



Ваша программа
рецептурных
лекарственных средств
2012
Югозапад

www.upmchealthplan.com

UPMC *for You*

Филиал UPMC Health Plan

Информация в буклете актуальна на момент выпуска. Для получения оперативной информации посетите наш вебсайт www.upmchealthplan.com. Выберите на главной странице раздел Members («Участники»). На странице «Участники» выберите пункт «Медицинская помощь» в левой колонке.

Translation services are available by calling UPMC *for You* at 1-800-286-4242. Toll-free TTY # 1-800-361-2629.

UPMC *for You* 为您提供翻译服务，如有需要请拨打1-800-286-4242。
电传打字机 (TTY) 用户请拨打1-800-361-2629。

សេវាបកប្រែអាចរកបានតាមរយៈការហៅទូរស័ព្ទមក UPMC *for You* តាមរយៈលេខ 1-800-286-4242 ។
សំរាប់អ្នកប្រើប្រាស់ ម៉ាស៊ីន ទទួល ទូរស័ព្ទមកកាន់លេខ 1-800-361-2629 ។

Вы можете воспользоваться услугами по переводу, позвонив в службу UPMC *for You* по телефону 1-800-286-4242.
Пользователи текст-телефонных устройств (TTY), пожалуйста, звоните по телефону 1-800-361-2629.

Puede tener acceso a los servicios de traducción llamando a UPMC *for You* al 1-800-286-4242.
Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) pueden llamar al 1-800-361-2629.

Để sử dụng các dịch vụ dịch thuật, hãy gọi UPMC *for You* ở số 1-800-286-4242.
Người sử dụng TTY (điện thoại dành cho người khiếm thính hoặc khiếm ngôn), vui lòng gọi 1-800-361-2629.

Содержание

Ваша программа рецептурных препаратов.....	1
Совместные платежи за фармацевтические препараты и ограничение на шесть рецептов.....	1
Исключения из плана.....	2
Ограничения на отпуск рецептурных препаратов.....	2
Временные поставки.....	2
Препараты общего типа.....	2
Ступенчатая терапия.....	3
Препараты, требующие ступенчатой терапии.....	3
Предварительное утверждение.....	4
Препараты, требующие предварительного утверждения.....	4
Ограничения доз.....	5
Препараты для приема один раз в день.....	11
Аптеки для отпуска рецептурных препаратов.....	11
Жалобы, претензии и беспристрастные разбирательства.....	12
Вопросы по аптечным возмещениям.....	12
Формуляр рецептурных лекарственных средств UPMC <i>for You</i>	12
Формуляр безрецептурных лекарственных средств UPMC <i>for You</i>	24
Справочник по торговым маркам/общим названиям.....	28

Ваша программа рецептурных лекарственных средств

Формуляр отпускаемых по рецепту лекарственных препаратов UPMC *for You* представляет собой перечень препаратов, утвержденных к применению Федеральным управлением по контролю за продуктами питания и лекарственными препаратами США (FDA). Этот перечень был разработан врачами и фармацевтами UPMC *for You*. Программа UPMC *for You* покрывает (оплачивает) расходы на препараты по формуляру (списку лекарств). Препараты в формуляре выбраны, так как они безопасны, эффективны и стоят меньше, чем другие препараты, имеющие тот же уровень эффективности. Для Вашего удобства выделены список рецептурных препаратов и список препаратов, отпускаемых без рецепта. Списки представлены в алфавитном порядке. В формуляр UPMC *for You* включены наиболее широко используемые препараты. В него включены не все препараты, которые может прописать Ваш врач. Программа UPMC *for You* покрывает расходы на многие другие препараты, не включенные в формуляр.

Ваш врач должен заказывать препараты для Вас по формуляру. Если Ваш доктор выписывает Вам препарат не из формуляра, он или она должны позвонит в Фармацевтическую службу по номеру 1-800-979-UPMC (8762) для получения медицинского исключения. Просим пользователей телефонных устройств с текстовым выходом (TTY) звонить по бесплатному телефону 1-800-361-2629. Вы не сможете получить препарат, пока мы не утвердим исключение.

Вы можете получить некоторые безрецептурные препараты, когда Ваш доктор выпишет на них рецепт. Чтобы узнать, какие продукты входят в список безрецептурных препаратов, пожалуйста, смотрите Формуляр безрецептурных препаратов UPMC *for You* на страницах 24-27.

В случае возникновения вопросов звоните представителям Отдела обслуживания участников программы UPMC *for You* по телефону 1-800-286-4242 в понедельник, вторник, четверг или пятницу с 7:00 до 19:00, в среду с 7:00 до 20:00 и в субботу с 8:00 до 15:00. Просим пользователей телефонных устройств с текстовым выходом (TTY) звонить по бесплатному телефону 1-800-361-2629.

Совместные платежи за фармацевтические препараты и ограничение на шесть рецептов

Ограничение на шесть рецептов касается только участников группы пособий Общей помощи. Ограничение не применяется, если участник Общей помощи соответствует какому-либо критерию из нижеприведенного списка.

Возможно, вам также будет необходимо оплатить небольшую сумму фармацевту за Ваш препарат. Это

называется совместный платеж. Фармацевт известит Вас, если необходим совместный платеж.

Аптечные совместные платежи и ограничения на шесть рецептов не применимы к беременным женщинам (в том числе в послеродовой период), пациентам до 18 лет, резидентам учреждений сестринского ухода и тем, кто постоянно находится в отделении постоянного ухода для лиц с задержкой умственного развития и другими подобными состояниями (ICF/MR/ORC). Совместные платежи также не распространяются на материалы для неотложной помощи, материалы для планирования семьи и на получателей, освобожденных на основании Программы профилактики и лечения рака груди и шейки матки, Категории IV-B ухода на дому и Категории IV-E ухода на дому, а также помощь в усыновлении.

Информация для членов категории пособий Общей помощи:

Рецептурные препараты, включая безрецептурные и инсулин, выписанные или заказанные Вашим доктором (в том числе оригиналы и последующие получения существующих рецептов) покрываются в количестве до 6 рецептов в календарный месяц.

- Исключения в отношении количественных ограничений по выдаче рецептов могут быть сделаны в случае наличия у Вас серьезного хронического системного заболевания или других серьезных проблем со здоровьем.
- Некоторые препараты освобождаются от ограничения. Ваш фармацевт информирует Вас в случае, если Ваш препарат не имеет ограничения.

При наличии у Вас покрытия фармацевтических услуг, стоимость рецептурных и безрецептурных препаратов определенной торговой марки составляет \$3 за каждый новый и повторный рецепт.

При наличии у Вас покрытия фармацевтических услуг, стоимость рецептурных и безрецептурных препаратов общего типа составляет \$1 за каждый новый и повторный рецепт.

Если ваши совместные платежи в период с января по июнь или с июля по декабрь превысят \$180, UPMC *for You* автоматически возместит сумму свыше \$180. Компенсационные чеки будут отправлены вам по почте в течение 4-6 недель по истечении каждого 6-месячного периода.

Вам не могут отказать в предоставлении лекарственного препарата, отпускаемого по рецепту, если вы не можете выполнить совместный платеж. Сообщите аптечному учреждению о том, что вы не можете себе позволить оплату. Ваше аптечное учреждение может все равно попытаться взыскать с вас сумму совместного платежа.

Информация для членов категории пособий для взрослых:

- При наличии у Вас покрытия фармацевтических услуг, стоимость рецептурных и безрецептурных препаратов определенной торговой марки составляет \$3 за каждый новый и повторный рецепт.

- При наличии у Вас покрытия фармацевтических услуг, стоимость рецептурных и безрецептурных препаратов общего типа составляет \$1 за каждый новый и повторный рецепт.

Вы можете не совершать совместный платеж за некоторые препараты: антигипертензивные (препараты против высокого кровяного давления), противоопухолевые (препараты против рака), противодиабетические, противосудорожные (препараты против эпилепсии), сердечно-сосудистые препараты (для лечения заболеваний сердца), препараты для лечения болезни Паркинсона, препараты для лечения СПИДа, препараты для лечения глаукомы, антипсихотические средства и антидепрессанты (препараты для лечения депрессии).

Вы можете не совершать совместный платеж за лекарственные препараты, включая препараты вакцинации, назначаемые терапевтом.

Если ваши совместные платежи в период с января по июнь или с июля по декабрь превысят 90 долларов США, UPMC *for You* автоматически возместит сумму свыше 90 долларов США. Компенсационные чеки будут отправлены вам по почте в течение 4–6 недель по истечении каждого 6-месячного периода.

Вам не могут отказать в предоставлении лекарственного препарата, отпускаемого по рецепту, если вы не можете выполнить совместный платеж. Сообщите аптечному учреждению о том, что вы не можете себе позволить оплату. Ваше аптечное учреждение может все равно попытаться взыскать с вас сумму совместного платежа.

В случае возникновения вопросов о совместных платежах или предоставленных вам льгот, звоните представителям Отдела обслуживания участников программы UPMC *for You* по телефону 1-800-286-4242 в понедельник, вторник, четверг или пятницу с 7:00 до 19:00, а также в среду с 7:00 до 20:00 и в субботу с 8:00 до 15:00. Просим пользователей телефонных устройств с текстовым выходом (TTY) звонить по бесплатному телефону 1-800-361-2629.

