

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

فهرست داروهای تحت پوشش 2027 (لیست داروها یا فهرست دارویی)

لطفا بخوانید: این سند حاوی اطلاعاتی در مورد داروهایی است که ما در این طرح پوشش می دهیم

این فهرست دارویی در تاریخ 09/01/2026 به روز شد.

برای اطلاعات جدیدتر یا سایر سوالات، با ما از طریق شماره **1-877-412-2734** (TTY 711)، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید یا به www.caloptima.org/OneCare مراجعه کنید.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

فهرست داروهای تحت پوشش 2027 (لیست داروها یا فهرست دارویی)

مقدمه

این سند فهرست داروهای تحت پوشش (همچنین به عنوان فهرست دارویی نیز شناخته می شود) نامیده می شود. این فهرست به شما اطلاع می دهد که کدام داروهای تجویزی تحت پوشش CalOptima Health OneCare Complete هستند. فهرست دارو همچنین به شما می گوید که آیا قوانین یا محدودیت خاصی در مورد داروهای تحت پوشش CalOptima Health OneCare Complete وجود دارد یا خیر. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

فهرست مطالب

- A. اعلامیه سلب مسئولیت 4
- B. (FAQ) پرسشهای متداول 10
- B1. چه داروهای تجویزی در فهرست داروهای تحت پوشش قرار دارند؟ (ما فهرست داروهای تحت پوشش را به اختصار «فهرست داروها» می نامیم). 10
- B2. آیا فهرست دارویی هرگز تغییر می کند؟ 11
- B3. وقتی تغییری در فهرست داروها ایجاد می شود چه اتفاقی می افتد؟ 11
- B4. آیا محدودیت یا ممنوعیتی در پوشش دارویی یا اقدامات لازم برای تهیه داروهای خاص وجود دارد؟ 13
- B5. چطور می توانم متوجه شوم داروی مورد نظرم محدودیت مصرف دارد یا اینکه برای تهیه دارو باید اقدامات لازم را انجام دهم؟ 13
- B6. اگر CalOptima Health OneCare Complete قوانین خود را در مورد نحوه پوشش برخی داروها (مثلاً مجوز قبلی، محدودیت های مقدار و/یا محدودیت های درمان مرحله ای) تغییر دهد، چه اتفاقی می افتد؟ 14
- B7. چگونه می توانم دارویی را در فهرست داروها پیدا کنم؟ 14
- B8. اگر دارویی که می خواهم مصرف کنم در فهرست داروها نباشد، چه می شود؟ 14
- B9. اگر من یک عضو جدید CalOptima Health OneCare Complete باشم و نتوانم داروی خود را در فهرست داروها پیدا کنم یا در تهیه آن مشکل داشته باشم، چه باید بکنم؟ 15
- B10. آیا می توانم برای پوشش دارویم درخواست استثنا کنم؟ 16
- B11. چگونه می توانم درخواست استثنا بدهم؟ 16

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



- B12. دریافت استثنا چه مدت طول می کشد؟..... 16
- B13. معنی داروهای داروهای ژنریک (بدون نام تجاری) چیست؟..... 17
- B14. محصولات بیولوژیکی اصلی چیستند و چه ارتباطی با بیوسیمیلارها دارند؟..... 17
- B15. داروهای بدون نسخه (OTC) چیستند؟..... 17
- B16. آیا CalOptima Health OneCare Complete محصولات غیر دارویی بدون نسخه را پوشش می دهد؟..... 17
- B17. آیا CalOptima Health OneCare Complete هزینه های یک منبع بلندمدت داروهای تجویزی را پوشش می دهد؟..... 18
- B18. آیا می توانم داروهای تجویزی را از داروخانه محلی ام درب منزل تحویل بگیرم؟..... 18
- B19. سهم هزینه من چقدر است؟..... 18
- C. مرور کلی فهرست داروهای تحت پوشش..... 19
- C1. فهرست داروها بر اساس وضعیت پزشکی..... 20
- D. فهرست داروهای تحت پوشش..... I-1

اگر سؤالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



A. اعلامیه سلب مسئولیت

این لیستی از داروهایی است که اعضا می توانند در CalOptima Health OneCare Complete دریافت کنند.

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan Advantage تحت قرارداد با Medicare و Medi-Cal است. ثبت نام در برنامه CalOptima Health OneCare به تمدید قرار بستگی دارد. با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare با شماره رایگان **1-877-412-2734 (TTY 711)**، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. به وبسایت ما در این آدرس سر بزنید www.caloptima.org/OneCare.

❖ شما همیشه می توانید فهرست بهروز داروهای تحت پوشش CalOptima Health OneCare Complete را به صورت آنلاین در www.caloptima.org/OneCare بررسی کنید یا با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

❖ شما می توانید این اطلاعات را به زبانهای دیگر یا در قالبهای دیگر مانند چاپ درشت، بریل و صوتی بطور رایگان دریافت نمایید. اطلاعات تماس: با شماره تلفن **1-877-412-2734 (TTY 711)**، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. این مطالب به صورت رایگان به زبانهای اسپانیایی، ویتنامی، فارسی، کره‌ای، چینی، عربی یا روسی موجود است.

اطلاعیه در مورد دسترسی به خدمات کمک زبانی و وسایل کمکی و خدماتی

English

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-877-412-2734 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-877-412-2734 (TTY: 711). These services are free of charge.

العربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-877-412-2734 (TTY: 711)**. توفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ **1-877-412-2734 (TTY: 711)**. هذه الخدمات مجانية.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-877-412-2734 (TTY: 711)**: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1-877-412-2734 (TTY: 711)**: Այդ ծառայություններն անվճար են

简体中文 (Simplified Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-877-412-2734 (TTY: 711)**。我们另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和大字体阅读，提供您方便取用。请致电 **1-877-412-2734 (TTY: 711)**。这些服务都是免费的。

繁體中文 (Traditional Chinese)

注意：如果您需要以您的語言獲得幫助，請致電 **1-877-412-2734 (TTY 711)**。為殘障人士也提供幫助和服務，例如盲文和大字體的文件。致電 **1-877-412-2734 (TTY 711)**。這些服務是免費的。

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-877-412-2734 (TTY: 711)**। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੋਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-877-412-2734 (TTY: 711)** ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-877-412-2734 (TTY: 711)** पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-877-412-2734 (TTY: 711)** पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-877-412-2734 (TTY: 711)**. 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 **1-877-412-2734 (TTY: 711)**. 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 **1-877-412-2734 (TTY: 711)** 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。 **1-877-412-2734 (TTY: 711)** 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 **1-877-412-2734 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-877-412-2734 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາ
ຈຳນວນ **1-877-412-2734** (TTY: **711**).

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເລະການບໍລິການສູ່ລັບຊົນພິການ
ເພື່ອເອກະສານທັງເປັນອັກສອນນັ້ນເລະມີໂຕພມໃຫຍ່
ໃຫ້ໂທຫາຈຳນວນ **1-877-412-2734** (TTY: **711**).

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 **1-877-412-2734** (TTY:
711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong
bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux
longc benx nzangc-pokc bun hluc mbiutc aengx caux
aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun
longc. Douc waac daaih lorx **1-877-412-2734** (TTY:
711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se
benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណុះ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ

របស់អ្នក សូម

ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-877-412-2734**

(TTY: **711**) ។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ

ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផ្សេងៗ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក

ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរព្រមព្រ័ង ក៏អាចរកបានផងដែរ។

ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-877-412-2734** (TTY: **711**) ។

សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY 711)، از 8 صبح

تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این

تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با
1-877-412-2734 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات
مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف
بزرگ، نیز موجود است. با **1-877-412-2734 (TTY: 711)** تماس بگیرید.
این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-877-412-2734 (линия TTY 711)**. Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-877-412-2734 (линия TTY 711)**. Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-877-412-2734 (TTY: 711)**. También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-877-412-2734 (TTY: 711)**. Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-877-412-2734 (TTY: 711)**. Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-877-412-2734 (TTY: 711)**. Libre ang mga serbisyonang ito.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-877-412-2734 (TTY: 711)** นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-877-412-2734 (TTY: 711)** ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-877-412-2734 (TTY: 711)**. Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-877-412-2734 (TTY: 711)**. Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-877-412-2734 (TTY: 711)**. 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 **1-877-412-2734 (TTY: 711)**. Các dịch vụ này đều miễn phí.

❖ شما همچنین می‌توانید برای دریافت مطالب به زبان مورد نظر خود و/یا قالب جایگزین یک درخواست دائمی ارائه دهید:

○ برای درخواست دائمی مطالب به زبان آستانه یا فرمت جایگزین، با شماره تلفن پایین صفحه یا با دسترسی به پورتال امن آنلاین اعضا به آدرس <https://member.caloptima.org/#/user/login> با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

○ ما درخواست دائمی شما را در سیستم خود حفظ می‌کنیم و برای ارسال اطلاعات و مکاتبات در آینده استفاده شود

اگر سؤالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



- برای لغو یا ایجاد تغییر در درخواست جاری خود، لطفاً با خدمات مشتریان با شماره **1-877-412-2734** (TTY 711)، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

B. پرسشهای متداول (Frequently Asked Questions, FAQ)

پاسخ سوالات خود در مورد این فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست داروها) را اینجا بیابید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا جستجوی پرسش و پاسخ، می‌توانید تمام پرسشهای متداول را بخوانید.

