2 ml	(Risperdal Consta)	1	QL (2 per 28 days)
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 25 mg/2 ml	(Rykindo)	1	QL (2 per 28 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است‌به 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml	(Rykindo)	1	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
risperidone oral solution 1 mg/ml	(Risperdal)	1	QL (480 per 30 days)
risperidone oral tablet 0.25 mg		1	
risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	(Risperdal)	1	
risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg		1	QL (60 per 30 days)
risperidone oral tablet,disintegrating 4 mg		1	QL (120 per 30 days)
RYKINDO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	(risperidone microspheres)	1	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR		1	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg		1	
thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		1	
trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		1	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		1	ST; NM; NDS; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 0.5 MG, 0.75 MG, 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG		1	QL (30 per 30 days)
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	(Geodon)	1	
ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)	(Geodon)	1	QL (6 per 28 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	1	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	1	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	1	NM; NDS; QL (1 per 28 days)
Antivirals (Systemic)		
Antiretrovirals		
abacavir oral solution 20 mg/ml (Ziagen)	1	
abacavir oral tablet 300 mg	1	
abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg	1	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	1	NM; NDS
atazanavir oral capsule 150 mg	1	
atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg (Reyataz)	1	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	1	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML	1	NM; NDS
cabotegravir intramuscular suspension,extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)	1	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
cabotegravir intramuscular suspension,extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml) (Apretude)	1	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	1	NM; NDS

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg (Prezista)	1	
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	1	NM; NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	1	NM; NDS
didanosine oral capsule,delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg	1	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	1	NM; NDS
EDURANT PED ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2.5 MG	1	NM; NDS
efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg	1	
efavirenz oral tablet 600 mg	1	
efavirenz-emtricitabin-tenofov oral tablet 600-200-300 mg	1	
efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg	1	NM; NDS
efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 600-300-300 mg (Symfi)	1	NM; NDS
emtricitabine oral capsule 200 mg (Emtriva)	1	
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg (Truvada)	1	
emtricita-rilpivirine-tenof df oral tablet 200-25-300 mg (Complera)	1	NM; NDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	
etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg (Intelence)	1	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	1	NM; NDS
fosamprenavir oral tablet 700 mg	1	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	1	NM; NDS
IDVYNSO ORAL TABLET 100-0.25 MG	1	NM; NDS; QL (30 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	1	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	1	NM; NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	1	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	1	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	1	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	1	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	1	NM; NDS
KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5 ML (lopinavir-ritonavir)	1	QL (480 per 30 days)
lamivudine oral solution 10 mg/ml (Epivir)	1	
lamivudine oral tablet 100 mg	1	
lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg (Epivir)	1	
lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg	1	
lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml (Kaletra)	1	QL (480 per 30 days)
lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg (Kaletra)	1	QL (300 per 30 days)
lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg (Kaletra)	1	QL (120 per 30 days)
maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg (Selzentry)	1	NM; NDS
nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml	1	QL (1200 per 30 days)
nevirapine oral tablet 200 mg	1	QL (60 per 30 days)
nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg	1	QL (30 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	1	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	1	NM; NDS
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	1	NM; NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG, 800-150 MG-MG	1	NM; NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	1	NM; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	1	NM; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	1	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	1	NM; NDS
rilpivirine hcl oral tablet 25 mg (Edurant)	1	NM; NDS
rilpivirine intramuscular suspension,extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)	1	NM; NDS
ritonavir oral tablet 100 mg (Norvir)	1	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	1	NM; NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	1	NM; NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	1	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	1	NM; NDS
stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	1	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	1	NM; NDS

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK), 300 MG (5-TABLET PACK)	1	NM; NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	1	NM; NDS
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg (Viread)	1	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	1	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	1	NM; NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	1	NM; NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	1	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	1	
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	1	QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	1	NM; NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	1	NM; NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	1	NM; NDS
zidovudine oral capsule 100 mg (Retrovir)	1	
zidovudine oral syrup 10 mg/ml (Retrovir)	1	
zidovudine oral tablet 300 mg	1	
Antivirals, Miscellaneous		
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	1	PA; NM; NDS
oseltamivir oral capsule 30 mg	1	QL (84 per 180 days)
oseltamivir oral capsule 45 mg	1	QL (48 per 180 days)
oseltamivir oral capsule 75 mg (Tamiflu)	1	QL (42 per 180 days)
oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml (Tamiflu)	1	QL (540 per 180 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)- 100 MG (10)	1	QL (20 per 5 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (6)- 100 MG (5)	1	QL (11 per 28 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	1	QL (30 per 5 days)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	1	PA; NM; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	1	QL (60 per 180 days)
Hcv Antivirals		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 (sofosbuvir-velpatasvir) MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
Nucleosides And Nucleotides		
acyclovir oral capsule 200 mg	1	
acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml	1	
acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml		1	PA BvD
adefovir oral tablet 10 mg		1	
entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Baraclude)	1	
famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg		1	
ribavirin oral capsule 200 mg		1	
ribavirin oral tablet 200 mg		1	
valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg	(Valtrex)	1	
valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml	(Valcyte)	1	NM; NDS
valganciclovir oral tablet 450 mg		1	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG		1	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
Blood Products/Modifiers/Volume Expanders			
Anticoagulants			
dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg	(Pradaxa)	1	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)		1	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG		1	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG		1	QL (74 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET FOR SUSPENSION 0.5 MG, 1.5 MG (0.5 MG X 3), 2 MG (0.5 MG X 4)		1	QL (960 per 30 days)
ELIQUIS SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.15 MG		1	QL (120 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml	(Lovenox)	1	QL (60 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml	(Lovenox)	1	QL (48 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml	(Lovenox)	1	QL (18 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml	(Lovenox)	1	QL (24 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml	(Lovenox)	1	QL (36 per 30 days)
fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml	(Arixtra)	1	NM; NDS; QL (24 per 30 days)
fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml	(Arixtra)	1	QL (15 per 30 days)
fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml	(Arixtra)	1	NM; NDS; QL (12 per 30 days)
fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml	(Arixtra)	1	QL (18 per 30 days)
heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml		1	
jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	(warfarin)	1	
rivaroxaban oral suspension for reconstitution 1 mg/ml	(Xarelto)	1	QL (600 per 30 days)
rivaroxaban oral tablet 2.5 mg	(Xarelto)	1	
warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg		1	
Blood Formation Modifiers			
eltrombopag olamine oral powder in packet 12.5 mg	(Promacta)	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
eltrombopag olamine oral powder in packet 25 mg	(Promacta)	1	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg	(Promacta)	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده استبه 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
eltrombopag olamine oral tablet 25 mg (Promacta)	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
eltrombopag olamine oral tablet 50 mg, 75 mg (Promacta)	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	1	PA; NM; NDS; QL (20 per 30 days)
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG	1	PA; NM; NDS
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	1	PA; NM; NDS
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	1	PA; NM; NDS
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	1	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	1	PA; QL (4 per 28 days)
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	1	PA; NM; NDS
Hematologic Agents, Miscellaneous		
anagrelide oral capsule 0.5 mg (Agrylin)	1	
anagrelide oral capsule 1 mg	1	
tranexamic acid oral tablet 650 mg	1	
Platelet-Aggregation Inhibitors		
aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg		1	
clopidogrel oral tablet 75 mg	(Plavix)	1	
dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg		1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg		1	
prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	(Effient)	1	
ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg	(Brilinta)	1	
Caloric Agents			
Caloric Agents			
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %		1	PA BvD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %		1	PA BvD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %		1	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %		1	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %		1	PA BvD
d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr intravenous parenteral solution	(d5 % and 0.9 % sodium chloride)	1	
d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution	(D5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr)	1	
d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution		1	
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution		1	PA BvD
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION		1	PA BvD

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است به 10/5/2026 این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
Cardiovascular Agents			
Alpha-Adrenergic Agents			
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg		1	
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr	(Catapres-TTS-1)	1	
clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr	(Catapres-TTS-2)	1	
clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr	(Catapres-TTS-3)	1	
guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg		1	
midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		1	
Alpha-Adrenergic Blocking Agents			
doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	(Cardura)	1	
prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg		1	
Angiotensin Ii Receptor Antagonists			
candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	(Atacand)	1	
candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg	(Atacand HCT)	1	
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg	(Avapro)	1	
irbesartan oral tablet 75 mg		1	
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg	(Avalide)	1	
losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Cozaar)	1	
losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg	(Hyzaar)	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است‌به 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg	(Benicar)	1	
olmesartan-amlodipin-hcthiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg	(Tribenzor)	1	
olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	(Benicar HCT)	1	
sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg	(Entresto)	1	QL (180 per 30 days)
sacubitril-valsartan oral tablet 49-51 mg, 97-103 mg	(Entresto)	1	QL (60 per 30 days)
telmisartan oral tablet 20 mg		1	
telmisartan oral tablet 40 mg, 80 mg	(Micardis)	1	
telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg	(Micardis HCT)	1	
valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg	(Diovan)	1	
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg	(Diovan HCT)	1	
Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors			
benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	(Lotensin)	1	
benazepril oral tablet 5 mg		1	
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	(Lotensin HCT)	1	
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg		1	
captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	(Vasotec)	1	
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg	(Vaseretic)	1	
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg		1	
fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg		1	
fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg		1	
lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg	(Zestril)	1	
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	(Zestoretic)	1	
moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg		1	
perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg		1	
quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg		1	
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg		1	
ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		1	
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg		1	
Antiarrhythmic Agents			
amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg	(Pacerone)	1	
amiodarone oral tablet 400 mg		1	
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg	(Tikosyn)	1	
flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg		1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است به 10/5/2026 این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG		1	
pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg	(amiodarone)	1	
propafenone oral capsule,extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg		1	
propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg		1	
quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg		1	
Beta-Adrenergic Blocking Agents			
acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg		1	
atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Tenormin)	1	
atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg		1	
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		1	
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg		1	
carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg	(Coreg)	1	
labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg		1	
metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	(Toprol XL)	1	
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg	(Lopressor)	1	
metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 75 mg		1	
nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	(Bystolic)	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg	(Inderal LA)	1	
propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)		1	
propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg		1	
sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	(sotalol)	1	
sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	(Sotalol AF)	1	
sotalol oral tablet 240 mg		1	
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg		1	
Calcium-Channel Blocking Agents			
amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Norvasc)	1	
amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg	(Lotrel)	1	
amlodipine-benazepril oral capsule 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg		1	
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	(Azor)	1	
amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg	(Exforge)	1	
amlodipine-valsartan-hcthiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg	(Exforge HCT)	1	
cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	(diltiazem hcl)	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg		1	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg	(Tiadylt ER)	1	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	(Cartia XT)	1	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg	(Cardizem)	1	
diltiazem hcl oral tablet 90 mg		1	
dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg	(diltiazem hcl)	1	
felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		1	
nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg	(Procardia XL)	1	
nifedipine oral tablet extended release 24hr 90 mg		1	
nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg		1	
taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	(diltiazem hcl)	1	
tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	(diltiazem hcl)	1	
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg		1	
verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg		1	
verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg		1	
Cardiovascular Agents, Miscellaneous			

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)	(Lanoxin)	1	
icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml	(Firazyr)	1	PA; NM; NDS; QL (18 per 30 days)
ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg	(Corlanor)	1	ST; QL (60 per 30 days)
metyrosine oral capsule 250 mg		1	PA; NM; NDS
nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr	(Nitro-Dur)	1	
ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg, 500 mg		1	
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG		1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
Diuretics			
amiloride oral tablet 5 mg		1	
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg		1	
bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg		1	
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg		1	
furosemide injection solution 10 mg/ml		1	
furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)		1	
furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	(Lasix)	1	
hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg		1	
hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		1	
indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg		1	
metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Aldactone)	1	
spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg		1	
tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablet 15 mg, 30 mg	(Jynarque)	1	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablets, sequential 15 mg (am)/ 15 mg (pm), 30 mg (am)/ 15 mg (pm), 45 mg (am)/ 15 mg (pm), 60 mg (am)/ 30 mg (pm), 90 mg (am)/ 30 mg (pm)	(Jynarque)	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg		1	
triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg		1	
triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg		1	
Dyslipidemics			
amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg	(Caduet)	1	
amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg		1	
atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	(Lipitor)	1	
cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram	(Questran)	1	
cholestyramine light oral powder in packet 4 gram	(cholestyramine)	1	
colesevelam oral tablet 625 mg	(WelChol)	1	
colestipol oral packet 5 gram		1	
colestipol oral tablet 1 gram	(Colestid)	1	
ezetimibe oral tablet 10 mg	(Zetia)	1	QL (30 per 30 days)

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg	(Vytorin 10-10)	1	QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg	(Vytorin 10-20)	1	QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-40 mg	(Vytorin 10-40)	1	QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg	(Vytorin 10-80)	1	QL (30 per 30 days)
fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg		1	
fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg		1	
fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg		1	
fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg		1	QL (60 per 30 days)
fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg	(Lescol XL)	1	
gemfibrozil oral tablet 600 mg	(Lopid)	1	
icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram	(Vascepa)	1	QL (240 per 30 days)
icosapent ethyl oral capsule 1 gram	(Vascepa)	1	QL (120 per 30 days)
lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg		1	
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG		1	ST; QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG		1	ST; QL (30 per 30 days)
niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg		1	
omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram	(Lovaza)	1	ST; QL (120 per 30 days)
pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	(Livalo)	1	QL (30 per 30 days)
pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg		1	
prevalite oral powder in packet 4 gram	(cholestyramine)	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است به 10/5/2026 این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	1	ST; QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	1	ST; QL (6 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	1	ST; QL (6 per 28 days)
rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg (Crestor)	1	
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg (Zocor)	1	
simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg	1	
TRYNGOLZA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 50 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS; QL (0.8 per 28 days)
Renin-Angiotensin-Aldosterone System Inhibitors		
aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg (Tekturna)	1	
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg	1	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
Vasodilators		
hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg	1	
isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg (Isordil Titradose)	1	
isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg	1	
isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg	1	
minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg (Nitrostat)	1	
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
Central Nervous System Agents		
Central Nervous System Agents		
atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg	1	QL (60 per 30 days)
atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	1	QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	1	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 24 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	1	PA; NM; NDS; QL (210 per 30 days)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG, 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14)	1	PA; NM; NDS
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg (Adderall XR)	1	QL (30 per 30 days)