Исключения из плана

Следующие препараты не подлежат возмещению по Программе медицинской помощи:

- Препараты DESI
- Препараты от производителей, не участвующих в Программе медицинской помощи по возмещению стоимости лекарственных средств Платного медицинского обслуживания (FFS).
- Препараты для лечения эректильной дисфункции
- Экспериментальные/исследуемые препараты
- Препараты, использующиеся в косметических целях
- Препараты, использующиеся для восстановления фертильности или контроля за рождаемостью
- Препараты для снижения веса

Ограничения на отпуск рецептурных препаратов

Лекарственные средства по рецепту должны отпускаться сетевой аптекой. Некоторые сетевые аптеки могут предоставить 90-дневный запас поддерживающих препаратов для одного совместного платежа. Чтобы узнать, участвует ли Ваша аптека в этой программе, обратитесь к Вашему фармацевту или позвоните представителям Отдела обслуживания участников программы. Поддерживающий препарат – это тот, который Вы принимаете регулярно при хроническом или долговременном состоянии. Антибиотики, учетные препараты и специальные препараты ограничены максимальным запасом в 30 дней для одного совместного платежа. Учетные вещества – это препараты с высоким потенциалом привыкания, имеющие схему классификации II-V согласно Управлению по борьбе с наркотиками (DEA) и Управлению по контролю за продуктами питания и лекарственными препаратами (FDA). Специальные препараты – это дорогостоящие лекарственные средства для лечения комплексных заболеваний. Эти препараты обычно требуют специализированного обращения и детального контроля со стороны врача. Обратитесь к своему фармацевту или представителям Отдела обслуживания участников программы, чтобы определить, какие препараты можно поставить на 90-дневный запас.

Препарат может быть выдан повторно, когда использовано 85% препарата. Разрешения на утерянные, украденные, испорченные/уничтоженные рецепты должны рассмотрению Отделом Фармацевтической службы программы UPMC *for You*.

Временные поставки

Программа UPMC *for You* отвечает на все запросы на исключения в течение 24 часов. Если решение не может быть принято в 24 часа, вы получите одно из следующего:

- 15-дневный запас препарата, если прописанный вам препарат относится к лекарствам постоянного приема..
- Запас препарата на 72 часа в случае неотложной потребности в нем.

Препараты общего типа

По программе UPMC *for You* требуется, чтобы выдавались препараты общего типа при их наличии. Препараты общего типа имеют такие же активные ингредиенты, как их аналоги определенной торговой марки, и так же безопасны и эффективны. Советуем врачам выписывать препараты общего типа всегда, когда это приемлемо в клинической практике. Если Ваш врач выписывает лекарственное средство определенной торговой марки, фармацевт может выдать Вам препарат общего типа того же действия. Если Ваш врач думает, что Вам необходим препарат именно этой торговой марки, Ваш доктор должен позвонить в Фармацевтическую службу по телефону 1-800-979-UPMC (8762). Просим пользователей телефонных устройств с текстовым выходом (TTY) звонить по бесплатному телефону 1-800-361-2629. Представители отвечают на звонки с понедельника по пятницу с 8.00 до 17.00.

Ступенчатая терапия

Некоторые препараты, перечисленные в формуляре UPMC *for You*, требуют предварительного приема специальных лекарственных средств перед прохождением ступенчатой терапии с помощью этого препарата. Препараты для ступенчатой терапии включаются в план автоматически, если у нас есть отчеты о том, что необходимые препараты были протестированы. Если отчеты о тестировании требуемого препарата отсутствуют, ваш доктор должен проконсультироваться с Фармацевтической службой UPMC *for You* до включения препарата для ступенчатой терапии в фармацевтический план. Препараты обозначены ниже:

Препараты, требующие ступенчатой терапии

Actos	Fazaclo ODT (детям до 12 лет)
Avandia	Fluphenazine (детям до 12 лет)
Celebrex	Geodon (детям до 12 лет)
Diovan	Haloperidol (детям до 12 лет)
Diovan HCT	Лохарине (детям до 12 лет)
Exforge	Moban (детям до 12 лет)
Exforge HCT	Орап (детям до 12 лет)
Januvia	Perphenazine (детям до 12 лет)
Lexapro	Abilify (детям до 12 лет)
Maxalt	Seroquel (детям до 12 лет)
Onglyza	Thioridazine (детям до 12 лет)
Singulair	Thiothixene (детям до 12 лет)
Symlin	Trifluoperazine (детям до 12 лет)
Venlafaxine ER в капсулах	Zyprexa (детям до 12 лет)
Abilify (детям до 12 лет)	
Chlorpromazine (детям до 12 лет)	
Clozapine (детям до 12 лет)	

Предварительное утверждение

Некоторые препараты, перечисленные в формуляре UPMC *for You* требуют дополнительной информации от Вашего врача. При первом назначении этих лекарственных препаратов и перед тем, как фармацевтический план покроет расходы по ним, Ваш доктор обязан проконсультироваться с Фармацевтической службой UPMC *for You*. Препараты обозначены ниже:

Препараты, требующие предварительного утверждения

Abilify (2 мг, 5 мг)	Geodon (20 мг)	Nuvigil	Synagis
Abstral	Gilenya	Oforta	Synarel
Actemra	Glassia	Onsolis	Synvisc
Acthar Gel	Gleevec	Orencia	Tarceva
Adagen	Humatrope	Orfadin	Targretin
Adcirca	Humira	Pegasys	Tasigna
Afinitor	Hycamtin	Peg-Intron	Temodar
Aldurazyme	Incivek	Procrit	Tev-Tropin
Amevive	Increlex	Prolastin	Thalomid
Ampyra	Infergen	Prolastin-C	Tracleer
Androderm	Intron-A	Prolia	Trelstar
Aralast	Iressa	Promacta	Tretinoin (от 35 лет и старше)
Aranesp	Itraconazole	Protopic	Tykerb
Banzel	IVIG (иммуноглобулин для внутривенного использования)	Provenge	Tysabri
Benlysta	Kalbitor	Provigil	Tyvaso
Berinert	Kineret	Pulmozyme	Vantas
Botox	Krystexxa	Rapamune	Veletri
Buphenyl	Kuvan	Reclast	Ventavis
Buprenorphine	Letairis	Relistor	Viadur
Caprelsa	Lidoderm	Remicade	VICTRELIS/Victrelis
Carbaglu	Lucentis	Remodulin	Votrient
Cerezyme	Lumizyme	Revatio	VPRIV
Cinryze	Lupron	Revlimid	Xeloda
Daliresp	Lupron Depot	Risperdal Consta	Xenazine
Donepezil	Lupron Depot-Ped	Rituxan	Xeomin
Dysport	Lyrica	Rivastigmine	Xgeva
Egrifta	Lysteda	Samsca	Xifaxan
Elaprase	Makena	Sandostain LAR Depot	Xolair
Elidel	Mozobil	Savella	Xyrem
Eligard	Myobloc	Seroquel	Zavesca
Enbrel	Myozyme	Serostim	Zemaira
Epogen	Naglazyme	Somatuline Depot	Zoladex
Euflexxa	Namenda	Somavert	Zolinza
Fabrazyme	Neulasta	Sprycel	Zorbtive
Fanapt	Neupogen	Stelara	Zortress
Fentanyl citrate lozenge	Nexavar	Suboxone	Zyprexa (2 мг, 5 мг)
Fentora	Nplate	Sucraid	Zytiga
Firmagon	Nuedexta	Supprelin LA	
Flolan/epoprostenol	Nulojix	Sutent	
Forteo		Sylatron	
Galantamine/Galantamine ER		Symbyax	

Ограничения доз

Комиссия по фармацевтике и клинической медицине UPMC *for You* установила ограничения доз на некоторые препараты, чтобы содействовать правильному использованию этих препаратов. Ограничения доз имеют препараты, приведенные в таблице ниже.

Класс препарата	Ограничения доз
Антикоагулянтные (противосвертывающие) препараты	
Effient	30 таблеток в месяц
Enoxaparin, Fragmin, и Fondaparinux	2-месячный запас в год
Противовирусные препараты	
famciclovir	125 мг: 21 таблетка в месяц 250 мг: 70 таблеток в месяц 500 мг: 21 таблетка в месяц
Relenza	1 набор в квартал
Synagis ПУ	1 флакон в месяц Максимум 5 доз в квартал
Tamiflu	10 капсул или 2 флакона в квартал
valacyclovir	1000 мг: 21 таблетка в месяц 500 мг: 42 таблетки в месяц
Астма	
Singular CT	30 таблеток в месяц
Препараты для лечения СДВГ и стимуляторы	
amphetamine salt combo	5 мг, 7,5 мг, 10 мг, 12,5 мг, 20 мг: 3 таблетки в день 15 мг, 30 мг: 2 таблетки в день
amphetamine salts ER	5 мг, 10 мг, 15 мг: 30 капсул в месяц 20 мг, 25 мг, 30 мг: 60 капсул в месяц
dexmethylphenidate	2 таблетки в день
dextroamphetamine	4 таблетки в день
dextroamphetamine SA	5 мг: 1 таблетка в день 10 мг, 15 мг: 4 таблетки в день
methylphenidate	2,5 мг, 5 мг, 10 мг, 20 мг: 3 таблетки в день 5 мг/5 мл раствора: 30 мл в день 10 мг/5 мл раствора: 15 мл в день
methylphenidate ER	18 мг, 27 мг, 54 мг: 30 таблеток в месяц 36 мг: 60 таблеток в месяц
methylphenidate SR	3 капсулы в день
Nuvigil ПУ	30 таблеток на 30 дней
Provigil ПУ	100 мг: 30 таблеток на 30 дней 200 мг: 60 таблеток на 30 дней
Strattera	10 мг, 40 мг, 60 мг, 80 мг, 100 мг: 30 таблеток в месяц 18 мг: 60 таблеток в месяц 25 мг: 90 таблеток в месяц

Продолжение

ПУ = необходимо предварительное утверждение

СТ = необходима ступенчатая терапия

Ниже приведены предусмотренные нами стандартные ограничения доз. В зависимости от диагноза и информации, предоставленной врачом, после медицинского обследования индивидуально могут быть назначены более высокие дозы.