B1. چه داروهایی در لیست داروهای تحت پوشش قرار دارند؟ (ما فهرست داروهای تحت پوشش را به اختصار «فهرست دارو» می‌نامیم.)

داروهای موجود در فهرست دارویی که با بخش C1 شروع می‌شوند، داروهای تحت پوشش CalOptima Health OneCare Complete هستند. این داروها در داروخانه‌های زیر شبکه ما در دسترس هستند. یک داروخانه در صورتی زیر شبکه ما خواهد بود، گر با آنها توافق کنیم که با ما کار کنند و خدماتی را به شما ارائه دهند. ما به این داروخانه‌ها «داروخانه‌های شبکه» می‌گوییم.

سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه (over-the-counter, OTC) و برخی ویتامین‌ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به وب سایت (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 1-800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی عضویت (Medi-Cal (Beneficiary Identification Card, BIC خود را همراه داشته باشید.

- CalOptima Health OneCare Complete تمام داروهای ضروری پزشکی موجود در فهرست دارویی را پوشش می‌دهد اگر:

- پزشک یا سایر تجویزکننده‌ها تشخیص داده اند که برای بهبود یا سالم ماندن به آنها نیاز دارید،
- CalOptima Health OneCare Complete موافقت می‌کند که دارو از نظر پزشکی برای شما ضروری است، و
- شما نسخه را در یک داروخانه تحت قرارداد شبکه CalOptima Health OneCare Complete پر می‌کنید.

- در برخی موارد، قبل از دریافت دارو، باید اقداماتی را انجام دهید. برای اطلاعات بیشتر لطفاً به بخش B4 مراجعه کنید.

همچنین می‌توانید فهرست بهروز داروهایی که ما پوشش می‌دهیم را در وبسایت ما به آدرس www.caloptima.org/OneCare پیدا کنید یا با خدمات مشتریان با شماره **1-877-412-2734** (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



B2. آیا فهرست دارویی هرگز تغییر می کند؟

بله، و CalOptima Health OneCare Complete باید هنگام ایجاد تغییرات از قوانین Medicare و Medi-Cal پیروی کند. ممکن است در طول سال داروهایی را در فهرست دارویی اضافه یا حذف کنیم.

ما همچنین ممکن است قوانین خود را در مورد داروها تغییر دهیم. به عنوان مثال، ما می توانیم:

- تصمیم بگیریم که نیاز به مجوز قبلی برای یک دارو وجود داشته باشد یا خیر. (مجوز قبلی، مجوزی از CalOptima Health OneCare Complete قبل از دریافت دارو است.)
- مقدار دارویی را که می توانید دریافت کنید اضافه کنیم یا تغییر دهیم (به نام محدودیت های مقدار).
- محدودیت های مرحله درمانی را در زمینه یک دارو اضافه کنیم یا تغییر دهیم. (درمان مرحله ای به این معنی است که شما باید قبل از اینکه داروی دیگری را پوشش دهیم، یک داروی توصیه شده را امتحان کنید.)

برای اطلاعات بیشتر در مورد این قوانین دارویی، به سوال B4 مراجعه کنید.

اگر دارویی مصرف می کنید که در ابتدای سال تحت پوشش بوده است، ما معمولاً در ادامه سال پوشش آن دارو را تغییر نداده یا حذف نمی کنیم مگر اینکه:

- یک داروی جدید و ارزان تر به بازار عرضه شود که به خوبی یک داروی موجود در فهرست دارویی فعلی عمل کند، یا
- ما متوجه می شویم که یک دارو بی خطر نیست، یا
- با خبر شویم که دارویی از بازار حذف شده است

سوالات B3 و B6 در زیر اطلاعات بیشتری در مورد انتظاراتی که هنگام تغییر در فهرست داروها باید داشته باشید، به شما می دهند.

- همیشه می توانید فهرست دارویی به روز CalOptima Health OneCare Complete را به صورت آنلاین در www.caloptima.org/OneCare بررسی کنید. به روزرسانی های فهرست داروها ماهانه در وبسایت منتشر می شود.

همچنین می توانید با خدمات مشتریان تماس بگیرید: با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تا از فهرست دارویی جدید مطلع شوید.

B3. وقتی تغییری در فهرست داروها ایجاد می شود، چه اتفاقی می افتد؟

برخی تغییرات در فهرست داروها فوراً اتفاق خواهد افتاد. برای مثال:

- جایگزینی برخی از نسخه های جدید داروها. اگر داروها را با نسخه های جدید خاصی از آن دارو جایگزین کنیم، ممکن است فوراً آنها را از فهرست داروها حذف کنیم، اما هزینه شما برای داروی جدید همچنان \$0 خواهد بود. وقتی نسخه جدیدی از یک دارو را اضافه می کنیم، ممکن است تصمیم بگیریم که داروی دارای نام تجاری یا محصول بیولوژیکی اصلی را در فهرست نگه داریم اما قوانین یا محدودیت های پوشش آن را تغییر دهیم.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



- ممکن است قبل از اعمال این تغییر به شما اطلاع دهیم، اما به محض اعمال آن، اطلاعات مربوط به تغییر خاصی که اعمال کرده‌ایم را برای شما ارسال خواهیم کرد.
- ما فقط در صورتی می‌توانیم این تغییرات را اعمال کنیم که دارویی که اضافه می‌کنیم:
 - یک نسخه ژنریک جدید از یک داروی تجاری باشد، یا
 - یک نسخه بیوسیمیلار جدید از محصولات بیولوژیکی اصلی موجود در فهرست دارویی است (برای مثال، اضافه کردن یک بیوسیمیلار قابل تعویض که می‌تواند بدون نسخه جدید جایگزین یک محصول بیولوژیکی اصلی شود).
 - برخی از این انواع داروها ممکن است برای شما جدید باشند. برای اطلاعات بیشتر، به **بخش B14** مراجعه کنید.
- شما یا ارائه دهنده خدمات درمانی شما می‌توانید درخواست استثنا از این تغییرات را داشته باشید. ما اطلاعاتی برای شما ارسال خواهیم کرد که در آن مرحله‌ای که می‌توانید برای درخواست استثنا انجام دهید، ذکر شده است. برای اطلاعات بیشتر در مورد استثنائات، لطفاً به سوالات B10-B12 مراجعه کنید.
- **داروهای ناامن و سایر داروهایی که از بازار خارج شده اند، حذف می‌شوند.** گاهی اوقات ممکن است یک دارو به دلیل دیگری ناامن تشخیص داده شود یا از بازار خارج شود. در صورت بروز این اتفاق، ممکن است بلافاصله آن را از فهرست دارویی حذف کنیم. اگر چنین دارویی را مصرف می‌کنید، پس از اعمال تغییر، به شما اطلاع خواهیم داد.
- شما می‌توانید با پزشک یا سایر تجویزکنندگان دارو همکاری کنید تا داروی دیگری برای بیماری شما پیدا کنند. اگر برای یافتن داروی دیگری به کمک نیاز دارید، لطفاً با پزشک یا پزشک تجویزکننده‌ی دیگر تماس بگیرید.
- همچنین می‌توانید برای دریافت کمک با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 3 سپتامبر) تماس بگیرید.
- **ممکن است تغییرات دیگری ایجاد کنیم که بر داروهای مصرفی شما تأثیر بگذارد.** ما از قبل شما را در مورد این تغییرات دیگر در فهرست داروها مطلع خواهیم کرد. این تغییرات ممکن است در موارد زیر رخ دهند:
 - سازمان غذا و داروی آمریکا (Food and Drug Administration, FDA) دستورالعمل‌های جدیدی ارائه می‌دهد یا دستورالعمل‌های بالینی جدیدی در مورد یک دارو وجود دارد.
 - ما هنگام اضافه کردن یک داروی ژنریک که جدیداً وارد بازار نشده است، یک داروی تجاری را از فهرست داروها حذف می‌کنیم، یا
 - هنگام اضافه کردن یک داروی بیوسیمیلار، یک محصول بیولوژیکی اصلی را حذف می‌کنیم، یا
 - ما قوانین یا محدودیت‌های پوشش را برای داروی با برند تجاری تغییر می‌دهیم.
- وقتی این تغییرات اتفاق بیفتد، ما:
- حداقل 30 روز قبل از اعمال تغییر در فهرست داروها به شما اطلاع دهیم یا

اگر سؤالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



- به شما اطلاع داده و پس از درخواست تمدید دارو، میزان کافی برای استفاده 30 روزه دارو را در اختیارتان قرار دهیم.

بدین ترتیب شما زمان کافی برای مشورت با پزشک خود یا تجویز کننده دیگر دارو دارید. آنها می‌توانند به شما در تصمیم‌گیری کمک کنند:

- اگر داروی مشابهی در فهرست داروها وجود دارد که می‌توانید به جای آن دارو مصرف کنید یا
- آیا لازم است درخواست استثنا از این تغییرات را داشته باشید یا خیر. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد استثنائات، به سوالات B10-B12 مراجعه کنید.