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg	(Adderall XR)	1	QL (60 per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	(Adderall)	1	QL (60 per 30 days)
guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	(Intuniv ER)	1	
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)-80 MG (21)		1	PA; NM; NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG		1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG		1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg		1	
lithium carbonate oral tablet 300 mg		1	
lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg	(Lithobid)	1	
lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg		1	
lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml		1	
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml	(Methylin)	1	QL (900 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	(Ritalin)	1	QL (90 per 30 days)
riluzole oral tablet 50 mg		1	
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg	(Xenazine)	1	PA; QL (112 per 28 days)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG		1	PA; QL (30 per 30 days)
Contraceptives			

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
Contraceptives			
afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(norethindrone-ethin estradiol)	1	
alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg		1	
amethia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
amethyst (28) oral tablet 90-20 mcg (28)	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
apri oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
ashlyna oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
camila oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
camrese lo oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
camrese oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(norethindrone-ethin estradiol)	1	
dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg		1	
daysee oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
deblitane oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(Azurette (28))	1	
dolishale oral tablet 90-20 mcg (28)	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده استبه 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg	(Lo-Zumandimine (28))	1	
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg	(Ocella)	1	
elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	1	QL (1 per 28 days)
emzahh oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	1	QL (1 per 28 days)
enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(levonorg-eth estrad triphasic)	1	
enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
errin oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
estarylla oral tablet 0.25-0.035 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg	(Kelnor 1/35 (28))	1	
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg	(Valtya)	1	
etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(EluRyng)	1	QL (1 per 28 days)
falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
feirza oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	1	QL (1 per 28 days)
heather oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	QL (91 per 84 days)
incassia oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
introvale oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	QL (91 per 84 days)
isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
jaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
jencycla oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
jolessa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	QL (91 per 84 days)
juleber oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است‌به 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
kelnor 1/50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG		1	
l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)	(Camrese Lo)	1	QL (91 per 84 days)
l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg	(Rivelsa)	1	QL (91 per 84 days)
l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(Amethia)	1	QL (91 per 84 days)
larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(levonorg-eth estrad triphasic)	1	
levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)	(Balcoltra)	1	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Afirmelle)	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg	(Altavera (28))	1	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg (28)	(Amethyst (28))	1	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(Iclevia)	1	QL (91 per 84 days)
levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(Enpresse)	1	
levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG		1	
lojaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
lo-zumandimine (28) oral tablet 3-0.02 mg	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
luizza oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
lutera (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
lyleq oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
lyza oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
meleya oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
mili oral tablet 0.25-0.035 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG		1	
MIUDELLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 175 SQUARE MM		1	
mono-linyah oral tablet 0.25-0.035 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG		1	
nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	(Xulane)	1	QL (3 per 28 days)
norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg	(Camila)	1	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Aurovela Fe 1-20 (28))	1	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Aurovela Fe 1.5/30 (28))	1	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(Tilia Fe)	1	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(Tri-Lo-Estarylla)	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است به 10/5/2026 این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(Tri-Estarylla)	1	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-0.035 mg	(Estarylla)	1	
nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg		1	
nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)		1	
nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(norethindrone-ethin estradiol)	1	
nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg		1	
nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(norethindrone-ethin estradiol)	1	
nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg		1	
orquidea oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
rivelsa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
rosyrah oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	QL (91 per 84 days)
sharobel oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است‌به 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
simpesse oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HR (3 YRS) 13.5 MG		1	
sprintec (28) oral tablet 0.25-0.035 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(levonorg-eth estrad triphasic)	1	
tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
tyblume oral tablet,chewable 0.1 mg-20 mcg		1	
valtya oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
vylibra oral tablet 0.25-0.035 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
xarah fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	(norelgestromin-ethin.estradiol)	1	QL (3 per 28 days)
zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	(norelgestromin-ethin.estradiol)	1	QL (3 per 28 days)
zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
Dental And Oral Agents			
Dental And Oral Agents			
cevimeline oral capsule 30 mg	(Evoxac)	1	
chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %	(Periogard)	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده استبه 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %	(chlorhexidine gluconate)	1	
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	(Salagen (pilocarpine))	1	
triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %	(Kourzeq)	1	
Dermatological Agents			
Anti-Infectives (Skin And Mucous Membrane)			
acyclovir topical ointment 5 %	(Zovirax)	1	QL (30 per 30 days)
clindamycin phosphate vaginal cream 2 %	(Cleocin)	1	
metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)	(Vandazole)	1	
terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %		1	
terconazole vaginal suppository 80 mg		1	
Dermatological Agents, Other			
acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg		1	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %		1	PA
ammonium lactate topical cream 12 %		1	
ammonium lactate topical lotion 12 %	(AmLactin)	1	
calcipotriene scalp solution 0.005 %	(Pellix)	1	QL (120 per 30 days)
calcipotriene topical cream 0.005 %		1	QL (120 per 30 days)
calcipotriene topical ointment 0.005 %		1	QL (120 per 30 days)
fluorouracil topical cream 5 %	(Efudex)	1	
fluorouracil topical solution 2 %, 5 %		1	

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
imiquimod topical cream in packet 5 %		1	QL (24 per 30 days)
KLISYRI (250 MG) TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %		1	ST; NM; NDS; QL (5 per 5 days)
methoxsalen oral capsule,liqd-filled,rapid rel 10 mg		1	NM; NDS
nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)	(Rectiv)	1	QL (30 per 30 days)
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %		1	NM; NDS; QL (60 per 28 days)
podofilox topical solution 0.5 %		1	
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM		1	QL (180 per 30 days)
selenium sulfide topical lotion 2.5 %		1	
silver sulfadiazine topical cream 1 %	(SSD)	1	
ssd topical cream 1 %	(silver sulfadiazine)	1	
tazarotene topical cream 0.1 %	(Tazorac)	1	
tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %	(Retin-A)	1	PA
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %		1	PA NSO; NM; NDS
zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	(isotretinoin)	1	
Dermatological Antibacterials			
clindamycin phosphate topical solution 1 %		1	QL (180 per 30 days)
clindamycin phosphate topical swab 1 %	(Clindacin ETZ)	1	
erythromycin with ethanol topical solution 2 %		1	
gentamicin topical cream 0.1 %		1	QL (90 per 30 days)
metronidazole topical cream 0.75 %	(Rosadan)	1	
metronidazole topical gel 0.75 %	(Rosadan)	1	
metronidazole topical gel 1 %		1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است‌به 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
mupirocin topical ointment 2 %	(Centany)	1	QL (220 per 30 days)
rosadan topical cream 0.75 %	(metronidazole)	1	
Dermatological Anti-Inflammatory Agents			
ala-cort topical cream 1 %	(hydrocortisone)	1	
betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %		1	
betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %		1	
betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %		1	
betamethasone valerate topical cream 0.1 %		1	
betamethasone valerate topical lotion 0.1 %		1	
betamethasone valerate topical ointment 0.1 %		1	
betamethasone, augmented topical cream 0.05 %		1	
betamethasone, augmented topical gel 0.05 %		1	
betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %		1	
betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %	(Diprolene (augmented))	1	
clobetasol scalp solution 0.05 %		1	
clobetasol topical cream 0.05 %		1	
clobetasol topical gel 0.05 %		1	
clobetasol topical ointment 0.05 %		1	
clobetasol topical shampoo 0.05 %	(Clodan)	1	
clobetasol-emollient topical cream 0.05 %		1	
diclofenac sodium topical drops 1.5 %		1	QL (300 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)		1	PA; QL (224 per 28 days)
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %		1	
fluocinolone topical cream 0.01 %		1	
fluocinolone topical cream 0.025 %	(Synalar)	1	
fluocinolone topical ointment 0.025 %	(Synalar)	1	
fluocinonide topical cream 0.05 %		1	
fluocinonide topical cream 0.1 %	(Vanos)	1	
fluocinonide topical gel 0.05 %		1	
fluocinonide topical ointment 0.05 %		1	
fluocinonide topical solution 0.05 %		1	
fluticasone propionate topical cream 0.05 %		1	
halobetasol propionate topical cream 0.05 %		1	
halobetasol propionate topical ointment 0.05 %		1	
hydrocortisone 2.5% cream		1	
hydrocortisone topical cream 1 %	(Ala-Cort)	1	
hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %	(Procto-Med HC)	1	
hydrocortisone topical lotion 2.5 %		1	
hydrocortisone topical ointment 1 %	(Anti-Itch (HC))	1	
hydrocortisone topical ointment 2.5 %		1	
hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %		1	
mometasone topical cream 0.1 %		1	
mometasone topical ointment 0.1 %		1	
mometasone topical solution 0.1 %		1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است‌به 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	(hydrocortisone)	1	
proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	(hydrocortisone)	1	
proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	(hydrocortisone)	1	
triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %		1	
triamcinolone acetonide topical cream 0.5 %	(Triderm)	1	
triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %		1	
triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %		1	
Scabicides And Pediculicides			
malathion topical lotion 0.5 %	(Ovide)	1	
permethrin topical cream 5 %		1	QL (60 per 30 days)
Devices			
Devices			
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED	(alcohol swabs)	1	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ASSURE ID DUO PRO NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"		1	PA; ST
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است به 10/5/2026 این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		1	PA; ST
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
AUTOKEEPER SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"		1	PA; ST
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
BD INS SYR UF 0.3 ML 12.7MMX30G 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD INS SYR UF 0.5 ML 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX12.7MM 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
BD SINGLE USE SWAB	(alcohol swabs)	1	PA; ST
BD UF MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
BD UF MINI PEN NEEDLE 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
BD UF ORIG PEN NDL 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
BD UF SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
BD VEO INS SYRING 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026به استروزرسانی شده

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
BD VEO INS SYRN 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G HRI 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G HRI 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G HRI 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD	(alcohol swabs)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است به 10/5/2026 این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16"		1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16		1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CLICKFINE UNIVERSAL 31G X 1/4" 6MM, STORE BRAND 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ 0.3 ML 31G 15/64" 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ 0.5 ML 31G 15/64" 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INS 1 ML 31G 15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE,MINI,HRI 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
COMFORT EZ PLS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 27G 12.7MM 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3"		1	PA; ST
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6"		1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده استبه 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CURITY ALCOHOL PREPS 2 PLY,MEDIUM	(alcohol swabs)	1	PA; ST
CURITY GAUZE PADS 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 "		1	PA; ST
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 PLY, USP TYPE VII 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST
DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 "		1	PA; ST
DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "		1	PA; ST
DROPLET 0.3 ML 29G 12.7MM(1/2) OUTER 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
DROPLET 0.3 ML 30G 12.7MM(1/2) OUTER 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 30G 8MM(1/2) OUTER 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 31G 6MM(1/2) OUTER 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 31G 8MM(1/2) OUTER 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 29G 12.7MM OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30G 12.7MM OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 30G 8MM OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 6MM OUTER 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 8MM OUTER 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 29G 12.7MM OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30G 12.5MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30G 6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده استبه 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
DROPLET INS SYR 1 ML 30G 8MM OUTER 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31G 6MM OUTER 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"		1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 10MM 29 GAUGE X 3/8"		1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
DROPSAFE INSULN 1 ML 29G 12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"		1	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		1	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		1	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2" 0.3 ML 31 X 1/2"		1	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است به 10/5/2026 این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD	(alcohol swabs)	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 29G 4MM 29 GAUGE X 5/32"		1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"		1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT SYR 0.5 ML 29G 8MM 1/2 ML 29 X5/16 "	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT SYR 1 ML 29G 8MM 1 ML 29 GAUGE X 5/16		1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML 30G 8MM(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML 31G 6MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syr/ndl u100 half mark)	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML 31G 8MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026به استروزرسانی شده

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH ALCOHOL 70% PADS GAMMA-STERILIZED (alcohol swabs)	1	PA; ST
EASY TOUCH AUTO 0.5 ML 30G 6MM 0.5 ML 30 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
EASY TOUCH AUTO 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH AUTORET 1 ML 30G 6MM 1 ML 30 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
EASY TOUCH AUTORET 1 ML 30G 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOK 1 ML 27GX0.5 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.3 ML 30G 8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS 1 ML 27G 1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS 1 ML 28G 12.7MM 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS SYR 1 ML 30G 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026به روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
EASY TOUCH INS SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2 1 ML 30 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML RETRACTABLE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASY TOUCH LUER LOK INSUL 1 ML	(insulin syringe needleless)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"		1	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM 29 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		1	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G 12.7MM 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML	(insulin syringe needleless)	1	PA; ST
EASYLIFE ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
EASYLIFE INS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 33G 8MM 33 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASYLIFE INS SYR 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASYLIFE INS SYR 1 ML 30G 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASYLIFE INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASYLIFE SAFTY PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
EASYLIFE SAFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
EASYLIFE SYR 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"		1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EXEL U100 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EXEL U100 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	1	PA; ST
FT STERILE PADS 2" X 2" 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST
GNP ALCOHOL SWAB STERILE, TWO PLY	(Alcohol Pads)	1	PA; ST
GNP PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(1st Tier Unifine Pentips)	1	PA; ST
GNP PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(CareFine Pen Needle)	1	PA; ST
GNP SIMPLI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
GNP ULT CMFRT 0.5 ML 29GX1/2" 1/2 ML 29	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
GNP ULTR CMFRT 0.5 ML 30GX5/16 1/2 ML 30 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
GS PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(1st Tier Unifine Pentips)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		1	
INPEN (FOR HUMALOG) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		1	
INPEN (FOR HUMALOG) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		1	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		1	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		1	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		1	
INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 7/16", 1 ML 30 GAUGE X 7/16"		1	PA; ST
INSULIN 1/2 ML SYRINGE 1/2 ML 29	(Ultilet Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN 1/2 ML SYRINGE 1/2 ML 30 GAUGE		1	PA; ST
INSULIN 3/10 ML SYRINGE 0.3 ML 30	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Easy Touch Ins Syr (half unit))	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" (RX) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	1	PA; ST
INSULIN SYRING 0.5 ML 27G 1/2" INNER 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(Easy Touch Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Sure Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Easy Touch Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2" INNER 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(BD Eclipse Luer-Lok)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(Advocate Syringes)	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Easy Touch Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE,THIN II (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(Advocate Syringes)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE	(Ultilet Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	(Monoject Syringe)	1	PA; ST
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 6MM (RX) 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
IV ANTISEPTIC WIPES	(alcohol swabs)	1	PA; ST
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD	(alcohol swabs)	1	PA; ST
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "		1	PA; ST
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 X 5/16"		1	PA; ST
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026به استروزرسانی شده