Класс препарата	Ограничения доз
Бронходилататоры	
Proair HFA	2 ингалятора в месяц
Ventolin HFA	2 ингалятора в месяц
Контрацептивные средства	
Medroxyprogesterone injection	1 ампула/инъекция в 90 дней
Nuvaring	1 кольцо в 28 дней
Оральные контрацептивные таблетки	28 таблеток за 28 дней 91 таблетка на 90 дней для таблеток с пролонгированным режимом приема
Дерматологические средства	
Regranex	3 тюбика в год
Противодиабетические препараты	
Byetta	1 шприц-ручка в месяц
Symlyn СТ	4 флакона/шприц-ручки в месяц
Препараты для лечения фибромиалгии	
Savella ПУ	60 таблеток в месяц
Препараты для лечения проблем ЖКТ	
Emend	40 мг: 1 таблетка в месяц 80 мг: 4 таблетки в месяц 125 мг: 2 таблетки в месяц Тройная упаковка: 2 упаковки в месяц 1 флакон на 30 дней
lansoprazole	30 капсул в месяц
omeprazole OTC	60 таблеток в месяц
ondansetron	4 мг, 8 мг: 90 таблеток в месяц 24 мг: 7 таблеток в месяц
pantoprazole	30 таблеток в месяц
Гормонозаместительная терапия	
estradiol transdermal patches	4 пластыря в месяц
Инъекционные и биотехнологические препараты	
Actemra ПУ	800 мг (40 мл) на 28 дней
Acthar gel ПУ	3 флакона в месяц
Adcirca ПУ	60 таблеток в месяц
Amevive ПУ	2 курса лечения в год
Ampyra ПУ	60 таблеток в месяц
Арокун	30 инъекций в месяц
Botox ПУ	Четыре флакона по 100 таблеток на 84 дня Два флакона по 200 таблеток на 84 дня
Cayston	84 флакона на 56 дней
Cinryze ПУ	16 флаконов в месяц
Dysport ПУ	Два флакона на 84 дня

Продолжение

ПУ = необходимо предварительное утверждение

СТ = необходима ступенчатая терапия

Ниже приведены предусмотренные нами стандартные ограничения доз. В зависимости от диагноза и информации, предоставленной врачом, после медицинского обследования индивидуально могут быть назначены более высокие дозы.

Класс препарата	Ограничения доз
Eligard ПУ	Один набор 7,5 мг на 28 дней Один набор 22,5 мг на 84 дня Один набор 30 мг на 112 дней Один набор 45 мг на 168 дней
Enbrel ПУ	25 мг: 8 флаконов в месяц 50 мг: 4 флакона в месяц
Firmagon ПУ	Два флакона 120 мг на время жизни Один флакон 80 мг на 28 дней
Forteo ПУ	1 шприц-ручка на 28 дней Максимум два года терапии на время жизни
Gilenya ПУ	30 капсул на 30 дней
Humira ПУ	2 инъекции в месяц Crohn's Starter Pack: 1 упаковка на время жизни Psoriasis Starter Pack: 1 упаковка на время жизни
Infergen ПУ	12 флаконов в месяц
Kineret ПУ	30 инъекций в месяц
Krystexxa ПУ	2 флакона на 28 дней
Letairis ПУ	30 таблеток в месяц
Lupron ПУ	2 набора на 28 дней
Lupron Depot ПУ	Один набор 3,75 мг на 28 дней Один набор 7,5 мг на 28 дней Один набор 11,25 мг на 84 дня Один набор 22,5 мг на 84 дня Один набор 30 мг на 112 дней
Lupron Depot-Ped ПУ	1 набор на 28 дней
Lysteda ПУ	30 таблеток на 28 дней
Mozobil ПУ	8 флаконов на 4 дня
Myobloc ПУ	Четыре флакона по 2500 таблеток на 84 дня Два флакона по 5000 таблеток на 84 дня Один флакон с 10 000 таблеток на 84 дня
Nuedexta ПУ	60 капсул в месяц
Pegasys ПУ	4 флакона (1 набор) в месяц
Peg-Intron ПУ	4 набора в месяц
Prolia ПУ	2 флакона на 365 дней
Promacta ПУ	30 таблеток в месяц
Provenge ПУ	1 курс терапии на время жизни
Pulmozyme ПУ	30 ампул в месяц
Reclast ПУ	1 вливание в год
Revatio ПУ	90 таблеток в месяц
ribavirin	180 единиц в месяц
Rituxan ПУ	1 курс лечения (2 дозы по 1000 мг, полученные в 1 и 15 день)
Samsca ПУ	15 мг: 30 таблеток в месяц 30 мг: 60 таблеток в месяц

Продолжение

ПУ = необходимо предварительное утверждение

СТ = необходима ступенчатая терапия

Ниже приведены предусмотренные нами стандартные ограничения доз. В зависимости от диагноза и информации, предоставленной врачом, после медицинского обследования индивидуально могут быть назначены более высокие дозы.

Класс препарата	Ограничения доз
Sandostatin LAR Depot ПУ	10 мг и 30 мг: 1 набор в 28 дней 20 мг: 2 набора на 28 дней
Somatuline Depot ПУ	60 мг, 90 мг и 120 мг: 1 инъекция в 28 дней
Somavert ПУ	15 мг: 60 флаконов на 30 дней
Stelara ПУ	1 флакон/инъекция за 12 недель
Supprelin LA ПУ	1 имплантат на 365 дней
Synarel ПУ	5 флаконов на 30 дней
TOBI	56 флаконов на 56 дней
Tracleer ПУ	60 таблеток в месяц
Trelstar ПУ	3,75 мг: 1 ампула каждые 28 дней 11,25 мг: 1 ампула каждые 84 дня 22,5 мг: 1 ампула каждые 168 дней
Tysabri ПУ	1 флакон на 28 дней
Vantas ПУ	1 имплантат на 365 дней
Xenazine ПУ	12,5 мг: 90 таблеток в месяц 25 мг: 120 таблеток в месяц
Xeomin ПУ	Флакон по 50 таблеток: 8 флаконов на 84 дня Флакон по 100 таблеток: 4 флакона на 84 дня
Xgeva ПУ	1 флакон на 28 дней
Xolair ПУ	6 флаконов на 28 дней
Zoladex ПУ	Один имплантат 3,6 мг на 28 дней Один имплантат 10,8 мг на 84 дней
Противомигренозные препараты	
sumatriptan	Инъекция: 4 упаковки в месяц Спрей для носа: 6 флаконов в месяц Таблетки: 9 таблеток в месяц
Maxalt/Maxalt MLT СТ	9 таблеток в месяц
naratriptan	9 таблеток в месяц
Месячное ограничение для ингаляторов	
Benzodiazepines	2 ингалятора в месяц
Narcotic analgesics (наркотические анальгетики)	4 ингалятора в месяц
Инъекционные препараты для лечения множественного склероза	
Avonex	1 упаковка (по 4 флакона в каждой) в месяц
Сораконе	1 упаковка с 30 шприцами в месяц
Rebif	12 заправленных шприцев в месяц титрированная упаковка: 1 упаковка на время жизни
Muscle Relaxants (мышечные релаксанты)	
carisoprodol	120 таблеток в год
Препараты для лечения нарколепсии	
Xyrem ПУ	3 бутылочки в месяц

Продолжение

ПУ = необходимо предварительное утверждение

СТ = необходима ступенчатая терапия

Ниже приведены предусмотренные нами стандартные ограничения доз. В зависимости от диагноза и информации, предоставленной врачом, после медицинского обследования индивидуально могут быть назначены более высокие дозы.