B4. آیا محدودیت یا ممنوعیتی در پوشش دارویی یا اقدامات لازم برای تهیه داروهای خاص وجود دارد؟

بله، برخی از داروها تحت قوانین پوشش هستند یا محدودیت‌هایی در میزان دریافتی شما دارند. در برخی موارد، شما یا پزشک یا تجویزکننده‌ی دیگر باید قبل از دریافت دارو، مراحل را طی کنید. برای مثال:

- **اجازه قبلی:** برای برخی داروها، شما یا پزشکتان یا تجویزکننده دیگر دارو، قبل از دریافت دارو، باید بر اساس معیارهای خاص، از CalOptima Health OneCare Complete مجوز دریافت کنید. مجوز قبلی با ارجاع متفاوت است. اگر مجوز قبلی دریافت نکرده باشید، ممکن است CalOptima Health OneCare Complete هزینه داروها را پوشش ندهد.

- **محدودیت‌های مقدار:** گاهی اوقات CalOptima Health OneCare Complete مقدار دارویی را که می‌توانید دریافت کنید محدود می‌کند.

- **درمان مرحله ای:** گاهی اوقات CalOptima Health OneCare Complete از شما می‌خواهد که درمان مرحله‌ای انجام دهید. این یعنی شما باید به ترتیب خاصی داروها را برای وضعیت پزشکی خود امتحان کنید. ممکن است لازم باشد که شما باید قبل از اینکه داروی دیگری را پوشش دهیم، یک داروی توصیه شده را امتحان کنید. اگر پزشک شما فکر می‌کند داروی اول برای شما مؤثر نیست، ما هزینه داروی دوم را پوشش خواهیم داد.

با مراجعه به جداول **بخش C1** می‌توانید متوجه شوید که آیا داروی شما الزامات یا محدودیت‌های اضافی دارد یا خیر. همچنین می‌توانید با مراجعه به وبسایت ما به آدرس www.caloptima.org/OneCare اطلاعات بیشتری کسب کنید. ما اطلاعاتی را به صورت آنلاین منتشر کرده‌ایم که مجوز قبلی و محدودیت‌های درمان مرحله‌ای ما را توضیح می‌دهد. همچنین می‌توانید از ما بخواهید که یک نسخه از آن را برای شما ارسال کنیم.

شما می‌توانید درخواست استثنا از این محدودیت‌ها را بدهید. این به شما زمان کافی می‌دهد تا با پزشک یا سایر تجویزکنندگان دارو صحبت کنید. آنها می‌توانند در تصمیم‌گیری به شما کمک کنند که آیا داروی مشابهی در فهرست دارویی وجود دارد که بتوانید به جای آن مصرف کنید یا اینکه آیا می‌توانید درخواست استثنا بدهید. برای اطلاعات بیشتر در مورد استثنائات، لطفاً به سوالات B10-B12 مراجعه کنید.

B5. چطور می‌توانم متوجه شوم داروی مورد نظرم محدودیت مصرف دارد یا اینکه برای تهیه دارو باید اقدامات لازم را انجام دهم؟

جدول موجود در بخشی با عنوان «لیست داروها بر اساس وضعیت پزشکی» ستونی با عنوان «اقدامات ضروری، محدودیت‌ها یا ضوابط استفاده» دارد.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



B6. اگر CalOptima Health OneCare Complete قوانین خود را در مورد نحوه پوشش برخی داروها (مثلاً مجوز قلبی، محدودیت‌های مقدار و/یا محدودیت‌های درمان مرحله‌ای) تغییر دهد، چه اتفاقی می‌افتد؟

در برخی موارد، اگر مجوزهای قلبی، محدودیت‌های مقدار و/یا محدودیت‌های درمان مرحله‌ای را برای یک دارو اضافه کنیم یا تغییر دهیم، از قبل به شما اطلاع خواهیم داد. برای اطلاعات بیشتر در مورد این اطلاعاتی قبلی و موقعیت‌هایی که ممکن است نتوانیم از قبل به شما اطلاع دهیم که قوانین ما در مورد داروهای موجود در فهرست داروها تغییر می‌کند، به سوال B3 مراجعه کنید.

B7. چگونه می‌توانم یک دارو را در فهرست داروها پیدا کنم؟

دو راه برای پیدا کردن دارو وجود دارد:

- می‌توانید به ترتیب حروف الفبا جستجو کنید، یا
- می‌توانید بر اساس وضعیت پزشکی جستجو کنید.

برای جستجو بر اساس **حروف الفبا**، داروی خود را در بخش فهرست داروهای تحت پوشش جستجو کنید. می‌توانید آن را از صفحه 1- پیدا کنید. این فهرست، فهرستی به ترتیب حروف الفبا از تمام داروهای موجود در این سند را ارائه می‌دهد. هم داروهای برند و هم داروهای ژنریک در فهرست وجود دارند. به فهرست مراجعه کنید و داروی خود را پیدا کنید. در کنار داروی خود، شماره صفحه‌ای را مشاهده خواهید کرد که می‌توانید اطلاعات مربوط به پوشش را در آن پیدا کنید. به صفحه ای که در فهرست نوشته شده است مراجعه کنید و نام داروی خود را در ستون اول لیست پیدا کنید.

برای جستجو بر اساس **وضعیت پزشکی**، بخش **C1** با عنوان «لیست داروها بر اساس وضعیت پزشکی» را پیدا کنید. داروهای این بخش بسته به نوع بیماری که برای درمان آن استفاده می‌شوند، به دسته‌هایی گروه‌بندی شده‌اند. برای مثال، اگر بیماری قلبی دارید، باید در دسته عوامل قلبی عروقی جستجو کنید. در آن قسمت داروهای را پیدا خواهید کرد که بیماری‌های قلبی را درمان می‌کنند.

B8. اگر دارویی که می‌خواهم مصرف کنم در فهرست داروها نباشد، چه می‌شود؟

اگر داروی خود را در فهرست داروها پیدا نکردید، با خدمات مشتریان با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر)، تماس بگیرید و در مورد آن سوال کنید. اگر متوجه شدید که CalOptima Health OneCare Complete هزینه دارو را پوشش نمی‌دهد، می‌توانید یکی از این کارها را انجام دهید:

- از خدمات مشتریان درخواست کنید لیستی از داروهای مشابه دارویی که می‌خواهید مصرف کنید را در اختیاران قرار دهد. سپس لیست را به پزشک یا سایر تجویزکنندگان خود نشان دهید. آنها می‌توانند دارویی را در فهرست داروها تجویز کنند که مشابه دارویی باشد که شما می‌خواهید مصرف کنید. یا
- از CalOptima Health OneCare Complete بخواهید که برای پوشش داروی شما استثنای قائل شود. برای اطلاعات بیشتر در مورد استثنائات، لطفاً به سوالات B10-B12 مراجعه کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



B9. اگر من یک عضو جدید CalOptima Health OneCare Complete باشم و نتوانم داروی خود را در فهرست داروها پیدا کنم یا در تهیه آن مشکل داشته باشم، چه باید بکنم؟

ما می توانیم کمک کنیم. ما ممکن است در طول 90 روز اول عضویت شما در CalOptima Health OneCare Complete، هزینه موقت برای مصرف 30 روز داروی شما را پوشش دهیم. بدین ترتیب شما زمان کافی برای مشورت با پزشک خود یا تجویز کننده دیگر دارو دارید. آنها می توانند در تصمیم گیری به شما کمک کنند که آیا داروی مشابهی در فهرست دارویی وجود دارد که بتوانید به جای آن مصرف کنید یا اینکه آیا می توانید درخواست استثنا بدهید.

اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما اجازه می دهیم که چندین بار دارو را تمدید کنید تا حداکثر 30 روز دارو دریافت کنید.

ما در صورت وجود شرایط زیر، هزینه 30 روز داروی شما را پوشش خواهیم داد:

- دارویی مصرف می کنید که در فهرست دارویی ما نیست، یا
- قوانین طرح ما به شما اجازه نمی دهد میزان دارویی را که پزشک تجویز کرده است، دریافت کنید، یا
- دارو نیاز به مجوز قبلی از CalOptima Health OneCare Complete دارد، یا
- شما دارویی مصرف می کنید که بخشی از محدودیت درمانی مرحله ای است.

اگر دارویی مصرف می کنید که CalOptima Health OneCare Complete آن را جزء داروهای بخش D نمی داند، و آن دارو در فهرست داروها نیست، و در تهیه دارو مشکل دارید، ممکن است از طریق Medi-Cal Rx تحت پوشش قرار گیرد. اگر داروی مستثنی شده از بخش D نیاز به استثنا داشته باشد و شما در شرایط اضطراری باشید، Medi-Cal Rx اجازه تأمین دارو را برای حداقل 72 ساعت خواهد داد. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً از وبسایت Medi-Cal Rx در (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) دیدن کنید. همچنین می توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی عضویت (Beneficiary Identification Card, BIC) خود را همراه داشته باشید.

اگر در خانه سالمندان یا سایر مراکز مراقبت طولانی مدت هستید و به دارویی نیاز دارید که در فهرست دارویی نیست یا اگر نمی توانید به راحتی داروی مورد نیاز خود را تهیه کنید، ما می توانیم به شما کمک کنیم. اگر شما بیش از 90 روز است که عضو این طرح هستید، در یک مرکز مراقبت طولانی مدت زندگی می کنید و فوراً به دارو نیاز دارید:

- ما هزینه یک دوره 31 روزه از داروی مورد نیاز شما را پوشش خواهیم داد (مگر اینکه برای روزهای کمتری نسخه داشته باشید)، چه عضو جدید CalOptima Health OneCare Complete باشید و چه نباشید.