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"		1	PA; ST
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
MICRODOT READYGARD NDL 31G 5MM OUTER 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(CareFine Pen Needle)	1	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(Comfort EZ Pen Needles)	1	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(Comfort EZ Pen Needles)	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(Comfort EZ Pen Needles)	1	PA; ST
MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)	(insulin syringes (disposable))	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026به استروزرسانی شده

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
NANO 2 GEN PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
NANO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
NOVOFINE AUTOCOVER 30G NEEDLE 30 GAUGE X 1/3"		1	PA; ST
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"		1	PA; ST
OMNIPOD 5 (LIBRE 2/3 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 INTRO (LIBRE2/3PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		1	QL (1 per 365 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)		1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		1	QL (10 per 30 days)
PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER 30 GAUGE X 3/16"	(Embrace Pen Needle)	1	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 GAUGE X 5/16"	(CareFine Pen Needle)	1	PA; ST
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PEN NEEDLE 31G X 1/4" HRI 31 GAUGE X 1/4"	(1st Tier Unifine Pentips)	1	PA; ST
PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(Advocate Pen Needle)	1	PA; ST
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	(1st Tier Unifine Pentips Plus)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 5MM 31G 31GX5MM,STRL,MINI (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 29G 1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"		1	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
PRO-COMFORT ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		1	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		1	PA; ST
PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES	(alcohol swabs)	1	PA; ST
RA STERILE PADS 2"X 2" 2 X 2 "	(Bordered Gauze)	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"		1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(Comfort Touch Pen Needle)	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"		1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده استبه 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	(True-Comfort Pro Pen Needle)	1	PA; ST
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
RELION PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(1st Tier Unifine Pentips)	1	PA; ST
RELION SYRING 0.3 ML 31GX5/16" INNER 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	1	PA; ST
RELION SYRING 0.5 ML 31GX5/16" INNER (OTC) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(Comfort EZ PRO Safety Pen Ndl)	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است به 10/5/2026 این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
SECURESAFE PEN NEEDLE 31G 5MM OUTER 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
SECURESAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
SECURESAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		1	PA; ST
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		1	PA; ST
SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		1	PA; ST
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"		1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	(Thinpro Insulin Syringe)	1	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML 1/2 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 ML 0.3 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TERUMO INS SYRNG U100-1/2 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 31 X 3/8"		1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 31 X 3/8"		1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 31 X 3/8"		1	PA; ST
TOPFINE INSULN PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده استبه 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		1	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
TRUE COMFORT SFTY 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
TRUE COMFRT PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TRUE-CMFRT PRO PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE-CMFRT PRO PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE-CMFRT PRO PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE-CMFRT PRO PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده استبه 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syr/ndl u100 half mark)	1	PA; ST
ULTICARE INS 0.3 ML 31GX1/4" 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
ULTICARE INS 0.5 ML 31GX1/4" 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 4MM 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G 30 GAUGE X 3/16"		1	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده استبه 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFE0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16"	1	PA; ST
ULTILET ALCOHOL STERL SWAB (alcohol swabs)	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است به 10/5/2026 این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE		1	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2" CONVERTS TO 29G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 1/2" (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 5/16"(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 31G 5/16"(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 30G 5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA THIN PEN NDL 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRACARE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRACARE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است به 10/5/2026 این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRACARE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRACARE INS 1 ML 30G X 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRACARE INS 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRACARE INS 1 ML 31G X 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 31G 6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 31G 8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
ULTRA-FINE 0.5 ML 30G 12.7MM 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE INS 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
ULTRA-FINE INS SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NDL 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NDL 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 12MM 29G 29GX12MM, STRL 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 31GX3/16" 31GX5MM,STRL,MINI 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 8MM 31G 31GX8MM, SHORT, STRL 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 29GX1/2" 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
UNIFINE PENTIPS PLUS 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PROTECT 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		1	PA; ST
UNIFINE PROTECT 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
UNIFINE PROTECT 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		1	PA; ST
UNIFINE ULTR PEN NDL 34G 3.5MM 34 GAUGE X 9/64"		1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2" SY OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VANISHPOINT INS 0.5 ML 30G 8MM OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16" 1 ML 30 GAUGE X 3/16"		1	PA; ST
VANISHPOINT U-100 29X1/2 SYR 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERIFINE INS SYR 1 ML 29G 1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است به 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM-SHARPS CONTAINER 32 GAUGE X 5/32"		1	PA; ST
VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERIFINE SYRING 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "		1	PA; ST
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE	(alcohol swabs)	1	PA; ST
WM UNIFINE PENTIP PLUS 8MM 31G W/ SAFETY CLICK 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
Enzyme Replacement/Modifiers			
Enzyme Replacement/Modifiers			
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 - 60,000 UNIT, 24,000-76,000 - 120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT		1	
javygtor oral tablet,soluble 100 mg	(sapropterin)	1	PA; NM; NDS
nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	(Orfadin)	1	PA; NM; NDS

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است‌به 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	1	PA; NM; NDS
REVCOVI INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML)	1	PA; NM; NDS
sapropterin oral tablet,soluble 100 mg (Javygtor)	1	PA; NM; NDS
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	1	PA; NM; LA; NDS
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 - 42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT	1	
Eye, Ear, Nose, Throat Agents		
Eye, Ear, Nose, Throat Agents, Miscellaneous		
atropine ophthalmic (eye) drops 1 %	1	
azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)	1	QL (60 per 30 days)
azelastine nasal spray,non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %) (Astepro Allergy)	1	QL (30 per 25 days)
azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %	1	
cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %	1	
epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %	1	
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)	1	QL (30 per 28 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)		1	QL (15 per 10 days)
olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %	(Eye Allergy Itch-Redness Rlf)	1	
olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %	(Advanced Eye Relief (olopatad))	1	
Eye, Ear, Nose, Throat Anti-Infectives Agents			
acetic acid otic (ear) solution 2 %		1	
bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram		1	
bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram		1	
ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %		1	
ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %		1	QL (7.5 per 7 days)
erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)		1	QL (3.5 per 4 days)
gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %		1	
hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %		1	
moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %	(Vigamox)	1	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %		1	
neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%		1	
neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g		1	
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %	(Maxitrol)	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده استبه 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml		1	
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%		1	
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%		1	
neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%	(neomycin-bacitracin-poly-hc)	1	
neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g	(neomycin-bacitracin-polymyxin)	1	
ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	(Ocuflox)	1	
ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %		1	
polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram	(bacitracin-polymyxin b)	1	
polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml		1	
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %		1	
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %		1	
tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %		1	
tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %		1	
tobramycin-lotepred ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.5 %	(Zylet)	1	
trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %		1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
XDEMVY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %		1	PA; NM; NDS; QL (10 per 42 days)
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %		1	
Eye, Ear, Nose, Throat Anti-Inflammatory Agents			
bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %	(Prolensa)	1	
cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %	(Restasis)	1	QL (60 per 30 days)
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %		1	
diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %		1	
difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %	(Durezol)	1	
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %		1	QL (8.3 per 14 days)
flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)		1	QL (50 per 25 days)
fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %	(DermOtic Oil)	1	
fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %	(FML Liquifilm)	1	
flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %		1	
fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation	(24 Hour Allergy Relief)	1	QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %		1	
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %		1	QL (5.6 per 14 days)
ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %	(Acular)	1	QL (10 per 25 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %		1	QL (3.5 per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %		1	QL (5 per 16 days)
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %	(Lotemax)	1	QL (10 per 14 days)
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %		1	ST
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %		1	QL (15 per 19 days)
MIEBO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 100 %		1	QL (12 per 28 days)
mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation	(Allergy Nasal (mometasone))	1	QL (34 per 30 days)
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %		1	
prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	(Pred Forte)	1	
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)		1	
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %		1	QL (60 per 30 days)
Gastrointestinal Agents			
Antiulcer Agents And Acid Suppressants			
cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml		1	
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg	(Acid Reducer (esomeprazole))	1	
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 40 mg	(Nexium)	1	
famotidine oral tablet 20 mg	(Acid Controller)	1	
famotidine oral tablet 40 mg	(Pepcid)	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 15 mg	(Acid Reducer (lansoprazole))	1	QL (30 per 30 days)
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 30 mg	(Prevacid)	1	QL (60 per 30 days)
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg	(Cytotec)	1	
omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg		1	
pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg, 40 mg	(Protonix)	1	
rabeprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg	(AcipHex)	1	
sucralfate oral tablet 1 gram	(Carafate)	1	
TALICIA ORAL CAPSULE,IR - DELAY REL,BIPHASE 10-250-12.5 MG		1	QL (168 per 14 days)
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		1	PA
Gastrointestinal Agents, Other			
bismuth subcit k-metronidz-tcn oral capsule 140-125-125 mg	(Pylera)	1	QL (168 per 14 days)
calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg		1	
calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg		1	
carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg	(Carbaglu)	1	PA; NM; NDS
constulose oral solution 10 gram/15 ml	(lactulose)	1	
cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml	(Gastrocrom)	1	
dicyclomine oral capsule 10 mg		1	
dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml		1	
dicyclomine oral tablet 20 mg		1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است‌به 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	(Lomotil)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
enulose oral solution 10 gram/15 ml	(lactulose)	1	
generlac oral solution 10 gram/15 ml	(lactulose)	1	
glycopyrrolate oral tablet 1 mg	(Robinul)	1	
glycopyrrolate oral tablet 2 mg	(Robinul Forte)	1	
kionex oral suspension 15 gram/60 ml	(sodium polystyrene sulfonate)	1	
lactulose oral solution 10 gram/15 ml	(Constulose)	1	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG		1	QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM		1	QL (34 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM		1	QL (30 per 30 days)
loperamide oral capsule 2 mg	(Anti-Diarrheal (loperamide))	1	
lubiprostone oral capsule 24 mcg		1	QL (60 per 30 days)
lubiprostone oral capsule 8 mcg	(Amitiza)	1	QL (120 per 30 days)
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml		1	
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	(Reglan)	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG		1	QL (30 per 30 days)
sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram	(Renvela)	1	
sevelamer carbonate oral tablet 800 mg	(Renvela)	1	
sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg		1	
sodium polystyrene sulfonate oral powder 15 gram		1	
sodium polystyrene sulfonate oral suspension 15 gram/60 ml	(Kionex)	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است به 10/5/2026 این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml		1	
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG		1	QL (30 per 30 days)
ursodiol oral capsule 300 mg		1	
ursodiol oral tablet 250 mg		1	
ursodiol oral tablet 500 mg	(URSO Forte)	1	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM, 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM		1	
VOWST ORAL CAPSULE 1 X 10EXP6 TO 3 X 10EXP7 CELL		1	PA; NM; NDS; QL (12 per 30 days)
XERMELO ORAL TABLET 250 MG		1	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
Inflammatory Bowel Disease Agents			
alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Lotronex)	1	
balsalazide oral capsule 750 mg	(Colazal)	1	
budesonide oral capsule,delayed,extend.release 3 mg		1	
budesonide rectal foam 2 mg/actuation	(Uceris)	1	
hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml	(Cortenema)	1	
mesalamine oral capsule, extended release 500 mg	(Pentasa)	1	
mesalamine oral capsule,extended release 24hr 0.375 gram	(Apriso)	1	
mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 1.2 gram	(Lialda)	1	QL (120 per 30 days)
mesalamine rectal enema 4 gram/60 ml	(Rowasa)	1	
mesalamine rectal suppository 1,000 mg	(Canasa)	1	
sulfasalazine oral tablet 500 mg	(Azulfidine)	1	
sulfasalazine oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg	(Azulfidine EN-tabs)	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
Laxatives			
gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram	(peg 3350-electrolytes)	1	
gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	(peg 3350-electrolytes)	1	
gavilyte-n oral recon soln 420 gram	(peg-electrolyte soln)	1	
peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	(GaviLyte-G)	1	
peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram	(GaviLyte-N)	1	
sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram	(Suprep Bowel Prep Kit)	1	
sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)		1	
Genitourinary Agents			
Antispasmodics, Urinary			
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg		1	
darifenacin oral tablet extended release 24 hr 15 mg, 7.5 mg		1	
fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg	(Toviaz)	1	
flavoxate oral tablet 100 mg		1	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	(mirabegron)	1	
oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml		1	
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg		1	
oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg		1	
solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg	(Vesicare)	1	

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg		1	
tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg		1	
trospium oral tablet 20 mg		1	
Genitourinary Agents, Miscellaneous			
alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg	(Uroxatral)	1	QL (30 per 30 days)
dutasteride oral capsule 0.5 mg	(Avodart)	1	
finasteride oral tablet 5 mg	(Proscar)	1	
tamsulosin oral capsule 0.4 mg		1	
terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		1	
Heavy Metal Antagonists			
Heavy Metal Antagonists			
deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg	(Jadenu Sprinkle)	1	PA; NM; NDS
deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg	(Jadenu)	1	PA
penicillamine oral tablet 250 mg	(Depen Titratabs)	1	PA; NM; NDS
trientine oral capsule 250 mg	(Syprine)	1	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying			
Androgens			
danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg		1	
testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml	(Depo-Testosterone)	1	PA
testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)		1	PA
testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml		1	PA; QL (5 per 28 days)