Класс препарата	Ограничения доз
Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС)	
Celebrex СТ	60 капсул в месяц
ketorolac	упаковка на 5 дней
Пероральные антибиотики	
azithromycin	250 мг: 10 таблеток в месяц 500 мг: 4 таблетки в месяц 600 мг: 8 таблеток в месяц 2 г в 60 мл флаконе: 1 флакон в месяц
ciprofloxacin ER	500 мг: 3 таблетки на рецепт 1000 мг: 14 таблеток на рецепт
Xifaxan ПУ	200 мг: 9 таблеток на рецепт 550 мг: 60 таблеток за 30 дней
Zyvox	56 таблеток в год
Пероральные противогрибковые средства	
fluconazole	150 мг: 2 таблетки на рецепт 50 мг, 100 мг, 200 мг: 10 таблеток в месяц
itraconazole ПУ	60 капсул в месяц
terbinafine	90 таблеток в год
voriconazole	100-дневный запас в год
Пероральные онкологические препараты	
Afinitor ПУ	30 таблеток на 30 дней
Gleevec ПУ	100 мг: 90 таблеток на 30 дней 400 мг: 60 таблеток на 30 дней
Iressa ПУ	30 таблеток на 30 дней
Nexavar ПУ	120 таблеток на 30 дней
Revlimid ПУ	30 таблеток на 30 дней
Sprycel ПУ	30 таблеток на 30 дней
Sutent ПУ	30 таблеток на 30 дней
Tarceva ПУ	100 мг и 150 мг: 30 таблеток на 30 дней
Tasigna ПУ	120 таблеток на 30 дней
Thalomid ПУ	150 мг и 200 мг: 60 таблеток на 30 дней
Tykerb ПУ	180 таблеток на 30 дней
Votrient ПУ	120 таблеток на 30 дней
Zolanza ПУ	120 таблеток на 30 дней
Инъекции для лечения коленного остеоартрита	
Euflexxa ПУ	Курс инъекций 2 раза в год на одном колене
Synvisc ПУ	Курс инъекций 2 раза в год на одном колене
Обезболивающие препараты	
Combination drugs containing acetaminophen (комбинированные препараты с содержанием ацетаминофена)	4 грамма ежедневно
Combination drugs containing aspirin (комбинированные препараты с содержанием аспирина)	6 граммов ежедневно

Продолжение

ПУ = необходимо предварительное утверждение

СТ = необходима ступенчатая терапия

Ниже приведены предусмотренные нами стандартные ограничения доз. В зависимости от диагноза и информации, предоставленной врачом, после медицинского обследования индивидуально могут быть назначены более высокие дозы.

Класс препарата	Ограничения доз
Abstral ПУ	120 таблеток в месяц
fentanyl citrate lozenge ПУ	120 единиц в месяц
fentanyl transdermal patch	100 мкг: 30 пластырей в месяц 12 мкг, 25 мкг, 50 мкг, 75 мкг: 10 пластырей в месяц
Fentora ПУ	120 таблеток в месяц
hydrocodone/ibuprofen	50 таблеток на 10 дней
Lidoderm ПУ	3 пластыря в день
morphine sulfate sustained release	90 таблеток в месяц
Narcotic analgesics (наркотические анальгетики)	упаковка на 30 дней
Onsolis ПУ	120 единиц в месяц
Орана ER/oxymorphone ER	60 таблеток в месяц
oxycodone/ibuprofen	28 таблеток в месяц
tramadol	240 таблеток в месяц
tramadol/acetaminophen	40 таблеток в месяц
Психиатрические препараты	
Abilify ПУ	1 таблетка в день Раствор: 900 мл на 30 дней
buprenorphine ПУ	2 мг: 120 таблеток в блистерных лентах на 30 дней 8 мг: 90 таблеток в блистерных лентах на 30 дней
bupropion XL, bupropion XL 24 часа	150 мг: 1 таблетка в день
Fanapt ПУ	2 таблетки в день Титрированная упаковка: 1 упаковка в год
Fazaclo ODT	12,5 мг: 1 таблетка в день 25 мг: 3 таблетки в день 100 мг: 9 таблетки в день 150 мг: 6 таблетки в день 200 мг: 4 таблетки в день
Geodon ПУ	2 капсулы в день
lamotrigine	100 мг, 200 мг: 2 таблетки в день 5 мг, 25 мг, 150 мг: 3 таблетки в день
Lexapro СТ	10 мг: 1,5 таблетки в день 5 мг, 20 мг: 1 таблетка в день
paroxetine CR	1 таблетка в день
Risperdal Consta ПУ	2 набора на 28 дней
risperidone	2 таблетки в день
Seroquel ПУ	3 таблетки в день
Suboxone ПУ	2/0,5 мг: 120 таблеток в блистерных лентах на 30 дней 8/2 мг: 90 таблеток в блистерных лентах на 30 дней
Symbyax ПУ	1 капсула в день
Venlafaxine XR ПУ	150 мг: 2 капсулы в день 37,5 мг: 1 капсула в день 75 мг: 3 капсулы в день

Продолжение

ПУ = необходимо предварительное утверждение

СТ = необходима ступенчатая терапия

Ниже приведены предусмотренные нами стандартные ограничения доз. В зависимости от диагноза и информации, предоставленной врачом, после медицинского обследования индивидуально могут быть назначены более высокие дозы.

Класс препарата	Ограничения доз
Zургеха	15 мг, 20 мг: 2 таблетки в день 2,5 мг, 5 мг, 7,5 мг, 10 мг: 1 таблетка в день
Противосудорожные препараты	
Lyrica ПУ	25 мг, 50 мг, 75 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг: 90 капсул в месяц 225 мг, 300 мг: 60 капсул в месяц
topiramate	3 таблетки в день
Вспомогательные средства для отказа от курения	
buproban	12 недель
nicotine gum (никотиновая жев. резинка)	12 недель
nicotine lozenges (никотиновые леденцы)	12 недель
nicotine patches (никотиновые пластыри)	12 недель
Nicotrol inhaler (ингалятор)	24 недели
Nicotrol nasal spray (спрей для носа)	12 недель
Количество продуктов для помощи при отказе от курения ограничено 2 попытками бросить курить за период 365 дней	

Препараты для приема один раз в день

FDA утвердила некоторые препараты для одноразового применения в день в большей дозе вместо приема нескольких меньших доз несколько раз в день. Это легче, так как Вам нужно помнить о приеме препарата один раз в день, вместо нескольких раз в день. Для таких препаратов программа UPMC for You покрывает только одну большую дозу в день в течение 30 дней один раз.

Например. Ваш врач выписывает рецепт на две 20-миллиграммовых дозы препарата каждый день, утром и вечером. Если существует концентрация препарата 40 мг, фармацевт заменит препарат на одну 40-миллиграммовую дозу в день вместо двух 20-миллиграммовых доз в день. Если по медицинским причинам прием препарата один раз в день большими дозами невозможен, Ваш доктор может позвонить в Фармацевтическую службу по номеру 1-800-979-UPMC (8762) и запросить медицинское исключение. Просим пользователей телефонных устройств с текстовым выходом (TTY) звонить по бесплатному телефону 1-800-361-2629. Представители отвечают на звонки с понедельника по пятницу с 8.00 до 17.00.

Аптеки для отпуска рецептурных препаратов

В работе программы UPMC for You принимает участие множество аптек, способных предоставить прописанные вам лекарственные препараты. Если Управлением социального обеспечения принято решение о том, что вам полагается этот вид покрытия, вам будет предоставлено покрытие фармацевтических услуг. Вы можете позвонить представителям Отдела обслуживания участников программы UPMC for You по телефону at 1-800-286-4242 и выбрать номер "аптеки", чтобы найти ближайшую к вам аптеку, принимающую участие в программе. К представителям Отдела обслуживания участников программы можно обращаться в понедельник, вторник, четверг и пятницу с 7:00 до 19:00, в среду с 7:00 до 20:00 и в субботу с 8:00 до 15:00. Просим пользователей телефонных устройств с текстовым выходом (TTY) звонить по бесплатному телефону 1-800-361-2629. Вы также можете посетить вебсайт www.upmchealthplan.com и выбрать адрес самой близкой к Вам аптеки.

Жалобы, претензии и беспристрастные разбирательства

Вы имеете право подать апелляцию на любой отказ от UPMC *for You* и право подать жалобу на использование формуляра препарата с помощью процедуры подачи жалоб и претензий, описанной в «Справочнике участника» программы UPMC *for You*. Чтобы получить справочник или информацию о процедуре подачи жалоб и претензий, позвоните представителям Отдела обслуживания участников программы UPMC *for You* по телефону 1-800-286-4242. Просим пользователей телефонных устройств с текстовым выходом (TTY) звонить по бесплатному телефону 1-800-361-2629. Вы также можете посетить вебсайт www.upmchealthplan.com.

com, где расположена онлайн-версия справочника.

Вопросы по аптечным возмещениям

В случае возникновения вопросов звоните представителям Отдела обслуживания участников программы UPMC *for You* по телефону 1-800-286-4242 в понедельник, вторник, четверг или пятницу с 7:00 до 19:00, а также в среду с 7:00 до 20:00 и субботу с 8:00 до 15:00. Просим пользователей телефонных устройств с текстовым выходом (TTY) звонить по бесплатному телефону 1-800-361-2629.