- این علاوه بر ذخیره موقت در طول 90 روز اول عضویت شما در CalOptima Health OneCare Complete است.

اگر شما عضو فعلی هستید و از یک مرکز درمانی به مرکز درمانی دیگر منتقل می شوید، به این تغییر سطح مراقبت گفته می شود. مثالها عبارتند از:

- ورود به یک مرکز مراقبت طولانی مدت از بیمارستان مراقبت های حاد
- ترخیص از بیمارستان به منزل

اگر سؤالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



- پایان اقامت در مرکز پرستاری تخصصی بخش A با بازگشت به پوشش بخش D
 - انصراف از وضعیت آسایشگاهی برای بازگشت به مزایای استاندارد بخش A و بخش B
 - پایان اقامت در مراکز مراقبت طولانی مدت و بازگشت به جامعه
 - تریخیص از بیمارستان روانپزشکی
- اگر سطح مراقبت شما تغییر کرده باشد، برای هر یک از داروهایتان که در فهرست دارویی ما نیست، یا اگر توانایی شما برای تهیه داروهایتان محدود است، وقتی به یک داروخانه شبکه مراجعه می‌کنید، ما یک ذخیره موقت 30 روزه را پوشش خواهیم داد. پس از پرداخت هزینه اولین دوره 30 روزه داروی شما، ما هزینه این داروها را پرداخت خواهیم کرد. در این مواقع، شما دو گزینه دارید:
- از خدمات مشتریان درخواست کنید لیستی از داروهای مشابه دارویی که می‌خواهید مصرف کنید را در اختیاران قرار دهد. سپس لیست را به پزشک یا سایر تجویزکنندگان خود نشان دهید. آنها می‌توانند دارویی را در فهرست داروها تجویز کنند که مشابه دارویی باشد که شما می‌خواهید مصرف کنید، یا
 - می‌توانید از CalOptima Health OneCare Complete درخواست کنید که برای پوشش داروی شما استثناء قائل شود. برای اطلاعات بیشتر در مورد استثنائات، لطفاً به سوال B10 مراجعه کنید.
- B10. آیا می‌توانم برای پوشش دارویم درخواست استثناء کنم؟**
- بله. می‌توانید از CalOptima Health OneCare Complete بخواهید که برای پوشش دارویی که در فهرست داروها نیست، استثناء قائل شود.
- همچنین می‌توانید از ما بخواهید که قوانین مربوط به داروی شما را تغییر دهیم.
- برای مثال، CalOptima Health OneCare Complete ممکن است مقدار دارویی را که ما پوشش می‌دهیم محدود کند. اگر داروی شما محدودیت دارد، می‌توانید از ما بخواهید که آن محدودیت را تغییر دهیم و میزان بیشتری را پوشش دهیم.
 - مثال‌های دیگر: می‌توانید از ما بخواهید محدودیت‌های درمان مرحله‌ای یا الزامات مجوز قبلی را لغو کنیم.

B11. چطور می‌توانم درخواست استثناء بدهم؟

برای درخواست استثناء، با خدمات مشتریان تماس بگیرید. یک نماینده خدمات مشتریان با شما و پزشک تجویزکننده دارو همکاری خواهد کرد تا به شما در درخواست استثناء کمک کند. همچنین می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد استثنائات، **فصل 9 بخش G2** از کتابچه راهنمای اعضا را مطالعه کنید.

B12. دریافت استثناء چه مدت طول می‌کشد؟

پس از دریافت اظهارات پزشک معالج شما که از درخواست شما برای استثناء حمایت می‌کند، ظرف 72 ساعت تصمیم خود را به شما اعلام خواهیم کرد. برای اطلاعات بیشتر در مورد ارائه اظهارنامه پشتیبانی از پزشک، با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



اگر شما یا پزشک تجویزکننده دارو فکر می‌کنید که اگر ناچار شوید 72 ساعت برای تصمیم‌گیری منتظر بمانید، ممکن است به سلامتی شما آسیب برسد، می‌توانید درخواست استثنای فوری کنید. این تصمیم سریع‌تر گرفته می‌شود. اگر پزشک معالج شما از درخواست شما حمایت کند، ظرف 24 ساعت پس از دریافت اظهارنامه پشتیبانی از پزشک شما، تصمیم خود را به شما اعلام خواهیم کرد.

B13. معنی داروهای داروهای ژنریک (بدون نام تجاری) چیست؟

داروهای ژنریک از همان مواد مؤثر در داروهای با نام برند تجاری ساخته شده‌اند. آنها معمولاً ارزان‌تر از داروی با نام برند تجاری هستند و عموماً به همان خوبی عمل می‌کنند. آنها معمولاً نام‌های شناخته‌شده‌ای ندارند. داروهای ژنریک توسط سازمان غذا و داروی آمریکا (Food and Drug Administration, FDA) تأیید شده‌اند. داروهای ژنریک برای بسیاری از داروهای نام برند تجاری موجود است. داروهای ژنریک معمولاً می‌توانند بدون نسخه جدید در داروخانه جایگزین داروهای برند شوند - این بسته به قوانین ایالتی است.

CalOptima Health OneCare Complete هم داروهای برند و هم داروهای ژنریک را پوشش می‌دهد.

B14. محصولات بیولوژیکی اصلی چیستند و چه ارتباطی با بیوسیمیلارها دارند؟

وقتی به داروها اشاره می‌کنیم، منظور می‌تواند یک دارو یا یک محصول بیولوژیکی باشد. محصولات بیولوژیکی داروهایی هستند که پیچیده‌تر از داروهای معمولی هستند. از آنجایی که محصولات بیولوژیکی پیچیده‌تر از داروهای معمولی هستند، به جای داشتن یک فرم ژنریک، فرم‌هایی دارند که بیوسیمیلارها نامیده می‌شوند. به‌طور کلی، بیوسیمیلارها به خوبی محصول بیولوژیکی اصلی عمل می‌کنند و ممکن است هزینه کمتری داشته باشند. برای برخی از محصولات بیولوژیکی اصلی، جایگزین‌های بیوسیمیلار وجود دارد. برخی از بیوسیمیلارها، بیوسیمیلارهای قابل تعویض هستند و بسته به قوانین ایالتی، می‌توانند بدون نیاز به نسخه جدید، جایگزین محصول بیولوژیکی اصلی در داروخانه شوند، درست مانند داروهای ژنریک که می‌توانند جایگزین داروهای با نام برند تجاری شوند.

برای اطلاعات بیشتر در مورد انواع داروها، به فصل 5 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه نمایید.

B15. معنی داروهای OTC چیست؟

OTC مخفف "بدون نسخه" یا "over-the-counter" است. CalOptima Health OneCare Complete برخی از داروهای بدون نسخه را در صورتی که توسط ارائه دهنده شما به صورت نسخه تجویز شده باشند، پوشش می‌دهد.

می‌توانید فصل 4 کتابچه راهنمای اعضا CalOptima Health OneCare Complete را بخوانید تا بدانید چه داروهای OTC تحت پوشش قرار می‌گیرند.

B16. آیا CalOptima Health OneCare Complete محصولات غیر دارویی بدون نسخه (OTC) را پوشش می‌دهد؟

CalOptima Health OneCare Complete برخی از محصولات غیر دارویی OTC را در صورتی که توسط ارائه دهنده شما به عنوان نسخه تجویز شده باشند، پوشش می‌دهد.

نمونه‌هایی از محصولات غیر دارویی بدون نسخه شامل لوازم مرتبط با تزریق انسولین است.

برای اطلاع از محصولات غیردارویی OTC تحت پوشش، می‌توانید فهرست دارویی CalOptima Health OneCare Complete را مطالعه کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



B17. آیا CalOptima Health OneCare Complete هزینه‌های یک منبع بلندمدت داروهای تجویزی را پوشش می‌دهد؟

- برنامه‌های سفارش پستی. ما یک برنامه سفارش پستی را ارائه می‌دهیم که به شما امکان می‌دهد که تا میزان مورد نیاز برای 100 روز از داروهای خود را مستقیماً در خانه خود دریافت کنید. سهم هزینه یک منبع 100 روزه دارو معادل سهم هزینه یک منبع یک ماهه است.
- برنامه‌های 100 روزه داروخانه‌ها برخی از داروخانه‌های خرده‌فروشی نیز ممکن است تا میزان مورد نیاز برای 100 روز عرضه داروهای تحت پوشش را ارائه دهند. سهم هزینه یک منبع 100 روزه دارو معادل سهم هزینه یک منبع یک ماهه است.

B18. آیا می‌توانم داروهای تجویزی را از داروخانه محلی‌ام درب منزل تحویل بگیرم؟

داروخانه محلی شما ممکن است بتواند داروهای تجویزی شما را در خانه‌تان به شما تحویل دهد. می‌توانید با داروخانه تماس بگیرید تا ببینید آیا تحویل درب منزل دارند یا خیر.

B19. سهم هزینه من چقدر است؟

اعضای CalOptima Health OneCare Complete در صورت رعایت قوانین طرح، برای داروهای تجویزی و بدون نسخه و محصولات غیر دارویی \$0 پرداخت می‌کنند. برای اطلاعات بیشتر در مورد داروهای بدون نسخه و محصولات غیر دارویی به سوالات B15 و B16 مراجعه کنید.

ردیفها، گروه‌های دارویی موجود در فهرست دارویی ما هستند.