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)	(Vogelxo)	1	PA; QL (300 per 30 days)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)	(AndroGel)	1	PA; QL (150 per 30 days)
testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram)		1	PA; QL (300 per 30 days)
testosterone transdermal gel in packet 1 % (50 mg/5 gram)	(Vogelxo)	1	PA; QL (300 per 30 days)
Estrogens And Antiestrogens			
abigale lo oral tablet 0.5-0.1 mg	(estradiol-norethindrone acet)	1	
abigale oral tablet 1-0.5 mg	(estradiol-norethindrone acet)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
conjugated estrogens oral tablet 0.3 mg, 0.45 mg, 0.625 mg, 0.9 mg, 1.25 mg	(Premarin)	1	
dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	(estradiol)	1	QL (8 per 28 days)
estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg		1	
estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	(Dotti)	1	QL (8 per 28 days)
estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	(Climara)	1	QL (4 per 28 days)
estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)	(Estrace)	1	
estradiol vaginal tablet 10 mcg	(Yuvafem)	1	QL (18 per 28 days)

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg	(Abigale Lo)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
estradiol-norethindrone acet oral tablet 1-0.5 mg	(Abigale)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
mimvey oral tablet 1-0.5 mg	(estradiol-norethindrone acet)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM		1	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)		1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG		1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
raloxifene oral tablet 60 mg	(Evista)	1	
yuvafem vaginal tablet 10 mcg	(estradiol)	1	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoids/Mineralocorticoids			
dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml		1	
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg		1	
dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml		1	
fludrocortisone oral tablet 0.1 mg		1	
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	(Cortef)	1	
ISTURISA ORAL TABLET 1 MG		1	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ISTURISA ORAL TABLET 5 MG		1	PA; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml	(Depo-Medrol)	1	
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg	(Medrol)	1	
methylprednisolone oral tablet 32 mg		1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg (Medrol (Pak))	1	
prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)	1	
prednisolone oral solution 15 mg/5 ml	1	
prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)	1	
prednisone oral solution 5 mg/5 ml	1	PA BvD
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg	1	PA BvD
prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)	1	
TARPEYO ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 4 MG	1	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml (Kenalog)	1	
Incretin Mimetics		
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	1	PA; QL (2 per 28 days)
OZEMPIC ORAL TABLET 1.5 MG, 4 MG, 9 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	1	PA; QL (3 per 28 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 1.5 MG, 14 MG, 3 MG, 4 MG, 7 MG, 9 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده استبه 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	1	PA; QL (2 per 28 days)
WEGOVY ORAL TABLET 1.5 MG, 25 MG, 4 MG, 9 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
WEGOVY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG/0.5 ML, 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/0.5 ML	1	PA; QL (2 per 28 days)
WEGOVY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1.7 MG/0.75 ML, 2.4 MG/0.75 ML	1	PA; QL (3 per 28 days)
Pituitary		
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML	1	PA; NM; NDS; QL (35 per 28 days)
desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)	1	
desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)	1	
desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg (DDAVP)	1	
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA; NM; NDS
lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml (Somatuline Depot)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	1	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG	1	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG, 30 MG	1	PA; NM; NDS

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	1	PA; NM; NDS
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	1	PA; NM; NDS
octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 200 mcg/ml	1	
octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml (Sandostatin)	1	
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	1	PA NSO; NM; NDS
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	1	PA; NM; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML (lanreotide)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML (lanreotide)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (0.3 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	1	PA; NM; NDS
Progestins		

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده استبه 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML		1	QL (0.65 per 84 days)
gallifrey oral tablet 5 mg	(norethindrone acetate)	1	
medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml	(Depo-Provera)	1	
medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml	(Depo-Provera)	1	
medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Provera)	1	
megestrol 400 mg/10 ml susp cup outer 400 mg/10 ml (10 ml)		1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)		1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
norethindrone acetate oral tablet 5 mg	(Gallifrey)	1	
progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg	(Prometrium)	1	
Thyroid And Antithyroid Agents			
levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	(Levo-T)	1	
liomny oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg	(liothyronine)	1	
liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg	(Liomny)	1	
methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg		1	
propylthiouracil oral tablet 50 mg		1	
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG		1	PA; NM; NDS
Immunological Agents			
Immunological Agents			

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML		1	PA; NM; NDS
adalimumab-aaty subcutaneous auto-injector, kit 40 mg/0.4 ml	(Yuflyma(CF) Autoinjector)	1	PA; NM; NDS
adalimumab-aaty subcutaneous auto-injector, kit 80 mg/0.8 ml	(adalimumab-aaty(CF) AI Crohns)	1	PA; NM; NDS
adalimumab-aaty subcutaneous syringe kit 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml	(Yuflyma(CF))	1	PA; NM; NDS
adalimumab-aaty(cf) ai crohns subcutaneous auto-injector, kit 80 mg/0.8 ml	(adalimumab-aaty)	1	PA; NM; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG		1	PA; NM; NDS
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML		1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML		1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
azathioprine oral tablet 50 mg	(Imuran)	1	PA BvD
azathioprine sodium injection recon soln 100 mg		1	PA BvD
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML		1	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML		1	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG		1	PA; NM; NDS; QL (15 per 30 days)
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML		1	PA; NM; NDS
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML		1	PA; NM; NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML		1	PA; NM; NDS

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML		1	PA; NM; NDS
cyclosporine intravenous solution 250 mg/5 ml	(Sandimmune)	1	PA BvD
cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg	(Gengraf)	1	PA BvD
cyclosporine modified oral capsule 50 mg		1	PA BvD
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml	(Neoral)	1	PA BvD
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg	(Sandimmune)	1	PA BvD
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg	(Tecfidera)	1	PA; QL (14 per 7 days)
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)	(Tecfidera)	1	PA
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 240 mg	(Tecfidera)	1	PA; QL (60 per 30 days)
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML		1	PA; NM; NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML		1	PA; NM; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)		1	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML		1	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)		1	PA; NM; NDS

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	1	PA; NM; NDS
ENTYVIO INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG	1	PA; NM; NDS
ENTYVIO PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 108 MG/0.68 ML	1	PA; NM; NDS
ENVARSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG	1	PA BvD
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg (Zortress)	1	PA BvD
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 1 mg (Zortress)	1	PA BvD; NM; NDS
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 30 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
fingolimod oral capsule 0.5 mg (Gilenya)	1	PA; QL (30 per 30 days)
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)	1	PA BvD; NM; NDS
gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg (cyclosporine modified)	1	PA BvD
gengraf oral solution 100 mg/ml (cyclosporine modified)	1	PA BvD
glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml (Glatopa)	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml (Glatopa)	1	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml (glatiramer)	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml (glatiramer)	1	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
HADLIMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4 ML (adalimumab-bwwd)	1	PA; NM; NDS
HADLIMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML (adalimumab-bwwd)	1	PA; NM; NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	1	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	1	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
infliximab intravenous recon soln 100 mg (Remicade)	1	PA; NM; NDS
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML	1	PA; NM; NDS; QL (1.2 per 28 days)

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML		1	PA; NM; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML		1	PA; NM; NDS
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML		1	PA; NM; NDS
leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg	(Arava)	1	
mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg	(CellCept Intravenous)	1	PA BvD
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg	(CellCept)	1	PA BvD
mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml	(CellCept)	1	PA BvD
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	(CellCept)	1	PA BvD
mycophenolate sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg	(Myfortic)	1	PA BvD
NIKTIMVO INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML		1	PA NSO; NM; NDS
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML		1	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG		1	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML		1	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML		1	PA; NM; LA; NDS; QL (0.4 per 28 days)
OMLYCLO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML		1	PA; NM; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG		1	PA; NM; NDS

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است به 10/5/2026 این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19)	1	PA; NM; NDS
OTEZLA XR INITIATION ORAL TABLET AND TABLET ER DOSE PACK 10-20-30-75 MG	1	PA; NM; NDS
OTEZLA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 75 MG	1	PA; NM; NDS
OTULFI INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	1	PA; NM; NDS
OTULFI SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	1	PA
OTULFI SUBCUTANEOUS (ustekinumab-aauz) SYRINGE 45 MG/0.5 ML	1	PA
OTULFI SUBCUTANEOUS (ustekinumab-aauz) SYRINGE 90 MG/ML	1	PA; NM; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML-94 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	1	PA BvD
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (360 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است‌به 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA; NM; NDS
SAPHNELO PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 120 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS; QL (3.2 per 28 days)
SELARSDI INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	1	PA; NM; NDS
SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	1	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS (ustekinumab-aekn) SYRINGE 45 MG/0.5 ML	1	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS (ustekinumab-aekn) SYRINGE 90 MG/ML	1	PA; NM; NDS
sirolimus oral solution 1 mg/ml	1	PA BvD
sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	1	PA BvD
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	1	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	1	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 55 MG/0.37 ML	1	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	1	PA; NM; NDS
tacrolimus intravenous solution 5 mg/ml (Prograf)	1	PA BvD
tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg (Prograf)	1	PA BvD
tacrolimus oral capsule,extended release 24hr 0.5 mg, 1 mg, 5 mg (Astagraf XL)	1	PA BvD
tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %	1	QL (100 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG		1	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
tofacitinib oral solution 1 mg/ml	(Xeljanz)	1	PA; NM; NDS
tofacitinib oral tablet 10 mg, 5 mg	(Xeljanz)	1	PA; NM; NDS
tofacitinib oral tablet extended release 24 hr 11 mg, 22 mg	(Xeljanz XR)	1	PA; NM; NDS
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML (10 MG/ML)		1	PA; NM; NDS
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML		1	PA; NM; NDS
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML		1	PA; NM; NDS
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML		1	PA; NM; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML		1	PA; NM; NDS
TYENNE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML		1	PA; NM; NDS
TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)		1	PA; NM; NDS
TYENNE SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML		1	PA; NM; NDS

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
VELSIPITY ORAL TABLET 2 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	1	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	1	PA; NM; NDS
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	1	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	1	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	1	PA; NM; NDS
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MG/ML	1	PA; NM; NDS
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 120 MG/ML	1	PA; NM; NDS
Vaccines		
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	1	$0 copay
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	1	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	1	$0 copay
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	1	$0 copay
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	1	$0 copay

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	1	$0 copay
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	1	$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	1	$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	1	$0 copay
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML	1	
DENGVAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	1	QL (3 per 365 days)
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	1	PA BvD; $0 copay
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	1	PA BvD; $0 copay
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	1	PA BvD; $0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	1	$0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	1	$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML	1	$0 copay

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML	1	
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	1	PA BvD; $0 copay
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	1	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	1	PA BvD; $0 copay
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	1	
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	1	$0 copay
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	1	$0 copay
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	1	$0 copay
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	1	
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	1	$0 copay
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	1	$0 copay
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	1	$0 copay
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	1	$0 copay

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	1	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	1	
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	1	$0 copay
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 5 MCG/0.5 ML	1	$0 copay
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	1	$0 copay
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) INTRAMUSCULAR KIT 0.5 ML	1	$0 copay
PENMENVY MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10-5 MCG	1	$0 copay
PENMENVY MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	1	$0 copay
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML	1	
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2-3.3CCID50/0.5ML	1	$0 copay

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3-3.99 TCID50/0.5	1	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	1	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	1	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	1	PA BvD; $0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	1	PA BvD; $0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	1	PA BvD; $0 copay
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	1	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	1	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	1	$0 copay; QL (2 per 365 days)
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	1	$0 copay; QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML	1	$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	1	$0 copay

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	1	$0 copay
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	1	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	1	$0 copay
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	1	$0 copay
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	1	$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	1	$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML (typhoid vi polysacch vaccine)	1	$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML	1	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML	1	$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML	1	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML	1	$0 copay
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	1	$0 copay
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT	1	$0 copay
VIMKUNYA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 40 MCG/0.8 ML	1	$0 copay