Формуляр рецептурных лекарственных средств UPMC *for You*

НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА	КОД
ABILIFY	ПУ (2 мг, 5 мг), ОД, СТ (детям до 12 лет)
ABSTRAL	ПУ, ОД, ОД (упаковок/месяц)
acarbose	
acebutolol	
acetazolamide	
acetic acid	
acetic acid/aluminum acetate	
acetylcysteine	
ACTEMRA	ПУ, ОД
ACTHAR GEL	ПУ, ОД
ACTOPLUS MET	
ACTOS	СТ
acyclovir	
ADAGEN	ПУ
ADCIRCA	ПУ, ОД
ADVAIR	
AFINITOR	ПУ, ОД
AGENERASE	
albuterol	
ALDURAZYME	ПУ

НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА	КОД
alendronate	
alesse	
ALIMTA	
ALKERAN	
allopurinol	
ALOMIDE	
alprazolam	ОД (упаковок/месяц)
amantadine	
amcinonide	
AMEVIVE	ПУ, ОД
amiloride	
amiloride/hydrochlorothiazide	
amiodarone	
amitriptyline	
amlodipine	
amlodipine/benazepril	
amnesteam	
amoxicillin	
amoxicillin/clavulanate	
amphetamine salts	ОД
amphetamine salts ER	ОД

ЛЕГЕНДА

ПУ = необходимо предварительное утверждение
СТ = необходима ступенчатая терапия
Прописные буквы = название торговой марки

ОД = ограничения доз

Строчные буквы = общее название

Формуляр рецептурных лекарственных средств UPMC for You (продолжение)

НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА	КОД
ampicillin	
AMPYRA	ПУ, ОД
anagrelide	
anastrozole	
ANDRODERM	ПУ
APOKYN	ОД
apri	
APTIVUS	
ARALAST NP	ПУ
aranelle	
ARANESP	ПУ
ASACOL	
ASACOL HD	
aspirin	
atenolol	
atenolol/chlorthalidone	
ATRIPLA	
atropine sulfate	
AVANDAMET	
AVANDARYL	
AVANDIA	СТ
aviane	
AVODART	
AVONEX	ОД
azathioprine	
azelastine	
azithromycin	ОД
bacitracin (бацитрацин)	
baclofen	
balsalazide	
BANZEL	ПУ
BARACLUDE	
BAYER BLOOD GLUCOSE PRODUCTS (Ascensia)	
benazepril	
benazepril/hydrochlorothiazide	
BENLYSTA	ПУ

НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА	КОД
benzocaine/antipyrene	
benzonatate	
benzoyl peroxide	
benztropine	
BERINERT	ПУ
betamethasone	
betaxolol	
BETOPTIC S	
bicalutamide	
bisoprolol	
bisoprolol/hydrochlorothiazide	
BOTOX	ПУ, ОД
brevicon	
bromocriptine	
brompheniramine/pseudoephedrine	
budeprion XL	ОД
budesonide EC	
budesonide RESPULES (для детей до 8 лет)	
bumetanide	
BUPHENYL	ПУ
buprenorphine	ПУ, ОД
buprobam	ОД
bupropion	
bupropion SR	
bupropion XL	ОД
butalbital/acetaminophen	ОД
butalbital/acetaminophen/caffeine	ОД
butalbital/aspirin/caffeine	ОД
BYETTA	ОД
calcipotriene	
calcitriol	
calcium acetate	
camila	
CANASA	
CAPRELSA	ПУ

ЛЕГЕНДА

ПУ = необходимо предварительное утверждение
 СТ = необходима ступенчатая терапия
 Прописные буквы = название торговой марки

ОД = ограничения доз

Строчные буквы = общее название

Формуляр рецептурных лекарственных средств UPMC for You (продолжение)

НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА	КОД
captopril	
captopril/hydrochlorothiazide	
CARBAGLU	ПУ
carbamazepine	
carbamazepine ER	
carbamide peroxide	
carbidopa/levodopa	
carisoprodol	ОД
carteolol	
carvedilol	
CAYSTON	ОД
cefaclor	
cefadroxil	
cefdinir	
cefpodoxime	
cefuroxime	
CELEBREX	СТ, ОД
cephalexin	
CEREZYME	ПУ
cetirizine OTC	
chlorhexidine	
chloroquine	
chlorpheniramine/ pseudoephedrine	
chlorpromazine	СТ (детям до 12 лет)
chlorthalidone	
chlorzoxazone	
cholestyramine	
choline magnesium trisalicylate	
cilostazol	
cimetidine	
CINRYZE	ПУ, ОД
ciprofloxacin	
ciprofloxacin ER	ОД
citalopram	
claravis	
clarithromycin	
clindamycin	

НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА	КОД
clobetasol	
clomipramine	
clonazepam	ОД (упаковок/месяц)
clonidine	
clotrimazole	
clotrimazole/ betamethasone	
clozapine	СТ (детям до 12 лет)
codeine	ОД (упаковок/месяц)
codeine/acetaminophen	ОД, ОД (упаковок/месяц)
codeine/aspirin	ОД, ОД (упаковок/месяц)
colchicine	
colestipol	
COMBIVENT	
COMBIVIR	
COMTAN	
COPAXONE	ОД
cortisone acetate	
CREON	
CRIXIVAN	
cromolyn	
cryselle	
CUPRIMINE	
cyanocobalamin	
cyclobenzaprine	
CYCLOGYL	
cyclophosphamide	
cyclosporine	
DALIRESP	ПУ
danazol	
dantrolene	
dapsone	
DENAVIR	
desipramine	
desmopressin	
desonide	
desoximetasone	
dexamethasone	
dexmethylphenidate	ОД

ЛЕГЕНДА

ПУ = необходимо предварительное утверждение
СТ = необходима ступенчатая терапия
Прописные буквы = название торговой марки

ОД = ограничения доз

Строчные буквы = общее название

Формуляр рецептурных лекарственных средств UPMC for You (продолжение)

НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА	КОД
dextroamphetamine	ОД
dextroamphetamine SA	ОД
diazepam	ОД (упаковок/месяц)
diazepam rectal	
diclofenac	
dicloxacillin	
dicyclomine	
diflorasone	
digoxin	
dihydroergotamine	
DILATRATE-SR	
diltiazem	
DIOVAN	СТ
DIOVAN HCT	СТ
diphenhydramine	
diphenoxylate/atropine	
dipyridamole	
disopyramide	
disulfiram	
DIURIL	
divalproex	
divalproex DR	
divalproex ER	
donepezil	ПУ
dorzolamide	
dorzolamide/timolol	
doxazosin	
doxepin	
doxycycline	
DUETACT	
dyphylline-gg	
DYSPORT	ПУ, ОД
econazole	
EDURANT	
EFFIENT	ОД
EGRIFTA	ПУ
ELAPRASE	ПУ

НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА	КОД
ELIDEL	ПУ
ELIGARD	ПУ, ОД
EMCYT	
EMEND	ОД
EMTRIVA	
enalapril	
enalapril/hydrochlorothiazide	
ENBREL	ПУ, ОД
enoxaparin	ОД
enpresse	
epinastine	
epinephrine	
EPIVIR	
eplerenone	
EPOGEN	ПУ
epoprostenol	ПУ
EPZICOM	
ergocalciferol	
ergotamine	
erythromycin	
estradiol	
estradiol transdermal	ОД
estradiol/norethindrone	
estropipate	
ethambutol	
ethosuximide	
etodolac	
etoposide	
EUFLEXXA	ПУ, ОД
EURAX	
EVISTA	
exemestane	
EXFORGE	СТ
EXFORGE HCT	СТ
FABRAZYME	ПУ
famciclovir	ОД
famotidine	
FANAPT	ПУ, ОД
FARESTON	

ЛЕГЕНДА

ПУ = необходимо предварительное утверждение
 СТ = необходима ступенчатая терапия
 Прописные буквы = название торговой марки

ОД = ограничения доз

Строчные буквы = общее название

Формуляр рецептурных лекарственных средств UPMC for You (продолжение)

НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА	КОД
FAZACLO ODT	ОД (СТ для детей до 12 лет)
FELBATOL	
fenofibrate	
fenoprofen	
fentanyl citrate lozenge	ПУ, ОД, ОД (упаковок/месяц)
fentanyl patch	ОД, ОД (упаковок/месяц)
FENTORA	ПУ, ОД, ОД (упаковок/месяц)
fexofenadine OTC	
finasteride	
FIRMAGON	ПУ, ОД
FLOLAN	ПУ
FLOVENT	
fluconazole	ОД
fludrocortisone	
flunisolide	
fluocinolone	
fluocinonide	
fluorometholone	
fluorouracil	
fluoxetine	
fluphenazine	СТ (детям до 12 лет)
flurazepam	ОД (упаковок/месяц)
flutamide	
fluticasone	
fluvoxamine	
folic acid	
fondaparinux	ОД
FORTEO	ПУ, ОД
FORTOVASE	
fosinopril	
fosinopril/ hydrochlorothiazide	
FRAGMIN	ОД
furosemide	
FUZEON	
gabapentin	

НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА	КОД
GABITRIL	
galantamine	ПУ
galantamine er	ПУ
GALZIN	
ganciclovir	
gemfibrozil	
gentamicin	
GEODON	ПУ (20 мг), ОД, СТ (детям до 12 лет)
GILENYA	ПУ, ОД
GLASSIA	ПУ
GLEEVEC	ПУ, ОД
glimepiride	
glipizide	
glipizide ER	
GLUCAGON	
glyburide	
glycopyrrolate	
griseofulvin	
guaifenisin/codeine	ОД (упаковок/месяц)
guaifensin/ dextromethorphan	
guanabenz	
guanfacine	
haloperidol	СТ (детям до 12 лет)
HUMALOG	
HUMATROPE	ПУ
HUMIRA	ПУ, ОД
HUMULIN	
HYCAMTIN	ПУ
hydralazine	
hydrochlorothiazide	
hydrocodone/ acetaminophen	ОД, ОД (упаковок/месяц)
hydrocodone/homatropine	ОД (упаковок/месяц)
hydrocodone/ibuprofen	ОД, ОД (упаковок/месяц)
hydrocortisone	
hydroxychloroquine	
hydroxyurea	

ЛЕГЕНДА

ПУ = необходимо предварительное утверждение
СТ = необходима ступенчатая терапия
Прописные буквы = название торговой марки

ОД = ограничения доз

Строчные буквы = общее название

Формуляр рецептурных лекарственных средств UPMC for You (продолжение)

НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА	КОД
hydroxyzine	
hylira	
hyoscyamine	
ibuprofen	
imipramine	
INCIVEK	ПУ
INCRELEX	ПУ
indapamide	
indomethacin	
INFERGEN	ПУ, ОД
INTELENCE	
INTRON-A	ПУ
INVIRASE	
IOPIDINE	
ipratropium	
IRESSA	ПУ, ОД
ISENTRESS	
isoniazid	
SOPTO CARBACHOL	
ISOPTO HYOSCINE	
isosorbide dinitrate	
isosorbide mononitrate	
isradipine	
itraconazole	ПУ, ОД
IVIG (иммуноглобулин для внутривенного использования)	ПУ
JANUMET	
JANUVIA	СТ
jolessa	
jolivet	
junel	
junel FE	
KALBITOR	ПУ
KALETRA	
kariva	
ketoconazole	
ketoprofen	
ketorolac	ОД
ketorolac tromethamine	

НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА	КОД
ketotifen	
KINERET	ПУ, ОД
KOMBIGLYZE XR	
K-PHOS	
KRYSTEXXA	ПУ, ОД
KUVAN	ПУ
labetolol	
lactulose	
lamotrigine	ОД
lansoprazole	ОД
LANTUS	
latanoprost	
leena	
leflunomide	
lessina	
LETAIRIS	ПУ, ОД
letrozole	
LEUKERAN	
levetiracetam	
levlite	
levobunolol	
levofloxacin	
levora	
levothyroxine	
LEXAPRO	СТ, ОД
LEXIVA	
lidocaine	
lidocaine/prilocaine	
LIDODERM	ПУ, ОД
LIFESCAN BLOOD GLUCOSE PRODUCTS (One Touch)	
liothyronine	
lisinopril	
lisinopril/ hydrochlorothiazide	
lithium carbonate	
loperamide	
oratadine OTC	
loratadine/pseudoephedrine OTC	

ЛЕГЕНДА

ПУ = необходимо предварительное утверждение

СТ = необходима ступенчатая терапия

Прописные буквы = название торговой марки

ОД = ограничения доз

Строчные буквы = общее название

Формуляр рецептурных лекарственных средств UPMC for You (продолжение)

НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА	КОД
lorazepam	ОД (упаковок/месяц)
lovastatin	
low-ogestrel	
loxapine	СТ (детям до 12 лет)
LUCENTIS	ПУ
LUMIZYME	ПУ
LUPRON	ПУ, ОД
LUPRON DEPOT	ПУ, ОД
LUPRON DEPOT-PED	ПУ, ОД
LYRICA	ПУ, ОД
LYSTEDA	ПУ, ОД
MAKENA	ПУ
malathion	
MATULANE	
MAXALT	СТ, ОД
MAXALT MLT	СТ, ОД
mebendazole	
meclizine	
medroxyprogesterone	
medroxyprogesterone injection	ОД
mefloquine	
megestrol acetate	
meloxicam	
meperidine	ОД (упаковок/месяц)
MEPHYTON	
MEPRON	
mercaptopurine	
mesalamine	
metformin	
metformin ER	
methadone	
methazolamide	
methenamine	
methimazole	
methocarbamol	
methotrexate	
methyl dopa	

НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА	КОД
methylergonovine	
methylphenidate	ОД
methylphenidate ER	ОД
methylphenidate SR	ОД
methylprednisolone	
metoclopramide	
metolazone	
metoprolol	
metronidazole	
mexiletine	
miconazole	
midodrine	
minocycline	
minoxidil	
mirtazapine	
misoprostol	
MOBAN	СТ (детям до 12 лет)
mometasone	
mononessa	
morphine sulfate	ОД (упаковок/месяц)
morphine sulfate sustained release	ОД, ОД (упаковок/месяц)
MOZOBIL	ПУ, ОД
MULTAQ	
multivitamin/fluoride/iron	
mupirocin	
mycophenolate	
MYOBLOC	ПУ, ОД
MYOZYME	ПУ
nadolol	
NAGLAZYME	ПУ
naltrexone	
NAMENDA	ПУ
naproxen	
naratriptan	ОД
nateglinide	
necon	
nefazodone	

ЛЕГЕНДА

ПУ = необходимо предварительное утверждение
 СТ = необходима ступенчатая терапия
 Прописные буквы = название торговой марки

ОД = ограничения доз

Строчные буквы = общее название

Формуляр рецептурных лекарственных средств UPMC for You (продолжение)

НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА	КОД
neomycin sulfate	
neomycin/polymixin b/ bacitracin	
neomycin/polymixin b/ hydrocortisone	
NEULASTA	ПУ
NEUPOGEN	ПУ
NEXAVAR	ПУ, ОД
niacin	
nicotine gum, lozenges, patches	ОД
Nicotrol inhaler (ингалятор)	ОД
Nicotrol nasal spray (спрей для носа)	ОД
nifedipine	
nimodipine	
nisoldipine	
nitrofurantoin macrocrystals	
nitroglycerin	
nizatidine	
NIZORAL A-D	
nora-BE	
norethindrone	
nor-QD	
nortriptyline	
NORVIR	
NPLATE	ПУ
NUEDEXTA	ПУ, ОД
NULOJIX	ПУ
NUVARING	ОД
NUVIGIL	ПУ, ОД
nystatin	
nystatin/triamcinolone	
ocella	
ofloxacin	
OFORTA	ПУ
omeprazole OTC	ОД
ondansetron	ОД
ONGLYZA	СТ

НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА	КОД
ONSOLIS	ПУ, ОД, ОД (упаковок/ месяц)
OPANA ER	ОД, ОД (упаковок/месяц)
ORAP	СТ (детям до 12 лет)
ORENCIA	ПУ
ORFADIN	ПУ
ortho-est	
oxazepam	ОД (упаковок/месяц)
OXSORALEN	
oxybutynin	
oxybutynin ER	
oxycodone	ОД (упаковок/месяц)
oxycodone/acetaminophen	ОД, ОД (упаковок/ месяц)
oxycodone/aspirin	ОД, ОД (упаковок/ месяц)
oxycodone/ibuprofen	ОД, ОД (упаковок/ месяц)
oxymetazoline	
oxymorphone	ОД (упаковок/месяц)
oxymorphone ER	ОД, ОД (упаковок/месяц)
pantoprazole	ОД
papain/urea	
paromomycin	
paroxetine	
paroxetine CR	ОД
peg 3350/electrolytes	
peg 3350/sodium bicarbonate/sodium chloride/potassium chloride	
PEGASYS	ПУ, ОД
PEG-INTRON	ПУ, ОД
penicillin VK	
pentoxifylline	
permethrin	
perphenazine	СТ (детям до 12 лет)
phenazopyridine	
phenobarbital	
phenylephrine	
phenytoin	
pilocarpine	

ЛЕГЕНДА

ПУ = необходимо предварительное утверждение
СТ = необходима ступенчатая терапия
Прописные буквы = название торговой марки

ОД = ограничения доз

Строчные буквы = общее название

Формуляр рецептурных лекарственных средств UPMC for You (продолжение)

НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА	КОД
pindolol	
piroxicam	
PLAVIX	
podofilox	
polymixin B/bacitracin	
portia	
potassium bicarbonate/ citrate	
potassium chloride	
potassium citrate	
PRADAXA	
pramipexole	
pramox	
PRANDIN	
pravastatin	
prazosin	
prednisolone	
prednisone	
PREMARIN	
PREMARIN CREAM	
PREMPHASE	
PREMPRO	
PREZISTA	
primaquine	
primidone	
PROAIR HFA	ОД
probenecid	
procainamide	
prochlorperazine	
PROCRIT	ПУ
PROLASTIN	ПУ
PROLASTIN-C	ПУ
PROLIA	ПУ, ОД
PROMACTA	ПУ, ОД
promethazine	
promethazine/codeine	ОД (упаковок/ месяц)
propafenone	
propranolol	

НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА	КОД
propranolol/ hydrochlorothiazide	
propylthiouracil	
PROTOPIC	ПУ
PROVENGE	ПУ, ОД
PROVIGIL	ПУ, ОД
PULMOZYME	ПУ, ОД
pyrazinamide	
pyrethrins/piperonyl butoxide	
pyridostigmine	
quinapril	
quinapril/ hydrochlorothiazide	
quinidine	
QVAR	
ramipril	
RANEXA	
ranitidine	
RAPAMUNE	ПУ
REBIF	ОД
RECLAST	ПУ, ОД
REGRANEX	ОД
RELENZA	ОД
RELISTOR	ПУ
REMICADE	ПУ
REMODULIN	ПУ
RENAGEL	
REVELA	
RESCRIPTOR	
REVATIO	ПУ, ОД
REVLIMID	ПУ, ОД
REYATAZ	
ribavirin	ОД
RIDAURA	
rifampin	
rimantadine	
RISPERDAL CONSTA	ПУ, ОД
risperidone	ОД (СТ для детей до 12 лет)

ЛЕГЕНДА

ПУ = необходимо предварительное утверждение
СТ = необходима ступенчатая терапия
Прописные буквы = название торговой марки

ОД = ограничения доз

Строчные буквы = общее название

Формуляр рецептурных лекарственных средств UPMC for You (продолжение)

НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА	КОД
RITUXAN	ПУ, ОД
rivastigmine	ПУ
ropinirole	
salsalate	
SAMSCA	ПУ, ОД
SANDOSTATIN LAR DEPOT	ПУ, ОД
SANTYL	
SAVELLA	ПУ, ОД
selegiline	
selenium sulfide	
SELZENTRY	
SEREVENT DISKUS	
SEROQUEL	ПУ, ОД (СТ для детей до 12 лет)
SEROSTIM	ПУ
sertraline	
silver sulfadiazine	
simvastatin	
SINGULAIR	СТ, ОД
sodium fluoride	
sodium polystyrene sulfonate	
SOMATULINE DEPOT	ПУ, ОД
SOMAVERT	ПУ, ОД
SORIATANE СК	
sotalol	
SPIRIVA	
spironolactone	
spironolactone/ hydrochlorothiazide	
sprintec	
SPRYCEL	ПУ, ОД
stavudine	
STELARA	ПУ, ОД
STRATTERA	ОД
SUBOXONE	ПУ, ОД
SUCRAID	ПУ
sucralfate	
sulfacetamide	

НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА	КОД
sulfamethoxazole/ trimethoprim	
sulfasalazine	
sulfisoxazole	
sulindac	
sumatriptan	ОД
SUPPRELIN LA	ПУ, ОД
SUSTIVA	
SUTENT	ПУ, ОД
SYLATRON	ПУ
SYMBICORT	
SYMBYAX	ПУ, ОД
SYMLIN	СТ, ОД
SYNAGIS	ПУ, ОД
SYNAREL	ПУ, ОД
SYNVISC	ПУ, ОД
tacrine	
tacrolimus	
TAMIFLU	ОД
tamoxifen	
tamsulosin	
TARCEVA	ПУ, ОД
TARGRETIN	ПУ
TASIGNA	ПУ, ОД
temazepam	ОД (упаковок/ месяц)
TEMODAR	ПУ
terazosin	
terbinafine	ОД
terbutaline	
terconazole	
tetracycline	
TEV-TROPIN	ПУ
THALOMID	ПУ, ОД
theophylline	
thiethylperazine	
thioguanine	
thioridazine	СТ (детям до 12 лет)
thiothixene	СТ (детям до 12 лет)

ЛЕГЕНДА

ПУ = необходимо предварительное утверждение
СТ = необходима ступенчатая терапия
Прописные буквы = название торговой марки

ОД = ограничения доз

Строчные буквы = общее название

Формуляр рецептурных лекарственных средств UPMC for You (продолжение)

НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА	КОД
thyroid	
THYROLAR	
ticlopidine	
timolol	
tizanidine	
TOBI	ОД
tobramycin	
tolnaftate (толнафтат)	
topiramate	ОД
toremide	
TRACLEER	ПУ, ОД
tramadol	ОД
tramadol/acetaminophen	ОД
trandolapril	
trazodone	
TRELSTAR	ПУ, ОД
tretinoin	ПУ (от 35 лет и старше)
TREXALL	
trezix	
triamcinolone	
triamterene/ hydrochlorothiazide	
triazolam	ОД (упаковок/месяц)
trifluoperazine	СТ (детям до 12 лет)
trifluridine	
trihexyphenidyl	
trimethoprim	
trinessa	
tri-previfem	
tri-sprintec	
trivora	
TRIZIVIR	
tropium	
TRUVADA	
trypsin/balsalm/castor oil	
TYKERB	ПУ, ОД
TYSABRI	ПУ, ОД
TYVASO	ПУ

НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА	КОД
ursodiol	
valacyclovir	ОД
VALCYTE	
valproic acid	
VANCOCIN	
VANTAS	ПУ, ОД
VELETRI	ПУ
velivet	
venlafaxine	
Venlafaxine ER в капсулах	СТ, ОД
VENTAVIS	ПУ
VENTOLIN HFA	ОД
verapamil	
VIADUR	ПУ
VICTRELIS	ПУ
VIDEX	
VIRACEPT	
VIRAMUNE	
VIRAMUNE XR	
VIREAD	
vitamin A,D,C/fluoride/iron	
vitamin B complex,C/folic acid	
voriconazole	ОД
VOTRIENT	ПУ, ОД
VPRIV	ПУ
warfarin	
XELODA	ПУ
XENAZINE	ПУ, ОД
XEOMIN	ПУ, ОД
XGEVA	ПУ, ОД
XIFAXAN	ПУ, ОД
XOLAIR	ПУ, ОД
XYREM	ПУ, ОД
zaleplon	
ZAVESCA	ПУ
ZEMAIRA	ПУ
ZETIA	

ЛЕГЕНДА

ПУ = необходимо предварительное утверждение
 СТ = необходима ступенчатая терапия
 Прописные буквы = название торговой марки

ОД = ограничения доз

Строчные буквы = общее название

Формуляр рецептурных лекарственных средств UPMC for You (продолжение)

НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА	КОД
ZIAGEN	
zidovudine	
ZOLADEX	ПУ, ОД
ZOLINZA	ПУ, ОД
zolpidem	
ZORBTIVE	ПУ
ZORTRESS	ПУ

НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА	КОД
zovia	
ZYPREXA	ПУ (2,5 мг, 5 мг), ОД, СТ (детям до 12 лет)
ZYTIGA	ПУ
ZYVOX	ОД

ЛЕГЕНДА

ПУ = необходимо предварительное утверждение

ОД = ограничения доз

СТ = необходима ступенчатая терапия

Прописные буквы = название торговой марки

Строчные буквы = общее название

Формуляр безрецептурных лекарственных средств UPMC for You

Ниже представлен список некоторых наиболее часто используемых безрецептурных лекарственных средств, доступных во всех формах (например: таблетки, жидкость, мазь, крем, лосьон) и концентрациях (например: для взрослых, для детей). Безрецептурные препараты общего типа покрываются программой UPMC for You по рецепту от Вашего лечащего врача. Если препарата общего типа нет в наличии, расходы на безрецептурный препарат определенной торговой марки покрывает программа UPMC for You. Перечисленные названия торговых марок даны только в справочных целях.

Категория	Общее название	Пример торговой марки
Акне	benzoyl peroxide	Panoxyl, Benoxyl
Анальгетики	acetaminophen and combinations	Tylenol, Feverall, Little Fevers
	aspirin и комбинации	Ecotrin, Bayer
	ibuprofen и комбинации	Motrin, Advil
	naproxen	Aleve
Антациды	aluminum hydroxide	Alternagel, Alu-cap, Alu-tab
	aluminum/magnesium	Mylanta, Maalox Advanced, Gaviscon
	calcium carbonate	Tums, Maalox
	calcium carbonate/magnesium hydroxide	Mylanta Supreme, Rolaid
	cimetidine	Tagamet
	famotidine	Pepcid
	ranitidine	Zantac
	nizatidine	Axid
	omeprazole OTC	Prilosec OTC
	lansoprazole	Prevacid 24 часа
Антидиарейные	bismuth subsalicylate	Kaopectate, Pepto-Bismol
	loperamide	Imodium A-D
Ветрогонное средство	simethicone	Gas-X, Phazyme, Mylicon
Антигистаминные	chlorpheniramine	Chlor-trimeton, Aller-chlor
	diphenhydramine	Benadryl
	loratadine	Claritin, Alavert, Tavist-ND
	cetirizine	Zyrtec
	fexofenadine	Allegra
Противоотечные средства	pseudoephedrine	Sudafed
	phenylephrine	Sudafed-PE
Комбинации антигистаминных/противоотечных средств	loratadine/pseudoephedrine	Claritin-D, Alavert-D
	cetirizine/pseudoephedrine	Zyrtec-D

Формуляр безрецептурных лекарственных средств UPMC for You (продолжение)

Категория	Общее название	Пример торговой марки
Противорвотные средства	bismuth subsalicylate	Kaopectate, Pepto-Bismol
	dimenhydrinate	Dramamine, Draminate
	meclizine	Dramamine Less Drowsy, Bonine
	sugar/orthophosphoric acid	Emetrol
Противопростудные/противокашлевые средства	guaifenesin	Mucinex
	guaifenesin/dextromethorphan	Robitussin DM, Mucinex-D
Диабет	blood glucose monitors (глюкометры)	One Touch, Ascensia
	test strips (тестовые полоски)	One Touch Test Strips, Ascensia Test Strips
	lancets (ланцеты)	One Touch Ultrasoft Lancets, Ascensia Microlet Lancets
	glucose tablets (глюкоза в таблетках)	
	insulin (инсулин)	Humulin R, Humulin N, Humulin 70/30 (ампулы)
	insulin syringes (инсулиновые шприцы)	BD Syringes
	alcohol swabs (спиртовые тампоны)	BD Alcohol Swabs
Слабительные средства	magnesium hydroxide (гидроксид магния)	Milk of Magnesia
	bisacodyl	Dulcolax
	docusate and combinations	Colace, DocuSoft, Peri-colace
	laxative enemas (слабительные клизмы)	Fleets
	psyllium (подорожник)	Metamucil, Fiberall
	polyethylene glycol (полиэтиленгликоль)	Miralax, Dulcolax Balance
	senna (сенна)	Senokot, Ex-lax
	Назальные препараты	oxymetazoline
saline		Ocean Nasal Spray, Ayr, Simply Saline
phenylephrine		Neo-Synephrine, Vick's Sinex
Акушерство/Гинекология	clotrimazole	Gyne-Lotrimin-3, Gyne Lotrimin-7
	miconazole	Monistat
	tioconazole	Vagistat-1
	condoms, male (презервативы, мужские)	Trojan, Durex
	condoms, female (презервативы, женские)	Trojan, FC
	contraceptive devices (контрацептивные средства)	Today Sponge, Diaphragms (диафрагмы) (Ortho, Koro-Flex, Koromex Coil, Wide Seal), Cervical Caps (шеечные колпачки)