CalOptima Health OneCare Complete از یک فهرست دارویی تکرر (رده 1) استفاده می‌کند که شامل داروهای ژنریک و با نام تجاری می‌شود. سهم هزینه برای داروهای رده 1 تا زمانی که قوانین طرح را رعایت کنید، \$0 است.

اگر سوالی دارید، لطفاً با خدمات مشتریان با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



C. مرور کلی فهرست داروهای تحت پوشش

فهرست داروهای تحت پوشش، اطلاعاتی در مورد داروهای تحت پوشش CalOptima Health OneCare Complete در اختیار شما قرار می‌دهد. اگر در یافتن داروی خود در فهرست مشکل دارید، به فهرست داروهای تحت پوشش که در بخش I-1 شروع می‌شود، مراجعه کنید. این فهرست به ترتیب حروف الفبا، تمام داروهای تحت پوشش CalOptima Health OneCare Complete را فهرست می‌کند.

سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه (OTC) و برخی ویتامین‌ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به وب سایت (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی عضویت Medi-Cal (BIC) خود را همراه داشته باشید.

D درخواست تجدیدنظر طبق بخش D

- درخواست تجدیدنظر یک روش رسمی برای درخواست از ما برای بررسی تصمیمی است که در مورد پوشش شما گرفته‌ایم و اگر فکر می‌کنید اشتباه کرده‌ایم، آن را تغییر دهید.
- برای مثال، ممکن است تصمیم بگیریم که دارویی که شما می‌خواهید تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal نبوده یا دیگر تحت پوشش آنها نیست.
- اگر شما یا پزشک معالجتان با تصمیم ما مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید. اگر سوالی دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید: با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر).
- همچنین می‌توانید برای دریافت اطلاعات در زمینه چگونگی ارائه درخواست تجدیدنظر، فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا را مطالعه کنید.
- داروهایی که جزء داروهای بخش D نیستند، قوانین متفاوتی برای ارائه درخواست تجدیدنظر دارند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



C1. فهرست داروها بر اساس وضعیت پزشکی

داروهای این بخش بسته به نوع بیماری که برای درمان آن استفاده می‌شوند، به دسته‌هایی گروه‌بندی شده‌اند. برای مثال، اگر بیماری قلبی دارید، باید در دسته عوامل قلبی عروقی جستجو کنید. در آن قسمت داروهایی را پیدا خواهید کرد که بیماری‌های قلبی را درمان می‌کنند.

کد	معنی
PA	شما (یا پزشک شما) قبل از تهیه‌ی این دارو برای نسخه‌تان، ملزم به دریافت مجوز قبلی از CalOptima Health OneCare Complete هستید. بدون تأیید قبلی، CalOptima Health OneCare Complete ممکن است این دارو را پوشش ندهد.
PA BvD	این دارو ممکن است واجد شرایط پرداخت هزینه تحت پوشش Medicare بخش B یا بخش D باشد. شما (یا پزشک شما) قبل از دریافت این داروی تجویزی از داروخانه، ملزم به دریافت مجوز قبلی از CalOptima Health OneCare Complete هستید تا مشخص شود که این دارو تحت پوشش Medicare بخش D است. بدون تأیید قبلی، CalOptima Health OneCare Complete ممکن است این دارو را پوشش ندهد.
PA NSO	اگر یک عضو جدید هستید یا قبلاً این دارو را مصرف نکرده‌اید، شما (یا پزشک شما) قبل از تهیه نسخه برای این دارو، ملزم به دریافت مجوز قبلی از CalOptima Health OneCare Complete هستید. بدون تأیید قبلی، CalOptima Health OneCare Complete ممکن است این دارو را پوشش ندهد.
QL	CalOptima Health OneCare Complete مقدار این دارو را که در هر نسخه یا در یک بازه زمانی خاص پوشش داده می‌شود، محدود می‌کند.
ST	قبل از اینکه CalOptima Health OneCare Complete این دارو را پوشش دهد، ابتدا باید داروی (یا داروهای) دیگری را برای درمان بیماری خود امتحان کنید. این دارو فقط در صورتی ممکن است تحت پوشش قرار گیرد که داروی (های) دیگر برای شما مؤثر نباشد.
LA	این داروی تجویزی ممکن است فقط در داروخانه‌های خاصی موجود باشد. برای اطلاعات بیشتر به فهرست داروخانه‌های خود مراجعه کنید یا با خدمات مشتریان با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711) ، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید.
NDS	عرضه غیر قابل تمدید. این دارویی است که تا سقف میزان مورد نیاز 31 روز عرضه می‌شود.

ستون اول جدول نام دارو را فهرست می‌کند. داروهای ژنریک با حروف کوچک ایتالیک (حروف مورب) فهرست شده‌اند (برای مثال، *amoxicillin*)، داروهای برند با حروف بزرگ فهرست شده‌اند (برای مثال، ELIQUIS)، و داروهای OTC و

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



محصولات غیردارویی با حروف کوچک فهرست شده‌اند (برای مثال، insulin pen needle). اطلاعات موجود در ستون «اقدامات ضروری، محدودیت‌ها یا محدودیت‌های استفاده» به شما می‌گوید که آیا CalOptima Health OneCare Complete قوانینی برای پوشش داروی شما دارد یا خیر.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Analgesics		
Analgesics		
JOURNAVX 50 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 14 days), NDS
Analgesics Combinations		
<i>acetaminophen-codeine (#2 tablet, #3 tablet, #4 tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5</i>	\$0 (Tier 1)	QL (5000 per 30 days), NDS
<i>butalbital-acetaminophen-caffeine 50-325-40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen 10-325mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen 5-325mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen 7.5-325mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
<i>hydrocodone-ibuprofen 7.5-200</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen (oxycodon-acetaminophen 7.5-325, oxycodone-acetaminophen 5-325, oxycodone-acetaminophen 10-325, oxycodone-acetaminophen 7.5-325)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Analgesics		
Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs		
<i>celecoxib (100 mg capsule, 400 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>celecoxib (50 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>diclofenac 1.5% topical soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac 2% solution pump</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac epolamine 1.3% ptch</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac pot 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diclofenac sod er 100 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diclofenac sodium (dr 25 mg tab, dr 50 mg tab, dr 75 mg tab, ec 25 mg tab, ec 50 mg tab, ec 75 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ec-naproxen (dr 375 mg tablet, dr 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>etodolac (200 mg capsule, 300 mg capsule, 400 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Analgesics		
IBU (600 MG TABLET, 800 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
<i>ibuprofen (100 mg/5 ml susp, 400 mg tablet, 600 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>indomethacin (25 mg capsule, 50 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>meloxicam (7.5 mg tablet, 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nabumetone (500 mg tablet, 750 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>naproxen (125 mg/5 ml suspen, 250 mg tablet, 375 mg tablet, dr 375 mg tablet, 500 mg kit, 500 mg tablet, dr 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>piroxicam (10 mg capsule, 20 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulindac (150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Opioid Analgesics, Long-acting		
<i>fentanyl (12 patch, 25 patch, 50 patch, 75 patch, 100 patch)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (10 per 30 days), NDS

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Analgesics		
<i>levorphanol 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO, NDS
<i>levorphanol 3 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>methadone hcl (5 mg/5 ml soln cup, 5 mg/5 ml solution, hcl 5 mg tablet, 10 mg/5 ml solution, hcl 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO, NDS
<i>morphine sulfate er (er 10 mg cap, er 20 mg cap, er 30 mg cap, er 45 mg cap, er 50 mg cap, er 60 mg cap, er 75 mg cap, er 80 mg cap, er 90 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>morphine sulfate er (er 100 mg cap, er 120 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>morphine sulfate er (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO, NDS
<i>morphine sulfate er (er 15 mg tablet, er 30 mg tablet, er 60 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), NDS
<i>oxymorphone hcl er (er 5 mg tablet, er 10 mg tab, er 15 mg tab, er 20 mg tab, er 30 mg tab, er 40 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), NDS

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Analgesics		
<i>oxymorphone hcl er 7.5 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
Opioid Analgesics, Short-acting		
<i>codeine sulfate (15 mg tablet, 30 mg tablet, 60 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
<i>hydromorphone hcl (1 mg/ml solution, 2 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg/5 ml soln, 8 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>meperidine hcl (25 mg/ml vial, 50 mg/5 ml solution, 50 mg/ml vial, 100 mg/ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>morphine sulfate (sulf 10 mg/5 ml cup, sulf 10 mg/5 ml soln, sulf 20 mg/5 ml soln, sulf 100 mg/5 ml conc, sulfate ir 15 mg tab, sulfate ir 30 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>oxycodone hcl ((ir) 5 mg cap, (ir) 5 mg tablet, 5 mg tablet, 5 mg/5 ml cup, 5 mg/5 ml soln, (ir) 10 mg tab, (ir) 15 mg tab, 15 mg tablet, (ir) 20 mg tab, 20 mg tablet, (ir) 30 mg tab, 30 mg tablet, 100 mg/5 ml conc)</i>	\$0 (Tier 1)	NDS