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده استبه 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
VIVOTIF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION UNIT		1	$0 copay
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML		1	$0 copay
Metabolic Bone Disease Agents			
Metabolic Bone Disease Agents			
alendronate oral tablet 10 mg		1	QL (30 per 30 days)
alendronate oral tablet 35 mg		1	QL (4 per 28 days)
alendronate oral tablet 70 mg	(Fosamax)	1	QL (4 per 28 days)
calcitonin (salmon) nasal spray,non-aerosol 200 unit/actuation		1	
calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg		1	
cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg	(Sensipar)	1	QL (60 per 30 days)
cinacalcet oral tablet 90 mg	(Sensipar)	1	QL (120 per 30 days)
ibandronate oral tablet 150 mg		1	QL (1 per 28 days)
OSENVELT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)		1	PA; NM; NDS
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg	(Zemplar)	1	
paricalcitol oral capsule 4 mcg		1	
RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG		1	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
STOBOCLO SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML		1	QL (1 per 180 days)
teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (560mcg/2.24ml)	(Bonsity)	1	PA; NM; NDS; QL (2.24 per 28 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است‌به 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)		1	PA; NM; NDS; QL (1.56 per 30 days)
Miscellaneous Therapeutic Agents			
Miscellaneous Therapeutic Agents			
BAQSIMI NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 3 MG/ACTUATION		1	
betaine oral powder 1 gram/scoop	(Cystadane)	1	PA; NM; NDS
buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg		1	
dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg	(Ampyra)	1	PA; QL (60 per 30 days)
FILSPARI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG		1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram	(Endari)	1	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML		1	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML		1	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML		1	
hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg		1	
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg		1	
mesna oral tablet 400 mg	(Mesnex)	1	
Ophthalmic Agents			
Antiglaucoma Agents			
acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg		1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg	1	
acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg	1	
betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	1	
bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.01 % (Lumigan)	1	
bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %	1	QL (2.5 per 25 days)
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 % (Alphagan P)	1	
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %	1	
brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 % (Combigan)	1	
brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 % (Azopt)	1	
carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %	1	
dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %	1	
dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml (Cosopt)	1	
latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 % (Xalatan)	1	QL (2.5 per 25 days)
levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	1	
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg	1	
pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %	1	
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	1	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	1	QL (2.5 per 25 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %		1	
timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %		1	
timolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	(Betimol)	1	
travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %	(Travatan Z)	1	QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %		1	QL (5 per 30 days)
Parasympathomimetic (Cholinergic Agents)			
Parasympathomimetic (Cholinergic Agents)			
pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg	(Mestinon)	1	
Replacement Preparations			
Replacement Preparations			
klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq	(potassium chloride)	1	
klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq	(potassium chloride)	1	
klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq	(potassium chloride)	1	
magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)		1	
magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)		1	
potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml		1	
potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq		1	
potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml		1	
potassium chloride oral tablet extended release 10 meq	(Klor-Con 10)	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است‌به 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
potassium chloride oral tablet extended release 15 meq, 20 meq		1	
potassium chloride oral tablet extended release 8 meq	(Klor-Con 8)	1	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq	(Klor-Con M10)	1	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq	(Klor-Con M15)	1	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 20 meq	(Klor-Con M20)	1	
potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)	(Urocit-K 10)	1	
potassium citrate oral tablet extended release 15 meq	(Urocit-K 15)	1	
potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)		1	
sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %		1	
sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution		1	
sodium chloride 0.9% solution mini-bag, single use		1	
Respiratory Tract Agents			
Anti-Inflammatories, Inhaled Corticosteroids			
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	(fluticasone furoate)	1	QL (30 per 30 days)
budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml	(Pulmicort)	1	PA BvD; QL (120 per 30 days)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation		1	QL (12 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation		1	QL (24 per 30 days)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation		1	QL (21.2 per 30 days)
Antileukotrienes			
montelukast oral tablet 10 mg	(Singulair)	1	
montelukast oral tablet,chewable 4 mg, 5 mg	(Singulair)	1	
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg		1	
Bronchodilators			
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	(fluticasone propion-salmeterol)	1	QL (12 per 30 days)
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION		1	QL (32.1 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation	(Ventolin HFA)	1	QL (17 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)		1	QL (13.4 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)		1	QL (36 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml		1	PA BvD
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	(umeclidinium-vilanterol)	1	QL (60 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE	(fluticasone furoate-vilanterol)	1	QL (60 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50-25 MCG/DOSE	1	QL (60 per 30 days)
breyna inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation (budesonide-formoterol)	1	QL (30.9 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE 160-18-4.8 MCG 160-18-4.8 MCG/ACTUATION	1	QL (23.6 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	1	QL (23.6 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-18-4.8 MCG/ACTUATION, 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	1	QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	1	QL (8 per 30 days)
fluticasone furoate-vilanterol inhalation blister with device 100-25 mcg/dose, 200-25 mcg/dose (Breo Ellipta)	1	QL (60 per 30 days)
fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose (Wixela Inhub)	1	QL (60 per 30 days)
ipratropium bromide inhalation hfa aerosol inhaler 17 mcg/actuation (Atrovent HFA)	1	QL (25.8 per 28 days)
ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %	1	PA BvD
ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml	1	PA BvD; QL (540 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	1	QL (60 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION	1	QL (4 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION	1	QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	1	QL (4 per 28 days)
theophylline oral solution 80 mg/15 ml	1	
theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 450 mg	1	
theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg	1	
tiotropium bromide inhalation capsule, w/inhalation device 18 mcg (Spiriva with HandiHaler)	1	QL (30 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG	1	QL (60 per 30 days)
wixela inhub inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose (fluticasone propion-salmeterol)	1	QL (60 per 30 days)
Respiratory Tract Agents, Other		
acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)	1	PA BvD
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG	1	NM; NDS; QL (560 per 28 days)
cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml	1	PA BvD
JASCAYD ORAL TABLET 18 MG, 9 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
nintedanib oral capsule 100 mg, 150 mg (Ofev)	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG (nintedanib)	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	1	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
pirfenidone oral capsule 267 mg	1	PA; QL (270 per 30 days)
pirfenidone oral tablet 267 mg (Esbriet)	1	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
pirfenidone oral tablet 534 mg	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
pirfenidone oral tablet 801 mg (Esbriet)	1	PA; QL (90 per 30 days)
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML	1	PA BvD; NM; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	1	PA BvD; NM; NDS
roflumilast oral tablet 250 mcg (Daliresp)	1	QL (28 per 28 days)
roflumilast oral tablet 500 mcg (Daliresp)	1	QL (30 per 30 days)
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N)	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	1	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 120 MG (60 MG X 2), 45 MG, 60 MG, 90 MG (45 MG X 2)	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 21 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML		1	PA; NM; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG		1	PA; NM; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML		1	PA; NM; NDS
Skeletal Muscle Relaxants			
Skeletal Muscle Relaxants			
baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg		1	
cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg		1	
dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg		1	
dantrolene oral capsule 25 mg	(Dantrium)	1	
methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg		1	
tizanidine oral tablet 2 mg		1	
tizanidine oral tablet 4 mg	(Zanaflex)	1	
Sleep Disorder Agents			
Sleep Disorder Agents			
armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg	(Nuvigil)	1	PA; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG		1	QL (30 per 30 days)
doxepin oral tablet 3 mg, 6 mg	(Silenor)	1	QL (30 per 30 days)
eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg	(Lunesta)	1	QL (30 per 30 days)
modafinil oral tablet 100 mg	(Provigil)	1	PA; QL (30 per 30 days)
modafinil oral tablet 200 mg	(Provigil)	1	PA; QL (60 per 30 days)
sodium oxybate oral solution 500 mg/ml	(Xyrem)	1	PA; NM; LA; NDS; QL (540 per 30 days)

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg		1	QL (30 per 30 days)
zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg	(Ambien)	1	QL (30 per 30 days)
Sympathomimetic (Adrenergic) Agents			
Sympathomimetic (Adrenergic) Agents			
droxidopa oral capsule 100 mg, 300 mg	(Northera)	1	PA; QL (180 per 30 days)
droxidopa oral capsule 200 mg	(Northera)	1	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml, 0.3 mg/0.3 ml	(Auvi-Q)	1	QL (4 per 30 days)
epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml	(EpiPen Jr)	1	QL (4 per 30 days)
Vasodilating Agents			
Vasodilating Agents			
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG		1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
alyq oral tablet 20 mg	(tadalafil (pulm. hypertension))	1	PA; QL (60 per 30 days)
ambrisentan oral tablet 10 mg	(Letairis)	1	PA; QL (30 per 30 days)
ambrisentan oral tablet 5 mg	(Letairis)	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
macitentan oral tablet 10 mg	(Opsumit)	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg	(Revatio)	1	PA; QL (360 per 30 days)
tadalafil oral tablet 2.5 mg		1	PA; QL (30 per 30 days)
tadalafil oral tablet 5 mg	(Cialis)	1	PA; QL (30 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG		1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
UPTRAVI ORAL TABLET 100 MCG	1	PA; NM; NDS; QL (480 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 150 MCG	1	PA; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	1	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	1	PA; NM; NDS
YUTREPIA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 106 MCG, 26.5 MCG, 53 MCG, 79.5 MCG	1	PA; NM; NDS
Vitamins And Minerals		
Vitamins And Minerals		
bal-care dha combo pack 27-1-430 mg	1	
bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg	1	
c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg - 200 mg	1	
folivane-ob capsule 85-1 mg	1	
marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg	1	
m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	1	
mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg	1	
mynatal oral tablet 90-1-50 mg	1	
mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg	1	
obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg	1	
pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg	1	
pnv-omega softgel 28-1-300 mg	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است‌به 10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

Drug Name		Drug Tier	Requirements/Limits
pnv-select tablet 27-1 mg		1	
pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg		1	
pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg		1	
pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg -430 mg		1	
pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg		1	
prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg		1	
prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg		1	
prenatabs fa tablet 29-1 mg		1	
prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg		1	
prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg		1	
prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg	(pnv,calcium 72-iron,carb-folic)	1	
prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg	(pnv,calcium 72-iron-folic acid)	1	
prenatal-u capsule 106.5-1 mg		1	
select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg		1	
select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg		1	
se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg		1	
taron-c dha capsule 35-1-200 mg		1	
taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg		1	
vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg		1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 10/5/2026 به‌روزرسانی شده است

1/1/2027

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg	1	
zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg	1	
zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg	1	
zingiber tablet 1.2 mg-40 mg- 124.1 mg-100 mg	1	

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

روزرسانی شده است10/5/2026این فهرست دارویی در تاریخ

1/1/2027

D. Index of Covered Drugs

In this section, you can find a drug by searching for its name alphabetically. This will tell you the page number where you can find additional coverage information for your drug.

می‌توانید با مراجعه به بخش C1، اطلاعاتی درباره معنای نمادها و اختصارات موجود در این جدول پیدا کنید.

این فهرست دارویی در تاریخ 2026/10/5 به‌روزرسانی شده است

INDEX

1
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 120
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 120
A
abacavir....84
abacavir-lamivudine....84
ABELCET....70
abigale....179
abigale lo....179
ABILIFY ASIMTUFII....77, 78
ABILIFY MAINTENA....78
abiraterone....37
abirtega....37
ABRYSVO (PF)....193
acamprosate....28
acarbose....65
acebutolol....97
acetaminophen-codeine....24
acetazolamide....200, 201
acetazolamide sodium....201
acetic acid....170
acetylcysteine....206
acitretin....116
ACTHIB (PF)....193
ACTIMMUNE....185
acyclovir....89, 116
acyclovir sodium....90
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 193
adalimumab-aaty....185
adalimumab-aaty(cf) ai crohns....185
adefovir....90
ADEMPAS....209
adrucil....37
ADVAIR HFA....204
ADVOCATE PEN NEEDLE....121
ADVOCATE SYRINGES....121
afirmelle....106
AIMOVIG AUTOINJECTOR....72
AIRSUPRA....204
AKEEGA....37
ala-cort....118
albendazole....75
albuterol sulfate....204
ALCOHOL PADS....121
ALCOHOL PREP PADS....143
ALCOHOL SWABS....139
ALCOHOL WIPES....149
ALECENSA....37
alendronate....199
alfuzosin....178
aliskiren....103
allopurinol....72
alosetron....176
alprazolam....29
altavera (28)....106
ALTRENO....116
ALUNBRIG....38
alyacen 1/35 (28)....106
alyacen 7/7/7 (28)....106
alyq....209
amantadine hcl....76
ambrisentan....209
amethia....106
amethyst (28)....106
amikacin....30
amiloride....100
amiloride-hydrochlorothiazide....100
amiodarone....96
amitriptyline....61
amlodipine....98
amlodipine-atorvastatin....101
amlodipine-benazepril....98
amlodipine-olmesartan....98
amlodipine-valsartan....98
amlodipine-valsartan-hcthiazid....98
ammonium lactate....116
amoxapine....61
amoxicillin....34
amoxicillin-pot clavulanate....34, 35
amphotericin b....70
amphotericin b liposome....70
ampicillin....35
ampicillin sodium....35
ampicillin-sulbactam....35
anagrelide....92
anastrozole....38
ANORO ELLIPTA....204
aprepitant....74
apri....106
APTIVUS....84
AQINJECT PEN NEEDLE....121
ARCALYST....185
AREXVY (PF)....193
ARIKAYCE....30
aripiprazole....78
ARISTADA....78
ARISTADA INITIO....78
armodafinil....208
ARNUITY ELLIPTA....203
asenapine maleate....79
ashlyna....106
aspirin-dipyridamole....92

ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL 121
ASSURE ID DUO-SHIELD 121
ASSURE ID INSULIN SAFETY 122
ASSURE ID PEN NEEDLE 122
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE 122
atazanavir 84
atenolol 97
atenolol-chlorthalidone 97
atomoxetine 104
atorvastatin 101
atovaquone 75
atovaquone-proguanil 75
atropine 169
aubra eq 106
AUGTYRO 38
aurovela 1.5/30 (21) 106
aurovela 1/20 (21) 106
aurovela 24 fe 106
aurovela fe 1.5/30 (28) 106
aurovela fe 1-20 (28) 106
AUSTEDO 104
AUSTEDO XR 104
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 104
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE 122
AUVELITY 62
aviane 106
AVMAPKI 38
AVMAPKI-FAKZYNJA 38
AVONEX 185
ayuna 106
AYVAKIT 38
azacitidine 38
azathioprine 185
azathioprine sodium 185
azelastine 169
azithromycin 33
aztreonam 34
azurette (28) 107