Формуляр безрецептурных лекарственных средств UPMC for You (продолжение)

Категория	Общее название	Пример торговой марки
	contraceptive foam (контрацептивная пена)	Delfen
Офтальмологические препараты	cellulose derivatives (производные целлюлозы)	Refresh, GenTeal, Systane
	phenylephrine	OcuNefrin
	polyvinyl alcohol (поливиниловый спирт)	Hypotears
	sodium chloride (хлорид натрия)	Muro-128
Средства для помощи при отказе от курения	nicotine gum (никотиновая жев. резинка)	Nicorette
	nicotine lozenges (никотиновые леденцы)	Commit
	nicotine patch (никотиновый пластырь)	Nicoderm CQ
Антибактериальные препараты	bacitracin (бацитрацин)	Baciguent
	triple antibiotic (тройной антибиотик)	Neosporin
	povidone-iodine (повидон-йод)	Betadine
Анестетики	benzocaine (бензокаин)	Orajel, Anbesol
	dibucaine	Nupercainal
Противовоспалительные	hydrocortisone	Cortaid, Cortizone-10
Дерматологические ванны	colloidal oatmeal (коллоидная овсяная мука)	Aveeno
Фунгициды	clotrimazole	Lotrimin AF
	miconazole	Micatin, Zeasorb-AF
	tolnaftate (толнафтат)	Tinactin, Ting
	terbinafine	Lamisil-AT
	salicylic acid (салициловая кислота)	Duofilm, Compound W
Ректальные препараты	hydrocortisone	Preparation H, Anusol
	zinc oxide (цинк оксид)	Desitin, Balmex
Влажные компрессы	aluminum/calcium acetate	Domeboro
Скабициды/ Педикулициды	permethrin	Nix, Rid Spray
	piperonyl butoxide (пиперонилбутоксид)	Pronto, Rid Shampoo

Формуляр безрецептурных лекарственных средств UPMC for You (продолжение)

Категория	Общее название	Пример торговой марки
Витамины/Минералы	vitamins (ie B-complex, cyanocobalamin, thiamine)/витамины (комплекс-В, цианокобаламин, тиамин)	
	calcium and combinations (кальций и комбинации)	Oscal, Oscal-D, Caltrate, Citracal
	folic acid	
	iron supplements (добавки с железом)	Fer-in-sol, Feosol, Slow FE
	multivitamins (мультивитамины)	Centrum, One-A-Day, Poly-Vi-Sol
	prenatal vitamins (витамины для беременных)	Stuartnatal
	niacin	Slo-niacin
	electrolyte solution (раствор электролита)	Pedialyte

Справочник по торговым маркам/общим названиям

Ниже приведен список наиболее распространенных препаратов, выписываемых участникам. Этот список можно использовать для определения общего названия для известных торговых марок.

Эта программа управляемой медицинской помощи может не покрывать все ваши затраты на медицинское обслуживание. В случае возникновения вопросов звоните представителям Отдела обслуживания участников программы UPMC for You по телефону 1-800-286-4242. Просим пользователей телефонных устройств с текстовым выходом (TTY) звонить по бесплатному телефону 1-800-361-2629.

Торговая марка	Общее название
Accupril	quinapril
Accuretic	quinapril/HCTZ
Accutane	claravis, amnesteem
Adderall/Adderall XR	amphetamine salt combo
Aldactone	spironolactone
Alesse-28	aviane
Allegra	fexofenadine
Amaryl	glimepiride
Ambien	zolpidem
Amoxil	amoxicillin
Antivert	meclizine
Arava	leflunomide
Aricept	donepezil
Arixtra	fondaparinux
Aromasin	exemestane
Astelin	azelastine
Atarax	hydroxyzine
Ativan	lorazepam
Augmentin	amoxicillin/clavulanate
Bactrim	sulfamethoxazole/ trimethoprim
Bactroban	mupirocin
Benadryl	diphenhydramine
Bentyl	dicyclomine
Betapace	sotalol
Biaxin	clarithromycin
Capoten	captopril
Carafate	sucralfate
Cardura	doxazosin
Casodex	bicalutamide
Ceftin	cefuroxime
Celexa	citalopram
Cellcept	mycophenolate
Cipro	ciprofloxacin
Claritin	loratadine

Торговая марка	Общее название
Claritin-D	loratadine/pseudoephedrine
Cleocin	clindamycin phosphate
Clinoril	sulindac
Catapres	clonidine
Clozaril	clozapine
Colestid	colestipol
Compazine	prochlorperazine
Concerta	methylphenidate ER
Cordarone	amiodarone
Coreg	carvedilol
Coumadin	warfarin
Deltasone	prednisone
Depakote DR/ Depakote ER	divalproex sodium
Desyrel	trazodone
Dexedrine	dextroamphetamine sulfate
Diabeta	glyburide
Diflucan	fluconazole
Diprolene	betamethasone dipropionate
Ditropan	oxybutynin
Ditropan XL	oxybutynin ER
Duragesic	fentanyl patch
Duricef	cefadroxil
Effexor	venlafaxine
Effexor XR	venlafaxine ER
Elavil	amitriptyline
Elocon	mometasone furoate
Ery-tab	erythromycin
Eskalith	lithium carbonate
Feldene	piroxicam
Femara	letrozole
Flagyl	metronidazole
Flexeril	cyclobenzaprine
Flonase	fluticasone propionate
Fosamax	alendronate

Справочник по торговым маркам/общим названиям (продолжение)

Торговая марка	Общее название
Glucophage	metformin
Glucotrol	glipizide
Halcion	triazolam
Haldol	haloperidol
Hytone	hydrocortisone
Hytrin	terazosin
Imdur	isosorbide mononitrate
Imitrex	sumatriptan
Imuran	azathioprine
Inderal	propranolol
Indocin	indomethacin
Keflex	cephalexin
Kenalog	triamcinolone acetonide
Klonopin	clonazepam
Lamictal	lamotrigine
Lamisil	terbinafine
Lanoxin	digoxin
Lasix	furosemide
Levsin	hyoscyamine
Lodine	etodolac
Lomotil	diphenoxylate/atropine
Lopid	gemfibrozil
Lotensin	benazepril
Lotensin HCT	benazepril/HCTZ
Lotrel	amlodipine/benazepril
Mevacor	lovastatin
Minipress	prazosin
Minocin	minocycline
Mobic	meloxicam
Motrin	ibuprofen
MS Contin	morphine sulfate ER
Naprosyn	naproxen
Neurontin	gabapentin
Nicoderm	nicotine patch (никотиновый пластырь)
Nicorette	nicotine gum (никотиновая жев. резинка)
Nizoral	ketoconazole
Nolvadex	tamoxifen
Nordette	portia
Norvasc	amlodipine
Opana	oxymorphone
Ortho Tri-Cyclen	tri-sprintec, trinessa

Торговая марка	Общее название
Ortho-Cyclen	sprintec
Oxy IR	oxycodone
Pamelor	nortriptyline
Paxil	paroxetine
Pepcid	famotidine
Percocet	oxycodone/acetaminophen
Peridex	chlorhexidine gluconate
Plaquenil	hydroxychloroquine
Pravachol	pravastatin
Precose	acarbose
Prilosec OTC	omeprazole OTC
Principen	ampicillin
Prinivil	lisinopril
Prinzide	lisinopril/HCTZ
Procardia	nifedipine
Prograf	tacrolimus
Proscar	finasteride
Prozac	fluoxetine
Questran/Questran Light	cholestyramine
Reglan	metoclopramide
Remeron	mirtazapine
Requip	ropinirole
Restoril	temazepam
Retin-A	tretinoin
Risperdal	risperidone
Ritalin	methylphenidate
Soma	carisoprodol
Sporanox	itraconazole
Sumycin	tetracycline
Synthroid	levothyroxine
Tagamet	cimetidine
Tegretol	carbamazepine
Tenex	guanfacine
Tenoretic	atenolol/chlorthalidone
Tenormin	atenolol
Topamax	topiramate
Tylenol #3	acetaminophen with codeine
Ultram	tramadol
Valium	diazepam
Vaseretic	enalapril/HCTZ
Vasotec	enalapril
Veetids	penicillin V potassium

Справочник по торговым маркам/общим названиям (продолжение)

Торговая марка	Общее название
Vfend	voriconazole
Vibramycin	doxycycline hyclate
Vicodin	hydrocodone/ acetaminophen
Voltaren	diclofenac
Wellbutrin	bupropion
Xalatan	latanoprost

Торговая марка	Общее название
Xanax	alprazolam
Zantac	ranitidine
Zithromax	azithromycin
Zocor	simvastatin
Zofran	ondansetron
Zoloft	sertraline
Zovirax	acyclovir
Zyloprim	allopurinol

UPMC *for You*

Филиал UPMC Health Plan

One Chatham Center
112 Washington Place
Pittsburgh, PA 15219

www.upmchealthplan.com

Эта программа управляемой медицинской помощи может не покрывать все ваши затраты на медицинское обслуживание.

Если возникнут вопросы, звоните в Отдел обслуживания участников программы UPMC *for You* по номеру 1-800-286-4242.

Просим пользователей телефонных устройств с текстовым выходом (TTY) звонить по бесплатному телефону 1-800-361-2629.