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Analgesics		
<i>oxymorphone hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>tramadol hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>tramadol hcl 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days), NDS
نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anesthetics		
Local Anesthetics		
<i>lidocaine 5% patch</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine hcl 4% solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lidocaine hcl viscous (2% 15 ml cup, 2% soln)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lidocaine-prilocaine cream</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents		
Alcohol Deterrents/Anti-craving		
<i>acamprosate calc dr 333 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>disulfiram (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>naltrexone 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Opioid Dependence		
<i>buprenorphine 2 mg tablet sl</i>	\$0 (Tier 1)	QL (360 per 30 days)
<i>buprenorphine 8 mg tablet sl</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>buprenorphine-nalox 12-3mg flm</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone (buprenorphin-naloxon 8-2 mg sl, buprenorphine-nalox 2-0.5mg fm, buprenorphine-nalox 2-0.5mg tb, buprenorphine-nalox 4-1mg film, buprenorphine-nalox 8-2 mg tab, buprenorphine-nalox 8-2mg film, buprenorphin-naloxn 2-0.5 mg sl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lofexidine 0.18 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
VIVITROL (380 MG VIAL, 380 MG VIAL-DILUENT)	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents		
Opioid Reversal Agents		
KLOXXADO 8 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 30 days)
<i>naloxone hcl (0.4 mg/ml carpupject, 0.4 mg/ml syringe, 0.4 mg/ml vial, 2 mg/2 ml syringe, 4 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
OPVEE 2.7 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 30 days)
ZURNAI 1.5 MG/0.5 ML AUTOINJECT	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 30 days)
Smoking Cessation Agents		
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>varenicline starting month box</i>	\$0 (Tier 1)	QL (53 per 28 days)
<i>varenicline tartrate (apo-varenicline 0.5 mg tablet, apo-varenicline 1 mg tablet, varenicline 0.5 mg tablet, varenicline 1 mg cont month bx, varenicline 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
Aminoglycosides		
<i>amikacin sulf 500 mg/2 ml vial</i>	\$0 (Tier 1)	
ARIKAYCE 590 MG/8.4 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA, QL (252 per 30 days), NDS
<i>gentamicin sulfate (80 mg/2 ml vial, 800 mg/20 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gentamicin sulfate in ns (60 mg/ns 50 ml pb, iso 100 mg/100 ml, isoton 60 mg/50 ml, 80 mg/ns 100 ml pb, 80 mg/ns 50 ml pb, isoton 80 mg/100 ml, isoton 80 mg/50 ml, 100 mg/ns 100 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>streptomycin sulf 1 gm vial</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tobramycin sulfate (1.2 gm vial, 1.2 gram/30 ml vial, 10 mg/ml vial, 20 mg/2 ml vial, 40 mg/ml vial, 80 mg/2 ml vial, 1,200 mg/30 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
Antibacterials, Other		
<i>aztreonam 1 gm vial</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
<i>aztreonam 2 gm vial</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
BLUJEPA 750 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA
<i>clindamycin (pedi) 75 mg/5 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin hcl (75 mg capsule, 150 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin pediater 75 mg/5 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin phosphate (2% vaginal cream, ph 9 g/60 ml vial, ph 300 mg/2 ml vl, ph 600 mg/4 ml vl, ph 900 mg/6 ml vl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin phosphate-d5w (300 mg/50 ml-d5w, 600 mg/50 ml-d5w, 900 mg/50 ml-d5w)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>colistimethate 150 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dalbavancin hcl 500 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>daptomycin (350 mg vial, 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>fosfomycin 3 gm sachet</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
<i>linezolid (100 mg/5 ml susp, 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>linezolid 600 mg/300 ml-d5w</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>methenamine hipp 1 gm tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>metronidazole (0.75% cream, 0.75% lotion, top 1% gel pump, topical 0.75% gl, topical 1% gel, vaginal 0.75% gl, 250 mg tablet, 500 mg tablet, 500 mg/100 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nitrofurantoin (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nitrofurantoin 25 mg/5 ml susp</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>nitrofurantoin mono-mcr 100 mg</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>polymyxin b sulfate vial</i>	\$0 (Tier 1)	
SIVEXTRO (200 MG TABLET, 200 MG VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (6 per 30 days), NDS
SOLOSEC 2 GM GRANULE PACKET	\$0 (Tier 1)	PA
<i>tigecycline 50 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
<i>tinidazole (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>trimethoprim 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>vancomycin hcl (1 gm add-van vial, 1 gm vial, hcl 5 gm vial, hcl 10 gm vial, hcl 100 gm smartpak, 500 mg a-v vial, 500 mg add-van vial, 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>vancomycin hcl 125 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (160 per 30 days)
XIFAXAN 200 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
XIFAXAN 550 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA
Beta-lactam, Cephalosporins		
AVYCAZ 2.5 GRAM VIAL	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>cefaclor (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefadroxil (1 gm tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg/5 ml susp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefazolin sodium (1 gm add-van vial, 1 gm vial, 10 gm vial, 20 gm bulk vial, sod 100 gm bulk bag, sod 300 gm bulk bag, 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
<i>cefдинир (125 mg/5 ml susp, 250 mg/5 ml susp, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefepime hcl (1 gm vial, 2 gram vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefixime (100 mg/5 ml susp, 400 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefixime 200 mg/5 ml susp</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>cefotetan (1 gm vial, 2 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefoxitin (1 gm vial, 2 gm vial, 10 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefpodoxime proxetil (50 mg/5 ml susp, 100 mg tablet, 100 mg/5 ml susp, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefprozil (125 mg/5 ml susp, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ceftaroline fosamil (400 mg vl, 600 mg vl)</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>ceftazidime (1 gm vial, 2 gm vial, 6 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
<i>ceftriaxone (1 gm add-vant vial, 1 gm vial, 2 gm add vial, 2 gm vial, 10 gm vial, 100 gram bulk bag, 250 mg vial, 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefuroxime (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefuroxime sodium (1.5 gm vial, 750 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cephalexin (125 mg/5 ml susp, 250 mg capsule, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
TAZICEF (1 GM ADD-VANTAGE VIAL, 1 GRAM VIAL, 6 GRAM VIAL)	\$0 (Tier 1)	
ZERBAXA 1.5 GRAM VIAL	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
ZEVERTA 667 MG VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
Beta-lactam, Penicillins		
<i>amoxicillin (125 mg tab chew, 125 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 250 mg capsule, 250 mg tab chew, 250 mg/5 ml susp, 400 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg tablet, 875 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
<i>amoxicillin-clavulanate potass (200-28.5 mg/5 ml sus, 250-125 mg tablet, 250-62.5 mg/5 ml sus, 400-57 mg/5 ml susp, 500-125 mg tablet, 600-42.9 mg/5 ml sus, 875-125 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ampicillin 500 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ampicillin sodium (1 gm advantage vl, 1 gm vial, 2 gm advantage vl, 2 gm vial, 10 gm bottle, 10 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ampicillin-sulbactam (ampicillin-sulb 1.5 g add vial, ampicillin-sulb 3 gm add vial, ampicillin-sulbactam 1.5 gm vl, ampicillin-sulbactam 3 gm vial, ampicillin-sulbactam 15 gm btl, ampicillin-sulbactam 15 gm vl)</i>	\$0 (Tier 1)	
BICILLIN C-R (1.2 MILLION UNIT, 900-300 SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	
BICILLIN L-A (600,000 UNIT/ML, 1,200,000 UNITS)	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
BICILLIN L-A 2,400,000 UNITS	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>dicloxacillin sodium (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nafcillin sodium (1 gm add-van vial, 1 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nafcillin sodium (2 gm add-vant vial, 2 gm vial, 10 gm bottle, 10 gm bulk vial)</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>oxacillin 10 gm vial</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>oxacillin 2 gm/ 50 ml inj</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>oxacillin sodium (1 gm add-vantage vl, 1 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>penicillin g na 5 million unit</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>penicillin g potassium (5 million, 20 million)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>penicillin gk-iso-osm dextrose (pen g 2 million unit/50 ml, pen g 3 million unit/50 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>penicillin v potassium (125 mg/5 ml soln, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml soln, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
<i>piperacillin-tazobactam</i> (<i>piperacil-tazo 2.25 gm add vl,</i> <i>piperacil-tazo 3.375 gm add vl,</i> <i>piperacil-tazo 4.5 gm add vial,</i> <i>piperacil-tazobact 2.25 gm vl,</i> <i>piperacil-tazobact 3.375 gm vl,</i> <i>piperacil-tazobact 4.5 gm vial,</i> <i>piperacil-tazobact 13.5 gm vl,</i> <i>piperacil-tazobact 40.5 gram,</i> <i>piperacillin-tazo 2.25 g dplx,</i> <i>piperacillin-tazo 3.375 g dplx,</i> <i>piperacillin-tazo 4.5 g duplex</i>)	\$0 (Tier 1)	
Carbapenems		
<i>ertapenem 1 gram vial</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>imipenem-cilastatin 250 mg vl</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>imipenem-cilastatin 500 mg vl</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>meropenem (iv 1 gm vial, iv 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
ORLYNVAH 500-500 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (10 per 5 days)
VABOMERE 2 GRAM VIAL	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
Macrolides		
<i>azithromycin (100 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 250 mg tablet, 500 mg add-van vl, 500 mg tablet, i.v. 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>azithromycin 250 mg tablet (dose pack)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>azithromycin 500 mg tablet (dose pack)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>azithromycin 600 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>clarithromycin (125 mg/5 ml sus, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml sus, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 1)	QL (136 per 10 days)
ERYTHROCIN LACTOBIONATE (500 MG ADDVAN VIAL, LACT 500 MG VIAL)	\$0 (Tier 1)	
<i>erythromycin (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