B

bacitracin 170
bacitracin-polymyxin b 170
baclofen 208
bal-care dha 210
bal-care dha essential 210
balsalazide 176
BALVERSA 38
BAQSIMI 200
BCG VACCINE, LIVE (PF) 194
BD ALCOHOL SWABS 123
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 122
BD ECLIPSE LUER-LOK .. 122
BD INSULIN SYRINGE 122
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 122
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 122
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 122, 123
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 123
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 123
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 123
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 123
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 123
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 123
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 123
BD VEO INSULIN SYRINGE UF 123, 124
BELSOMRA 208
benazepril 95
benazepril-hydrochlorothiazide 95
bendamustine 38
BENLYSTA 185
benztropine 76
BEQALZI 38
BEQALZI STARTER PACK 38
BESREMI 39
BESREMI PEN 38
betaine 200
betamethasone dipropionate 118
betamethasone valerate 118
betamethasone, augmented .. 118
BETASERON 185
betaxolol 201
bethanechol chloride 177
bexarotene 39
BEXSERO 194
bicalutamide 39
BICILLIN L-A 35
BIKTARVY 84
bimatoprost 201
bismuth subcit k-metronidz-tcn 174
bisoprolol fumarate 97
bisoprolol-hydrochlorothiazide 97
bleomycin 39
blisovi 24 fe 107
blisovi fe 1.5/30 (28) 107
blisovi fe 1/20 (28) 107
BOOSTRIX TDAP 194
BORDERED GAUZE 124
bortezomib 39
BOSULIF 39
bosutinib 39
BRAFTOVI 39
BREO ELLIPTA 204, 205
breyna 205
BREZTRI AEROSPHERE .. 205
brimonidine 201
brimonidine-timolol 201
brinzolamide 201
brivaracetam 55

bromfenac 172
bromocriptine 76
BRONCHITOL 206
BRUKINSA 39
budesonide 176, 203
bumetanide 100
buprenorphine 24
buprenorphine hcl 28
buprenorphine-naloxone 28
bupropion hcl 62
bupropion hcl (smoking deter) 28
buspirone 200
butalbital-acetaminop-caf-cod 24
butalbital-acetaminophen-caff 24
BYSANTI 79
BYSANTI TITRATION PACK A 79
BYSANTI TITRATION PACK B 79
BYSANTI TITRATION PACK C 79

C

CABENUVA 84
cabergoline 76
CABOMETYX 39
cabotegravir 84
calcipotriene 116
calcitonin (salmon) 199
calcitriol 199
calcium acetate(phosphat bind) 174
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 39
CAMCEVI (6 MONTH) 40
camila 107
camrese 107
camrese lo 107
candesartan 94
candesartan-hydrochlorothiazid 94
CAPLYTA 79
CAPRELSA 40
captopril 95
carbamazepine 55, 56
carbidopa-levodopa 76, 77
CAREFINE PEN NEEDLE. 124
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD 124
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 125
CARETOUCH PEN NEEDLE 124
carglumic acid 174
carteolol 201
cartia xt 98
carvedilol 97
CAYSTON 34
cefaclor 32
cefadroxil 32
cefazolin 32
cefdinir 32
cefepime 32
cefixime 32
cefoxitin 34
cefpodoxime 32
cefprozil 32
ceftaroline fosamil 32
ceftazidime 32
ceftriaxone 32
cefuroxime axetil 32
cefuroxime sodium 33
celecoxib 26
cephalexin 33
cevimeline 115
chateal eq (28) 107
chlordiazepoxide hcl 29
chlorhexidine gluconate 115
chloroquine phosphate 75
chlorpromazine 79
chlorthalidone 100
cholestyramine (with sugar) 101
cholestyramine light 101
ciclopirox 70
cilostazol 93
CIMDUO 84
cimetidine hcl 173
cinacalcet 199
ciprofloxacin hcl 36, 170
ciprofloxacin in 5 % dextrose 36
ciprofloxacin-dexamethasone 170
citalopram 62
clarithromycin 33
CLICKFINE PEN NEEDLE 125
clindamycin hcl 30
clindamycin phosphate .. 31, 116, 117
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 93
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) ... 93
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) ... 93
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 93
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 93
clobazam 56
clobetasol 118
clobetasol-emollient 118
clomipramine 62
clonazepam 29
clonidine 94
clonidine hcl 94
clopidogrel 93
clorazepate dipotassium 29
clotrimazole 70
clotrimazole-betamethasone .. 70
clozapine 79
c-nate dha 210
COARTEM 75
COBENFY 79

COBENFY STARTER PACK 79
colchicine 72
colesevelam 101
colestipol 101
colistin (colistimethate na) 31
COMBIVENT RESPIMAT .205
COMETRIQ 40
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....125, 126, 127
COMFORT EZ PEN NEEDLES 126
COMFORT EZ PLUS PEN NEEDLE 127
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL 127
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 127, 128
compro.....74
conjugated estrogens.....179
constulose.....174
COPIKTRA.....40
CORTROPHIN GEL.....182
COSENTYX.....185
COSENTYX (2 SYRINGES) 185
COSENTYX PEN (2 PENS)185
COSENTYX UNOREADY PEN 186
COTELLIC.....40
CREON 168
CRESEMBA 70
cromolyn.....169, 174, 206
cryselle (28).....107
CURITY ALCOHOL SWABS 128
CURITY GAUZE 128
cyclobenzaprine.....208
cyclophosphamide 40
cyclosporine 172, 186
cyclosporine modified 186
cyred eq 107

D
d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr 93
d5 % and 0.9 % sodium chloride 93
d5 %-0.45 % sodium chloride 93
dabigatran etexilate..... 90
dalfampridine..... 200
danazol..... 178
dantrolene..... 208
DANZITEN..... 40
dapagliflozin 65
dapagliflozin-metformin 65
dapsone..... 74
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)..... 194
daptomycin..... 31
darifenacin..... 177
darunavir 85
dasatinib 40
dasetta 1/35 (28)..... 107
dasetta 7/7/7 (28)..... 107
DAURISMO..... 40, 41
daysee 107
deblitane 107
decitabine..... 41
deferasirox..... 178
DELSTRIGO..... 85
DENGVAXIA (PF)..... 194
DEPO-SUBQ PROVERA 104 184
DERMACEA..... 128
DERMACEA NON-WOVEN 128
dermacinrx lidocan..... 27
DESCOVY 85
desipramine 62
desmopressin 182
desog-e.estradiol/e.estradiol 107
desvenlafaxine succinate 62
dexamethasone..... 180
dexamethasone sodium phosphate.....172, 180
dextroamphetamine-amphetamine.....104, 105
dextrose 5 % in water (d5w) ..93
DIACOMIT.....56
diazepam 29, 56
diazepam intensol.....29
diazoxide 72
diclofenac potassium.....26
diclofenac sodium .26, 118, 119, 172
diclofenac-misoprostol.....26
dicloxacillin.....35
dicyclomine 174
didanosine.....85
difluprednate 172
digoxin.....100
dihydroergotamine.....72
DILANTIN 56
diltiazem hcl.....99
dilt-xr.....99
dimethyl fumarate 186
diphenoxylate-atropine 175
dipyridamole 93
disulfiram 28
divalproex 56
dofetilide 96
dolishale.....107
donepezil 61
dorzolamide.....201
dorzolamide-timolol.....201
dotti 179
DOVATO.....85
doxazosin.....94
doxepin.....62, 208
doxorubicin, peg-liposomal ...41
doxy-100.....36
doxycycline hyclate 36, 37
doxycycline monohydrate.....37
DRIZALMA SPRINKLE 62
dronabinol.....74

DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) .128, 129, 130
DROPLET INSULIN SYRINGE.....129, 130, 131
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 131
DROPLET PEN NEEDLE...131
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS.....131
DROPSAFE INSULIN SYRINGE.....131, 132
DROPSAFE PEN NEEDLE 132
drospirenone-ethinyl estradiol 108
droxidopa 209
duloxetine 62, 63
DUPIXENT PEN 186
DUPIXENT SYRINGE.....186
dutasteride.....178
E
EASY COMFORT ALCOHOL PAD.....133
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....132, 133, 134
EASY COMFORT PEN NEEDLES 133
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....132
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE.....134
EASY GLIDE PEN NEEDLE 134
EASY TOUCH.....136, 137
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS 135
EASY TOUCH AUTORETRACT SYRINGE 135
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN.....136
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE..... 135
EASY TOUCH INS SYR (HALF UNIT)..... 134
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 134, 135
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 134, 135, 136, 137
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN 136
EASY TOUCH PEN NEEDLE 136
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE..... 137, 138
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 136
EASY TOUCH UNI-SLIP .. 137
EASYLIFE ALCOHOL PADS 137
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE..... 137, 138
EASYLIFE INSULIN SYRINGE..... 138
EASYLIFE SAFETY PEN NEEDLE..... 138
econazole nitrate..... 70
EDURANT PED..... 85
efavirenz..... 85
*efavirenz-emtricitabin-tenofov*85
efavirenz-lamivu-tenofov disop 85
ELIGARD..... 41
ELIGARD (3 MONTH) 41
ELIGARD (4 MONTH) 41
ELIGARD (6 MONTH) 41
elinest..... 108
ELIQUIS..... 90
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START..... 90
ELIQUIS SPRINKLE..... 90
eltrombopag olamine..... 91, 92
eluryng 108
EMBRACE PEN NEEDLE 138, 139
EMGALITY PEN 73
EMGALITY SYRINGE 73
EMSAM.....63
emtricitabine 85
emtricitabine-tenofovir (tdf)...85
emtricita-rilpivirine-tenof df..85
EMTRIVA 85
emzahh 108
enalapril maleate 96
*enalapril-hydrochlorothiazide*96
ENBREL 186
ENBREL MINI.....186
ENBREL SURECLICK.....187
endocet 24
ENGERIX-B (PF).....194
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 194
enilloring.....108
enoxaparin 90, 91
enpresse.....108
ENSACOVE 41
enskyce 108
entacapone 77
entecavir.....90
ENTYVIO.....187
ENTYVIO PEN 187
enulose 175
ENVARSUS XR.....187
EPCLUSA.....89
EPIDIOLEX.....56
epinastine 169
epinephrine 209
epitol 56
eplerenone.....103
ergoloid 61
ERIVEDGE.....41
ERLEADA.....41
erlotinib.....41
errin.....108

ertapenem 34
erythromycin 33, 170
erythromycin ethylsuccinate ... 33
erythromycin with ethanol 117
escitalopram oxalate 63
eslicarbazepine 56
esomeprazole magnesium 173
estarylla 108
estradiol 179
estradiol-norethindrone acet 180
eszopiclone 208
ethambutol 74
ethosuximide 56, 57
ethynodiol diac-eth estradiol 108
etodolac 26, 27
etonogestrel-ethinyl estradiol 108
etoposide 41
etravirine 85
EUCRISA 119
EULEXIN 42
everolimus (antineoplastic) 42
everolimus (immunosuppressive) 187
EVOTAZ 85
EXEL INSULIN 139
exemestane 42
EXTENCILLINE 35
EXXUA 63
EYSUVIS 172
ezetimibe 101
ezetimibe-simvastatin 102

F

falmina (28) 108
famciclovir 90
famotidine 173
FANAPT 79
FANAPT TITRATION PACK A 80
FANAPT TITRATION PACK B 80
FANAPT TITRATION PACK C 80
FARXIGA 65
FASENRA 187
FASENRA PEN 187
febuxostat 72
feirza 108
felbamate 57
felodipine 99
fenofibrate 102
fenofibrate micronized 102
fenofibrate nanocrystallized 102
fentanyl 24
fentanyl citrate 24
fesoterodine 177
FETZIMA 63
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 67
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 67
FIASP U-100 INSULIN 67
fidaxomicin 34
FILSPARI 200
finasteride 178
fingolimod 187
FINTEPLA 57
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 42
flavoxate 177
flecainide 96
floxuridine 42
fluconazole 70
fluconazole in nacl (iso-osm) . 70
flucytosine 70
fludrocortisone 180
flunisolide 172
fluocinolone 119
fluocinolone acetonide oil ... 172
fluocinonide 119
fluorometholone 172
fluorouracil 42, 116
fluoxetine 63
fluphenazine decanoate 80
fluphenazine hcl 80
flurbiprofen 27
flurbiprofen sodium 172
fluticasone furoate-vilanterol 205
fluticasone propionate 119, 172, 203, 204
fluticasone propion-salmeterol 205
fluvastatin 102
fluvoxamine 63
folivane-ob 210
fondaparinux 91
fosamprenavir 85
fosfomycin tromethamine 31
fosinopril 96
fosinopril-hydrochlorothiazide 96
fosphenytoin 57
FOTIVDA 42
FRUZAQLA 42
fulvestrant 42
furosemide 100

G

gabapentin 57
galantamine 61
gallifrey 184
GAMUNEX-C 187
GARDASIL 9 (PF) 194
GAUZE BANDAGE 149
GAUZE PAD 139
gavilyte-c 177
gavilyte-g 177
gavilyte-n 177
GAVRETO 42
gefitinib 42
gemfibrozil 102
generlac 175
gengraf 187
gentamicin 30, 117, 170
gentamicin sulfate (ped) (pf) .. 30

GENVOYA 85
GILOTRIF 43
glatiramer 187
glatopa 187
glimepiride 69
glipizide 69
glipizide-metformin 69
glutamine (sickle cell) 200
glyburide 69
glyburide micronized 69
glyburide-metformin 69
glycopyrrolate 175
glydo 27
GLYXAMBI 65
GOMEKLI 43
griseofulvin microsize 70, 71
griseofulvin ultramicrosize 71
guanfacine 94, 105
GVOKE 200
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 200
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE 200

H

HADLIMA 188
HADLIMA PUSHTOUCH 187
HADLIMA(CF) 188
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH 188
HAEGARDA 92
hailey 24 fe 108
hailey fe 1.5/30 (28) 108
hailey fe 1/20 (28) 109
halobetasol propionate 119
haloette 109
haloperidol 80
haloperidol decanoate 80
haloperidol lactate 80
HAVRIX (PF) 194, 195
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 140
HEALTHWISE PEN NEEDLE 140
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 140
heather 109
heparin (porcine) 91
HEPLISAV-B (PF) 195
HERCEPTIN HYLECTA 43
HERNEXEOS 43
HIBERIX (PF) 195
HUMIRA 188
HUMIRA PEN 188
HUMIRA(CF) 188
HUMIRA(CF) PEN 188
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 188
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 188
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS 188
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN 67
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 67
hydralazine 103
hydrochlorothiazide 100
hydrocodone-acetaminophen 24, 25
hydrocortisone 119, 176, 180
hydrocortisone valerate 119
hydrocortisone-acetic acid 170
hydromorphone 25
hydroxychloroquine 75, 76
hydroxyurea 43
hydroxyzine hcl 72
hydroxyzine pamoate 200
HYRNUO 43