<i>erythromycin ethylsuccinate (200 mg/5 ml susp, 400 mg/5 ml susp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>fidaxomicin 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (20 per 10 days), NDS
Quinolones		
BAXDELA 300 MG VIAL	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 14 days)
BAXDELA 450 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 14 days), NDS
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml-d5w</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ciprofloxacin hcl (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ciprofloxacin hcl 250 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>levofloxacin (25 mg/ml solution, 250 mg tablet, 250 mg/10 ml soln, 500 mg tablet, 500 mg/20 ml soln, 750 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levofloxacin-d5w (500 mg/100 ml-d5w, 750 mg/150 ml-d5w)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ofloxacin 400 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Sulfonamides		
<i>sodium sulfacetamide 10% lot</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulfacetamide sodium (sod 10% top susp, sodium 10% lotn)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulfadiazine 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (20 ml cup, ds tablet, ss tablet, susp)</i>	\$0 (Tier 1)	
Tetracyclines		
<i>demeclocycline hcl (150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
DOXY 100 MG VIAL	\$0 (Tier 1)	
<i>doxycycline hyclate (hyc 100 mg vial, hyclate 100 mg cap, hyclate 100 mg tab, hyclate 100 mg vl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>doxycycline monohydrate (25 mg/5 ml susp, mono 50 mg tablet, mono 75 mg tablet, mono 100 mg cap, mono 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
<i>minocycline hcl (50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tetracycline hcl (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anticonvulsants		
Anticonvulsants, Other		
<i>brivaracetam (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>brivaracetam 10 mg/ml oral sol</i>	\$0 (Tier 1)	QL (600 per 30 days), PA NSO
DIACOMIT (250 MG CAPSULE, 250 MG POWDER PACKET, 500 MG CAPSULE, 500 MG POWDER PACKET)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>divalproex sodium (dr 125 mg cap sprnk, sod dr 125 mg tab, sod dr 250 mg tab, sod dr 500 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anticonvulsants		
<i>divalproex sodium er (er 250 mg tab, er 500 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>felbamate (400 mg tablet, 600 mg tablet, 600 mg/5 ml susp, 600 mg/5 ml susp cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	QL (360 per 30 days), PA NSO
<i>lamotrigine (5 mg disper tablet, 25 mg disper tab, 25 mg tablet, 25 mg tb start kit, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamotrigine tab start kit-blue</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamotrigine tab start kt-green</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamotrigine tab start kt-orang</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levetiracetam (100 mg/ml soln, 250 mg tab susp, 250 mg tablet, 500 mg tab susp, 500 mg tablet, 500 mg/5 ml cup, 500 mg/5 ml soln, 750 mg tablet, 1,000 mg tablet, 1,000mg/10ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anticonvulsants		
<i>levetiracetam er 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>levetiracetam er 750 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>perampanel (8 mg tablet, 10 mg tablet, 12 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>perampanel 0.5 mg/ml oral susp</i>	\$0 (Tier 1)	QL (680 per 28 days)
<i>perampanel 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>perampanel 4 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>perampanel 6 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
SUBVENITE (25 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 1)	PA NSO
SUBVENITE TAB START KIT (BLUE)	\$0 (Tier 1)	
SUBVENITE TAB START KIT(GREEN)	\$0 (Tier 1)	
SUBVENITE TAB START KT(ORANGE)	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anticonvulsants		
<i>topiramate (15 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>topiramate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>topiramate 25 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>valproic acid (250 mg capsule, 250 mg/5 ml cup, 250 mg/5 ml soln, 500 mg/10 ml cup, 500 mg/10 ml sol)</i>	\$0 (Tier 1)	
Calcium Channel Modifying Agents		
<i>ethosuximide (250 mg capsule, 250 mg/5 ml cup, 250 mg/5 ml soln)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>methsuximide 300 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
Gamma-Aminobutyric Acid (GABA) Modulating Agents		
<i>clobazam (2.5 mg/ml suspension, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>clonazepam (0.25 mg odt, 2 mg odt)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anticonvulsants		
<i>clonazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam 0.125 mg odt</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clonazepam 0.5 mg odt</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clonazepam 1 mg odt</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clonazepam 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam dipotassium (3.75 mg tablet, 7.5 mg tablet, 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam (2.5 mg rectal gel, 2.5 mg rectal gel sys, 2.5mg rectal gel(2pk), 10 mg rectal gel, 10 mg rectal gel syrg, 10 mg rectal gel syst, 10mg rectal gel (2pk), 20 mg rectal gel, 20 mg rectal gel syrg, 20 mg rectal gel syst, 20mg rectal gel (2pk))</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gabapentin (100 mg capsule, 300 mg capsule, 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin (250 mg/5 ml soln, 250 mg/5ml soln cup, 300 mg/6 ml soln, 300 mg/6ml soln cup)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (2400 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anticonvulsants		
<i>gabapentin 400 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
<i>gabapentin 800 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
NAYZILAM 5 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 1)	QL (10 per 28 days), PA NSO
<i>phenobarbital (15 mg tablet, 16.2 mg tablet, 20 mg/5 ml cup, 20 mg/5 ml elix, 20 mg/5 ml soln, 30 mg tablet, 30 mg/7.5 ml cup, 32.4 mg tablet, 60 mg tablet, 60 mg/15 ml cup, 64.8 mg tablet, 97.2 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pregabalin (150 mg capsule, 200 mg capsule, 225 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin (25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (960 per 30 days)
<i>primidone (50 mg tablet, 125 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
SYMPAZAN (5 MG FILM, 10 MG FILM, 20 MG FILM)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anticonvulsants		
<i>tiagabine hcl (2 mg tablet, 4 mg tablet, 12 mg tablet, 16 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
VALTOCO (5 MG NASAL SPRAY, 10 MG NASAL SPRAY, 15 MG NASAL SPRAY, 20 MG NASAL SPRAY)	\$0 (Tier 1)	QL (10 per 28 days), PA NSO
<i>vigabatrin 500 mg powder packt</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>vigabatrin 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
VIGADRONE 500 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
VIGAFYDE 100 MG/ML ORAL SOLN	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 1)	QL (1100 per 30 days), PA NSO
Sodium Channel Agents		
<i>carbamazepine (100 mg tab chew, 100 mg/5 ml cup, 100 mg/5 ml susp, 200 mg tab chew, 200 mg tablet, 200 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anticonvulsants		
<i>carbamazepine er (er 100 mg cap, er 100 mg tablet, er 200 mg cap, er 200 mg tablet, er 300 mg cap, er 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
DILANTIN (30 MG CAPSULE, 50 MG INFATAB, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	
DILANTIN 125 MG/5 ML SUSP	\$0 (Tier 1)	
<i>eslicarbazepine acetate (200 mg tablet, 400 mg tablet, 600 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>lacosamide (10 mg/ml solution, 50 mg/5 ml cup, 100 mg/10 ml cup, 150 mg/15 ml cup, 200 mg/20 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lacosamide (50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>oxcarbazepine (150 mg tablet, 300 mg tablet, 300 mg/5 ml cup, 300 mg/5 ml susp, 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anticonvulsants		
PHENYTEK (200 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	
<i>phenytoin (50 mg infatab chew, 50 mg tablet chew, 100 mg/4 ml susp cup, 125 mg/5 ml susp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>phenytoin sod ext 100 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>rufinamide (40 mg/ml suspension, 200 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
XCOPRI (12.5-25 MG PK, 50-100 MG PAK, 150-200 MG PK)	\$0 (Tier 1)	QL (28 per 28 days), PA NSO
XCOPRI (150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
XCOPRI (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
XCOPRI (250 MG DAILY PACK, 350 MG DAILY PACK)	\$0 (Tier 1)	QL (56 per 28 days), PA NSO
ZONISADE 100 MG/5 ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 1)	QL (900 per 30 days), PA NSO
<i>zonisamide (25 mg capsule, 50 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antidementia Agents		
Antidementia Agents, Other		
LEQEMBI IQLIK (360 MG/1.8 ML, 500 MG DOSE-2 AI)	\$0 (Tier 1)	PA
<i>memantine hcl-donepezil hcl er (er 14-10mg, er 21-10mg, er 28-10mg)</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (30 per 30 days)
Cholinesterase Inhibitors		
<i>donepezil hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 23 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil hcl odt (odt 5 mg tablet, odt 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine 4 mg/ml oral soln</i>	\$0 (Tier 1)	QL (200 per 30 days)
<i>galantamine er (er 8 mg capsule, er 16 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine er 24 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>galantamine hbr (4 mg tablet, 8 mg tablet, 12 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine (1.5 mg capsule, 3 mg capsule, 4.5 mg capsule, 6 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antidementia Agents		
<i>rivastigmine (4.6 mg/24hr patch, 9.5 mg/24hr patch, 13.3 mg/24hr ptch)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
N-methyl-D-aspartate (NMDA) Receptor Antagonist		
<i>memantine hcl (2 mg/ml solution, 10 mg/5 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (480 per 30 days)
<i>memantine hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>memantine hcl er (er 14 mg capsule, er 21 mg capsule, er 28 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>memantine hcl er 7 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antidepressants		
Antidepressants, Other		
AUVELITY ER 45-105 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>bupropion hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antidepressants		
<i>bupropion hcl 75 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl sr (sr 100 mg tablet, sr 150 mg tablet, sr 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>bupropion xl (150 mg tablet, 300 mg tablet, 450 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
EXXUA (ER 18.2 MG TABLET, ER 36.3 MG TABLET, ER 54.5 MG TABLET, ER 72.6 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
EXXUA ER 18.2 MG TAB (TITRATN)	\$0 (Tier 1)	QL (32 per 14 days), PA NSO
<i>mirtazapine (7.5 mg tablet, 15 mg odt, 15 mg tablet, 30 mg odt, 30 mg tablet, 45 mg odt, 45 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine-fluoxetine hcl (3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg, 12-25 mg, 12-50 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>perphenazine-amitriptyline (2 mg-10 mg tab, 2 mg-25 mg tab, 4 mg-10 mg tab, 4 mg-25 mg tab, 4 mg-50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antidepressants		