I

ibandronate 199
IBRANCE 43
IBTROZI 43
ibu 27
ibuprofen 27
icatibant 100
iclevia 109
ICLUSIG 43
icosapent ethyl 102
IDHIFA 43
IDVYNSO 85
ifosfamide 43
ILEVRO 172
imatinib 43
IMBRUVICA 44
imipenem-cilastatin 34
imipramine hcl 63
imiquimod 117
IMKELDI 44
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 195
IMPAVIDO 76
incassia 109
INCONTROL ALCOHOL PADS 140
INCONTROL PEN NEEDLE 141
INCRELEX 182
indapamide 100
indomethacin 27
INFANRIX (DTAP) (PF) 195
infliximab 188
INGREZZA 105
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) 105
INGREZZA SPRINKLE 105
INLEXZO 44
INLURIYO 44
INLYTA 44
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE 141
INPEN (FOR HUMALOG) GREY 141
INPEN (FOR HUMALOG) PINK 141

INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE 141
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY 141
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK 141
INQOVI 44
INREBIC 44
insulin glargine-yfgn 67
insulin lispro 67
INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK 142
INSULIN SYRINGE MICROFINE 122
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 ..... 139, 141, 142, 143, 150, 154
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE 143
INSUPEN PEN NEEDLE 143
INTELENCE 86
introvale 109
INVEGA HAFYERA 80
INVEGA SUSTENNA 81
INVEGA TRINZA 81
INVELTYS 172
IPOL 195
ipratropium bromide 169, 170, 205
ipratropium-albuterol 205
irbesartan 94
irbesartan-hydrochlorothiazide 94
ISENTRESS 86
ISENTRESS HD 86
isibloom 109
isoniazid 74
isosorbide dinitrate 103
isosorbide mononitrate 103
ISTURISA 180
ITOVEBI 44
itraconazole 71
IV PREP WIPES 143
ivabradine 100
ivermectin 76
IWILFIN 44
IXIARO (PF) 195

J

jaimiess 109
JAKAFI 44
JAKAFI XR 44
jantoven 91
JARDIANCE 65
JASCAYD 206
javygtor 168
JAYPIRCA 44, 45
jencycla 109
JENTADUETO 65
JENTADUETO XR 65
JIDEYTRO 45
jolessa 109
juleber 109
JULUCA 86
junel 1.5/30 (21) 109
junel 1/20 (21) 109
junel fe 1.5/30 (28) 109
junel fe 1/20 (28) 109
junel fe 24 109
JYLAMVO 45
JYNNEOS (PF) 195

K

KALETRA 86
KALYDECO 207
kariva (28) 109
kelnor 1/35 (28) 110
kelnor 1/50 (28) 110
KERENDIA 103
KESIMPTA PEN 188
ketoconazole 71
ketorolac 27, 172
KEVZARA 189
KEYTRUDA 45
KEYTRUDA QLEX 45
KINERET 189
KINRIX (PF) 195
kionex 175
KISQALI 45
KISQALI FEMARA CO-PACK 45
KLISYRI (250 MG) 117
klor-con m10 202
klor-con m15 202
klor-con m20 202
KLOXXADO 28
KOMZIFTI 45
KOSELUGO 45, 46
KRAZATI 46
kurvelo (28) 110
KYLEENA 110

L

l norgest/e.estradiol-e.estrad 110
labetalol 97
lacosamide 57
lactulose 175
lamivudine 86
lamivudine-zidovudine 86
lamotrigine 57
lanreotide 182
lansoprazole 174
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 67
LANTUS U-100 INSULIN 68
lapatinib 46
larin 1.5/30 (21) 110
larin 1/20 (21) 110
larin 24 fe 110
larin fe 1.5/30 (28) 110
larin fe 1/20 (28) 110
latanoprost 201
LAZCLUZE 46
leflunomide 189
lenalidomide 46
LENTOCILIN S (WITH LIDOCAINE) 35
LENVIMA 46
LEQEMBI IQLIK 61

lessina 110
letrozole 46
leucovorin calcium 200
LEUKERAN 46
LEUKINE 92
leuprolide 46
leuprolide acetate (3 month) 46
levetiracetam 57
levobunolol 201
levocetirizine 72
levofloxacin 36
levofloxacin in d5w 36
levonest (28) 110
levonorgest-eth.estradiol-iron 110
levonorgestrel-ethinyl estrad 110, 111
levonorg-eth estrad triphasic 111
levora-28 111
levothyroxine 184
lidocaine 27, 28
lidocaine hcl 27
lidocaine-prilocaine 28
lidocan iii 28
LIFYORLI 46
LILETTA 111
linezolid 31
linezolid in dextrose 5% 31
LINZESS 175
liomny 184
liothyronine 184
LISCO 143
lisinopril 96
lisinopril-hydrochlorothiazide 96
lithium carbonate 105
lithium citrate 105
LIVTENCITY 88
lojaimiess 111
LOKELMA 175
lomustine 46
LONSURF 47
loperamide 175
lopinavir-ritonavir 86
lorazepam 29, 30
lorazepam intensol 30
LORBRENA 47
losartan 94
losartan-hydrochlorothiazide 94
LOTEMAX 173
LOTEMAX SM 173
loteprednol etabonate 173
lovastatin 102
low-ogestrel (28) 111
loxapine succinate 81
lo-zumandimine (28) 111
lubiprostone 175
luizza 111
LUMAKRAS 47
LUNSUMIO VELO 47
LUPRON DEPOT 47, 182
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 47, 182
LUPRON DEPOT (4 MONTH) 47
LUPRON DEPOT (6 MONTH) 47
LUPRON DEPOT-PED 183
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) 182
lurasidone 81
lutera (28) 111
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) 47
LYBALVI 81
lyleq 111
LYNPARZA 47
LYSODREN 47
LYTGOBI 48
lyza 111

M

macitentan 209
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG ... 143, 144
MAGELLAN SYRINGE 143
magnesium sulfate 202
malathion 120
maraviroc 86
marlissa (28) 111
marnatal-f 210
MARPLAN 63
MATULANE 48
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 144
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 144
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 144
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 144
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 144
meclizine 74
medroxyprogesterone 184
mefloquine 76
megestrol 48, 184
MEKINIST 48
MEKTOVI 48
meleya 111
meloxicam 27
memantine 61
MENQUADFI (PF) 195
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 195
mercaptopurine 48
meropenem 34
mesalamine 176
mesna 200
metformin 65, 66
methadone 25
methazolamide 201
methenamine hippurate 31
methimazole 184
methocarbamol 208
methotrexate sodium 48
methotrexate sodium (pf) 48
methoxsalen 117

methsuximide 57
methylphenidate hcl 105
methylprednisolone 180, 181
methylprednisolone acetate .. 180
metoclopramide hcl 175
metolazone 100
metoprolol succinate 97
metoprolol tartrate 97
metronidazole 31, 116, 117
metronidazole in nacl (iso-os) 31
metyrosine 100
micafungin 71
miconazole-3 71
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE 144
MICRODOT READYGARD PEN NEEDLE 144
microgestin 1.5/30 (21) 111
microgestin 1/20 (21) 112
microgestin fe 1.5/30 (28) 112
microgestin fe 1/20 (28) 112
midodrine 94
MIEBO (PF) 173
mifepristone 66
mili 112
mimvey 180
MINI ULTRA-THIN II 145
minocycline 37
minoxidil 103
MIRENA 112
mirtazapine 63
misoprostol 174
mitoxantrone 48
MIUDELLA 112
M-M-R II (PF) 195
m-natal plus 210
modafinil 208
MODEYSO 48
moexipril 96
molindone 81
mometasone 119, 173
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING .. 145, 146
MONOJECT INSULIN SYRINGE 145, 146
MONOJECT SYRINGE 145
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN 161
mono-linyah 112
montelukast 204
morphine 25
MORPHINE 25
morphine concentrate 25
MOUNJARO 181
MOVANTIK 175
moxifloxacin 36, 170
moxifloxacin-sod.ace,sul-water 36
moxifloxacin-sod.chloride(iso) 36
MRESVIA (PF) 195
MULTAQ 97
mupirocin 118
mycophenolate mofetil 189
mycophenolate mofetil (hcl) 189
mycophenolate sodium 189
mynatal 210
mynatal advance 210
mynate 90 plus 210
MYRBETRIQ 177
N
nabumetone 27
nafcillin 35
naloxone 28
naltrexone 28
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 146
NANO PEN NEEDLE 146
naproxen 27
naratriptan 73
NATACYN 170
nateglinide 66
NAYZILAM 58
nebivolol 97
nefazodone 64
neomycin 30
neomycin-bacitracin-poly-hc 170
neomycin-bacitracin-polymyxin 170
neomycin-polymyxin b-dexameth 170, 173
neomycin-polymyxin-gramicidin 171
neomycin-polymyxin-hc 171
neo-polycin 171
neo-polycin hc 171
NERLYNX 48
nevirapine 86
NEXLETOL 102
NEXLIZET 102
NEXPLANON 112
niacin 102
NICOTROL NS 28
nifedipine 99
nikki (28) 112
NIKTIMVO 189
nilotinib hcl 48, 49
nilutamide 49
NINLARO 49
nintedanib 207
nitazoxanide 76
nitisinone 168
nitrofurantoin macrocrystal ... 31
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 31
nitroglycerin 100, 104, 117
NIVESTYM 92
NORDITROPIN FLEXPRO 183
norelgestromin-ethin.estradiol 112
norethindrone (contraceptive) 112
norethindrone acetate 184
norethindrone-e.estradiol-iron 112

norgestimate-ethinyl estradiol 112, 113
nortrel 0.5/35 (28) 113
nortrel 1/35 (21) 113
nortrel 1/35 (28) 113
nortrel 7/7/7 (28) 113
nortriptyline 64
NORVIR 87
NOVOFINE 32 146
NOVOFINE AUTOCOVER 146
NOVOFINE PLUS 146
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 68
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 68
NOVOLIN N FLEXPEN 68
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 68
NOVOLIN R FLEXPEN 68
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 68
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 68
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN 68
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 68
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 68
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 68
NUBEQA 49
NUCALA 189
NUPLAZID 82
NURTEC ODT 73
nyamyc 71
nylia 1/35 (28) 113
nylia 7/7/7 (28) 113
nystatin 71
nystatin-triamcinolone 71
nystop 71
NYVEPRIA 92

O

obstetrix dha 210
octreotide acetate 183
ODEFSEY 87
ODOMZO 49
OFEV 207
ofloxacin 171
OGIVRI 49
OGSIVEO 49
OJEMDA 49
OJJAARA 49
olanzapine 82
olmesartan 95
olmesartan-amlodipin-hcthiazid 95
olmesartan-hydrochlorothiazide 95
olopatadine 170
omega-3 acid ethyl esters 102
omeprazole 174
OMLYCLO 189
OMNIPOD 5 (LIBRE 2/3 PLUS) 146
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) 146
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) 146
OMNIPOD 5 INTRO (LIBRE2/3PLUS) 146
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) 146
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) 146
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) 147
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) 147
ONAPGO 77
ondansetron 75
ondansetron hcl 75
ONUREG 49
OPDIVO 49
OPDIVO QVANTIG 49
OPIPZA 82
ORFADIN 169
ORGOVYX 183
ORILISSA 183
ORKAMBI 207
orquidea 113
ORSERDU 49, 50
oseltamivir 88
OSENVELT 199
OTEZLA 189
OTEZLA STARTER 190
OTEZLA XR 190
OTEZLA XR INITIATION 190
OTULFI 190
oxcarbazepine 58
oxybutynin chloride 177
oxycodone 25, 26
oxycodone-acetaminophen 26
OZEMPIC 181

P

pacerone 97
paclitaxel protein-bound 50
paliperidone 82
PANRETIN 117
pantoprazole 174
paricalcitol 199
paroxetine hcl 64
PAXLOVID 89
pazopanib 50
PEDIARIX (PF) 196
PEDVAX HIB (PF) 196
peg 3350-electrolytes 177
PEGASYS 89
peg-electrolyte soln 177
PEMAZYRE 50
pemetrexed disodium 50
PEN NEEDLE 147
PEN NEEDLE, DIABETIC 127, 139, 140, 144, 145, 147, 149, 150

PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY 150
PENBRAYA (PF) 196
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) 196
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) 196
penicillamine 178
penicillin g potassium 35
penicillin v potassium 35
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) 196
PENMENVY MENACWY COMPONENT(PF) 196
PENMENVY MENB COMPONENT (PF) 196
PENTACEL (PF) 196
pentamidine 76
PENTIPS PEN NEEDLE 147, 148
pentoxifylline 93
perampanel 58
perindopril erbumine 96
periogard 116
permethrin 120
perphenazine 82
perphenazine-amitriptyline 64
phenelzine 64
phenobarbital 58
phenytek 58
phenytoin 58
phenytoin sodium 58
phenytoin sodium extended 58
PIFELTRO 87
pilocarpine hcl 116, 201
pimozide 82
pimtrea (28) 113
pioglitazone 66
pioglitazone-metformin 66
PIP PEN NEEDLE 148
piperacillin-tazobactam 36
PIQRAY 50
pirfenidone 207
pitavastatin calcium 102
PLEGRIDY 190
pnv-dha + docusate 210
pnv-omega 210
pnv-select 211
podofilox 117
polycin 171
polymyxin b sulf-trimethoprim 171
pomalidomide 50
POMALYST 50
portia 28 113
posaconazole 71
potassium chloride 202, 203
potassium citrate 203
pr natal 400 211
pr natal 400 ec 211
pr natal 430 211
pr natal 430 ec 211
pramipexole 77
prasugrel hcl 93
pravastatin 102
praziquantel 76
prazosin 94
prednisolone 181
prednisolone acetate 173
prednisolone sodium phosphate 181
prednisone 181
pregabalin 58
PREMARIN 180
PREMPHASE 180
PREMPRO 180
prenaissance 211
prenaissance plus 211
prenatabs fa 211
prenatal 19 211
prenatal 19 (with docusate) 211
prenatal plus 211
prenatal vitamin plus low iron 211
prenatal-u 211
PRETOMANID 74
prevalite 102
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 148
PREVYMIS 89
PREZCOBIX 87
PREZISTA 87
PRIMAQUINE 76
primidone 58, 59
PRIORIX (PF) 196
PRO COMFORT ALCOHOL PADS 148
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 148
PRO COMFORT PEN NEEDLE 148
probenecid 72
probenecid-colchicine 72
prochlorperazine 75
prochlorperazine edisylate 75
prochlorperazine maleate 75
PRO-COMFORT ALCOHOL PADS 149
procto-med hc 120
proctosol hc 120
proctozone-hc 120
PRODIGY INSULIN SYRINGE 149
progesterone micronized 184
PROGRAF 190
PROLASTIN-C 207
promethazine 75
propafenone 97
propranolol 98
propylthiouracil 184
PROQUAD (PF) 197
PROSOL 20 % 93
protriptyline 64
PULMOZYME 207
PURE COMFORT ALCOHOL PADS 149

PURE COMFORT PEN NEEDLE 149
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 149
pyrazinamide 74
pyridostigmine bromide 202
pyrimethamine 76
Q
QINLOCK 50
QUADRACEL (PF) 197
quetiapine 82
quinapril 96
quinapril-hydrochlorothiazide 96
quinidine sulfate 97
quinine sulfate 76
QULIPTA 73
R
RABAVERT (PF) 197
rabeprazole 174
RALDESY 64
raloxifene 180
ramipril 96
ranolazine 100
rasagiline 77
RASONQUE 50
RAYALDEE 199
reclipsen (28) 113
RECOMBIVAX HB (PF) 197
RELENZA DISKHALER 89
repaglinide 66
REPATHA PUSHTRONEX 103
REPATHA SURECLICK 103
REPATHA SYRINGE 103
RETACRIT 92
RETEVMO 50
REVCOVI 169
REVUFORJ 50, 51
REXULTI 82
REYATAZ 87
REZDIFFRA 184
REZLIDHIA 51
REZUROCK 190
RHOPRESSA 201
ribavirin 90
rifabutin 74
rifampin 74
rifapentine 74
rilpivirine 87
rilpivirine hcl 87
riluzole 105
RINVOQ 191
RINVOQ LQ 190
risperidone 83
risperidone microspheres 82, 83
ritonavir 87
rivaroxaban 91
rivastigmine 61
rivastigmine tartrate 61
rivelsa 113
rizatriptan 73
ROCKLATAN 201
roflumilast 207
ROMVIMZA 51
ropinirole 77
rosadan 118
rosuvastatin 103
rosyrah 113
ROTARIX 197
ROTATEQ VACCINE 197
ROZLYTREK 51
RUBRACA 51
rufinamide 59
RUKOBIA 87
RYBELSUS 181
RYBREVANT 51
RYBREVANT FASPRO 51
RYDAPT 51
RYKINDO 83
S
sacubitril-valsartan 95
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 150
SAFETY PEN NEEDLE 151
SANTYL 117
SAPHNELO PEN 191
sapropterin 169
SCEMBLIX 51
scopolamine base 75
SECUADO 83
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 151
SECURESAFE PEN NEEDLE 151
SELARSDI 191
select-ob 211
select-ob (folic acid) 211
selegiline hcl 77
selenium sulfide 117
SELZENTRY 87
se-natal 19 chewable 211
SEREVENT DISKUS 205
SEROSTIM 183
sertraline 64
setlakin 113
sevelamer carbonate 175
sevelamer hcl 175
sharobel 113
SHINGRIX (PF) 197
SIGNIFOR 183
sildenafil (pulm.hypertension) 209
silver sulfadiazine 117
SIMBRINZA 202
simliya (28) 114
simpesse 114
SIMPLI PEN NEEDLE 139
simvastatin 103
sirolimus 191
SIRTURO 74
sitagliptin phos-metformin 66
sitagliptin phosphate 66
SIVEXTRO 31
SKY SAFETY PEN NEEDLE 151
SKYLA 114
SKYRIZI 191

sodium chloride 0.45 %.....203
sodium chloride 0.9 %.....203
sodium oxybate.....208
*sodium polystyrene sulfonate*175
sodium,potassium,mag sulfates 177
solifenacin 177
SOLIQUA 100/33 69
SOLTAMOX.....51
SOMATULINE DEPOT.....183
SOMAVERT.....183
sorafenib.....51
sotalol.....98
sotalol af.....98
SPIRIVA RESPIMAT.....206
spironolactone.....101
spironolacton-hydrochlorothiaz 101
sprintec (28) 114
SPRITAM.....59
sps (with sorbitol).....176
sronyx 114
ssd.....117
stavudine.....87
STERILE PADS.....139
STIOLTO RESPIMAT 206
STIVARGA.....52
STOBOCLO.....199
STRENSIQ.....169
streptomycin 30
STRIBILD.....87
STRIVERDI RESPIMAT 206
subvenite.....59
SUBVENITE.....59
sucralfate.....174
sulfacetamide sodium 171
sulfacetamide-prednisolone .173
sulfadiazine.....36
sulfamethoxazole-trimethoprim 36
sulfasalazine.....176
sulindac 27
sumatriptan..... 73
sumatriptan succinate..... 73
sunitinib malate 52
SUNLENCA..... 88
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS 152
SURE COMFORT INS. SYR. U-100..... 151
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE..... 151, 152
SURE COMFORT PEN NEEDLE..... 152
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE..... 151
SURE-FINE PEN NEEDLES 152
SURE-JECT INSULIN SYRINGE..... 153
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS..... 153
SYMPAZAN 59
SYMTUZA..... 88
SYNJARDY 66
SYNJARDY XR..... 66
SYRINGE WITH NEEDLE, SAFETY 151
T
TABLOID..... 52
TABRECTA 52
tacrolimus 191
tadalafil..... 209
TAFINLAR 52
TAGRISSO..... 52
TALICIA 174
TALZENNA..... 52
tamoxifen 52
tamsulosin..... 178
tarina 24 fe..... 114
tarina fe 1-20 eq (28)..... 114
taron-c dha 211
taron-prex prenatal-dha 211
TARPEYO..... 181
TAVNEOS.....192
tazarotene.....117
taztia xt.....99
TDVAX.....197
TECHLITE INSULIN SYRINGE 153, 154
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT).....153
TECHLITE PEN NEEDLE .154
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE.....154
telmisartan 95
telmisartan-hydrochlorothiazid 95
temazepam.....30
TENIVAC (PF).....197, 198
tenofovir disoproxil fumarate 88
TEPMETKO 52
terazosin.....178
terbinafine hcl.....71
terconazole.....116
teriparatide 199
TERUMO INSULIN SYRINGE 154, 155
testosterone 179
testosterone cypionate.....178
testosterone enanthate 178
tetrabenazine.....105
tetracycline.....37
THALOMID 192
theophylline.....206
THINPRO INSULIN SYRINGE 155
thioridazine 83
thiothixene.....83
tiadylt er.....99
tiagabine 59
TIBSOVO 52
ticagrelor.....93
TICE BCG 52
TICOVAC.....198

tigecycline.....37
tilia fe.....114
timolol.....202
timolol maleate.....98, 202
tinidazole.....76
tiotropium bromide.....206
TIVICAY.....88
TIVICAY PD.....88
tizanidine.....208
TOBI PODHALER.....30
tobramycin.....171
tobramycin in 0.225 % nacl...30
tobramycin sulfate.....30
tobramycin-dexamethasone..171
tobramycin-lotepred.....171
tofacitinib.....192
tolterodine.....178
tolvaptan (polycys kidney dis).....101
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE.....155
topiramate.....59
toremifene.....52
torpenz.....52
torsemide.....101
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR.....69
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN.....69
TRADJENTA.....66
tramadol.....26
tramadol-acetaminophen.....26
trandolapril.....96
tranexamic acid.....92
tranylcypromine.....64
travoprost.....202
trazodone.....64
TRECATOR.....74
TRELEGY ELLIPTA.....206
TREMFYA.....192
TREMFYA ONE-PRESS....192
TREMFYA PEN.....192
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN).....192
tretinoin.....117
tretinoin (antineoplastic).....52
triamcinolone acetonide.....116, 120, 181
triamterene-hydrochlorothiazid.....101
trientine.....178
tri-estarylla.....114
trifluoperazine.....83
trifluridine.....171
trihexyphenidyl.....77
TRIJARDY XR.....67
TRIKAFTA.....207
tri-legest fe.....114
tri-linyah.....114
tri-lo-estarylla.....114
tri-lo-marzia.....114
tri-lo-mili.....114
tri-lo-sprintec.....114
trimethoprim.....31
tri-mili.....114
trimipramine.....64
TRINTELLIX.....64
tri-nymyo.....114
tri-sprintec (28).....115
TRIUMEQ.....88
TRIUMEQ PD.....88
trivora (28).....115
tri-vylibra.....115
tri-vylibra lo.....115
trospium.....178
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS.....156
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....156
TRUE COMFORT PEN NEEDLE.....156
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS.....157
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE.....155, 156, 157
TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG.....156, 157
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....155, 156
TRUE-COMFORT PRO PEN NEEDLE.....157
TRUEPLUS INSULIN.....158
TRUEPLUS PEN NEEDLE157, 158
TRULANCE.....176
TRULICITY.....182
TRUMENBA.....198
TRUQAP.....52
TRYNGOLZA.....103
TUKYSA.....53
TURALIO.....53
turqoz (28).....115
TWINRIX (PF).....198
tyblume.....115
TYBOST.....88
TYENNE.....192
TYENNE AUTOINJECTOR.....192
TYMLOS.....200
TYPHIM VI.....198
U
UBRELVY.....73
UDENYCA ONBODY.....92
ULTICARE.....159
ULTICARE INSULIN SYRINGE.....158, 159
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT).....158
ULTICARE PEN NEEDLE.159
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE.....159
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR.....160
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE.....160

ULTILET ALCOHOL SWAB 160
ULTILET INSULIN SYRINGE 142, 160, 161
ULTILET PEN NEEDLE 161
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT) 139, 158
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE.....139, 140, 161
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT) 162
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE.....162
ULTRA FLO PEN NEEDLE 162
ULTRA THIN PEN NEEDLE 162
ULTRACARE INSULIN SYRINGE.....162, 163
ULTRACARE PEN NEEDLE 163
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT).....163
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE.....163, 164
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 164
ULTRA-FINE SAFETY INSULIN SYRN 163
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR.....164, 165
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL 165
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES 165
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE.....164, 165
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 165
UNIFINE PENTIPS 165
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW 165
UNIFINE PENTIPS PLUS. 165, 166, 168
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW..... 165
UNIFINE PROTECT 166
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 166
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE..... 166, 167
UPTRAVI..... 209, 210
ursodiol..... 176
V
valacyclovir 90
VALCHLOR 117
valganciclovir 90
valproate sodium 59
valproic acid 59
valproic acid (as sodium salt) 59
valsartan 95
valsartan-hydrochlorothiazide 95
VALTOCO 59
valtya 115
vancomycin 31, 32
VANFLYTA..... 53
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE..... 167
VANISHPOINT SYRINGE 167
VAQTA (PF)..... 198
varenicline tartrate..... 29
VARIVAX (PF)..... 198
VAXCHORA VACCINE.... 198
VELSIPITY 193
VELTASSA..... 176
VEMLIDY..... 90
VENCLEXTA 53
VENCLEXTA STARTING PACK..... 53
venlafaxine..... 64, 65
VEOZAH..... 105
VEPPANU..... 53
verapamil..... 99
VERIFINE INSULIN SYRINGE 167, 168
VERIFINE PEN NEEDLE ..167
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 167, 168
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP.....168
VERQUVO 104
VERSACLOZ 83
VERSALON 168
VERZENIO.....53
vienva 115
vigabatrin.....60
vigadrone 60
vigpoder 60
vilazodone 65
VIMKUNYA (PF) 198
vinorelbine 53
viorele (28).....115
VIRACEPT 88
VIREAD 88
vitafol-ob+dha 211
VITRAKVI 53
VIVOTIF.....199
VIZIMPRO 53
volnea (28) 115
VONJO 53
VOQUEZNA 174
VORANIGO 54
voriconazole.....71, 72
VOSEVI.....89
VOWST 176
vp-ch-pnv.....212
VRAYLAR 83
VUMERITY 193
VYALEV 77
vylibra 115
VYNDAMAX.....100
VYZULTA.....202
W
warfarin.....91
WEBCOL.....168

WEGOVY 182
WELIREG 54
WINREVAIR 207
wixela inhub 206
X
XALKORI 54
xarah fe 115
XATMEP 54
XCOPRI 60
XCOPRI MAINTENANCE PACK 60
XCOPRI TITRATION PACK 60
XDEMVY 172
XERMELO 176
XIFAXAN 32
XIIDRA 173
XOLAIR 208
XOSPATA 54
XPOVIO 54
XTANDI 54
xulane 115
XULTOPHY 100/3.6 69
Y
YESINTEK 193
YF-VAX (PF) 199
YONSA 55
yulithira 55
YUTREPIA 210
yuvafem 180
Z
zafemy 115
zafirlukast 204
zaleplon 209
zatean-pn dha 212
zatean-pn plus 212
ZEJULA 55
ZELBORAF 55
zenatane 117
ZENBEXUS 55
ZENPEP 169
zidovudine 88
zingiber 212
ziprasidone hcl 83
ziprasidone mesylate 83
ZIRABEV 55
ZIRGAN 172
ZOLINZA 55
zolpidem 209
ZONISADE 60
zonisamide 60
zovia 1-35 (28) 115
ZTALMY 60
ZURZUVAE 65
ZYDELIG 55
ZYKADIA 55
ZYMFENTRA 193
ZYPREXA RELPREVV 84

Alameda Alliance Wellness, HMO D-SNP

این *فهرست دارویی* در تاریخ 2026/10/5 به‌روزرسانی شده است.

برای دریافت اطلاعات جدیدتر یا طرح سؤالات دیگر، با ما به شماره A.DSNP1.888.88 (1.888.882.3767) تماس بگیرید. (کاربران TTY: 1.800.735.2929)، هفت (7) روز هفته، از ساعت 8 صبح تا 8 شب یا از www.alamedaalliance.org/alliancewellness بازدید کنید.