ZURZUVAE (20 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (28 per 180 days), PA NSO
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (14 per 180 days), PA NSO
Monoamine Oxidase Inhibitors		
EMSAM (6 MG/24 PATCH, 9 MG/24 PATCH, 12 MG/24 PATCH)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
MARPLAN 10 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>phenelzine sulfate 15 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tranylcypromine sulf 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)		
<i>citalopram hbr (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>citalopram hbr (10 mg/5 ml soln, 20 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (600 per 30 days)
<i>desvenlafaxine er (er 50 mg tab, er 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antidepressants		
<i>desvenlafaxine er 100 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>desvenlafaxine succinate er (er 25 mg, er 50 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>desvenlafaxine succnt er 100mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE (DR 20 MG CAP, DR 30 MG CAP, DR 40 MG CAP, DR 60 MG CAP)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>duloxetine hcl (dr 20 mg cap, dr 30 mg cap, dr 60 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate (oxalate 5 mg/5 ml, 10 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
FETZIMA (ER 20 MG CAPSULE, ER 40 MG CAPSULE, ER 80 MG CAPSULE, ER 120 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	\$0 (Tier 1)	QL (28 per 28 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antidepressants		
<i>fluoxetine hcl (10 mg capsule, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl (20 mg capsule, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl (20 mg/5 ml soln cup, 20 mg/5 ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (600 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl 40 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>nefazodone hcl (150 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nefazodone hcl (50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>paroxetine hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>paroxetine hcl 10 mg/5 ml susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>paroxetine hcl 30 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antidepressants		
<i>pmdd fluoxetine 10mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pmdd fluoxetine 20mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>sertraline 20 mg/ml oral conc</i>	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
<i>sertraline hcl (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>sertraline hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>trazodone hcl (50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
TRINTELLIX (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>venlafaxine bes er 112.5 mg tb</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>venlafaxine hcl (25 mg tablet, 37.5 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap, er 75 mg cap, er 150 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antidepressants		
<i>venlafaxine hcl er (er 37.5 mg tab, er 75 mg tab, er 225 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er 150 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (60 per 30 days)
<i>vilazodone hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
Tricyclics		
<i>amitriptyline hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>amoxapine (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clomipramine hcl (25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>desipramine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>doxepin hcl (10 mg capsule, 10 mg/ml oral conc, 25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule, 150 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antidepressants		
<i>imipramine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>nortriptyline hcl (10 mg/5 ml soln, hcl 10 mg cap, 20 mg/10 ml soln, hcl 25 mg cap, hcl 50 mg cap, hcl 75 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>protriptyline hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>trimipramine maleate (25 mg cap, 50 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>trimipramine maleate 100 mg cp</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antiemetics		
Antiemetics, Other		
GIMOTI 15 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 1)	PA, QL (9.8 per 28 days)
<i>meclizine hcl (12.5 mg tablet, 25 mg tablet, 25 mg tablet chew, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antiemetics		
<i>metoclopramide hcl (5 mg tablet, 5 mg/5 ml soln, 10 mg tablet, 10 mg/10 ml cup, 10 mg/10 ml sol)</i>	\$0 (Tier 1)	
NEREUS 85 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (8 per 30 days)
<i>prochlorperazine 25 mg supp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prochlorperazine maleate (5 mg tablet, 10 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>promethazine hcl (12.5 mg suppos, 25 mg suppository)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>promethazine hcl (6.25 mg/5 ml cup, 6.25 mg/5 ml soln, 6.25 mg/5 ml syrp, 12.5 mg tablet, 12.5 mg/10 ml cup, 25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
PROMETHEGAN (25 MG, 50 MG)	\$0 (Tier 1)	
<i>scopolamine 1 mg/3 day patch</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (10 per 30 days)
<i>trimethobenzamide 300 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	
Emetogenic Therapy Adjuncts		
<i>aprepitant (80 mg capsule, 125 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (12 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antiemetics		
<i>aprepitant 125-80-80 mg pack</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>aprepitant 40 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (10 per 30 days)
<i>dronabinol (2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>granisetron hcl 1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>ondansetron hcl (4 mg tablet, 8 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>ondansetron hcl (4 mg/5 ml soln cup, 4 mg/5 ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ondansetron odt (odt 4 mg tablet, odt 8 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antifungals		
Antifungals		
<i>amphotericin b 50 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>amphotericin b liposome 50 mg</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>caspofungin acetate (50 mg vial, 70 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antifungals		
<i>clotrimazole (1% solution, 1% solution spray, 1% topical cream, 10 mg lozenge, 10 mg troche)</i>	\$0 (Tier 1)	
CRESEMBA 186 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
CRESEMBA 74.5 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA
ERAXIS (50 MG VIAL, 100 MG VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>fluconazole (10 mg/ml susp, 40 mg/ml susp, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluconazole-nacl (200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluconazole-ns 200 mg/100 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>flucytosine 250 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>flucytosine 500 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>griseofulvin (125 mg/5 ml susp, micro 500 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antifungals		
<i>itraconazole (10 mg/ml solution, 100 mg capsule, 100 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ketoconazole (2% cream, 2% shampoo, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>miconazole (50 mg vial, 100 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>miconazole 3 200 mg vag supp</i>	\$0 (Tier 1)	
NYAMYC 100,000 UNIT/GM POWDER	\$0 (Tier 1)	
<i>nystatin (100,000 unit/gm cream, 100,000 unit/gm oint, 100,000 unit/gm powd, 100,000 unit/ml susp, 500,000 unit oral tab, 500,000 unit/5 ml cup, 500,000 unit/5 ml sus)</i>	\$0 (Tier 1)	
NYSTOP 100,000 UNIT/GM POWDER	\$0 (Tier 1)	
<i>posaconazole (dr 100 mg tablet, 200 mg/5 ml susp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>terbinafine hcl 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antifungals		
<i>terconazole (0.4% cream, 0.8% cream, 80 mg suppository)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>voriconazole (50 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>voriconazole 200 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>voriconazole 40 mg/ml susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antigout Agents		
Antigout Agents		
<i>allopurinol (100 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>colchicine (0.6 mg capsule, 0.6 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>febuxostat (40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (30 per 30 days)
GLOPERBA 0.6 MG/5 ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA, QL (300 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antigout Agents		
<i>probenecid 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>probenecid-colchicine tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antimigraine Agents		
Antimigraine Agents		
ELYXYB 120 MG/4.8 ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28.8 per 6 days)
Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) Receptor Antagonists		
AIMOVIG AUTOINJECTOR (70 MG/ML, 140 MG/ML)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1 per 28 days)
AJOVY 225 MG/1.5 ML AUTOINJECT	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1.5 per 28 days)
AJOVY 225 MG/1.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1.5 per 28 days)
AJOVY 225MG/1.5ML AUTOINJ (X3)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1.5 per 28 days)
EMGALITY 120 MG/ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antimigraine Agents		
EMGALITY 120 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
EMGALITY 300 MG (100 MG X 3 SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (3 per 28 days), NDS
NURTEC ODT 75 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (18 per 30 days), NDS
UBRELVY (50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (16 per 30 days), NDS
ZAVZPRET 10 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 1)	PA, QL (8 per 30 days), NDS
Ergot Alkaloids		
<i>dihydroergotamine 4 mg/ml spry</i>	\$0 (Tier 1)	PA
MIGERGOT (, 2-100 MG)	\$0 (Tier 1)	QL (24 per 30 days), NDS
Serotonin (5-HT) Receptor Agonists		
<i>naratriptan 1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>naratriptan 2.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan (5 mg odt, 5 mg tablet, 10 mg odt, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (18 per 28 days)
<i>sumatriptan (5 mg nasal spray, 20 mg nasal spray)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antimigraine Agents		
<i>sumatriptan succinate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate (6 mg/0.5 ml vial, 6 mg/0.5ml autoinj)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
<i>zolmitriptan (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (6 per 30 days)
<i>zolmitriptan odt (2.5 mg odt, 5 mg odt)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (6 per 30 days)

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antimyasthenic Agents		
Parasympathomimetics		
<i>pyridostigmine bromide (br 30 mg tablet, 60 mg/5 ml cup, 60 mg/5 ml soln, br 60 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pyridostigmine er 180 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
VYVGART HYTRULO 1,000MG-10,000	\$0 (Tier 1)	PA, QL (20 per 28 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antimycobacterials		
Antimycobacterials, Other		
<i>dapsone (25 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>rifabutin 150 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
Antituberculars		
<i>ethambutol hcl (100 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>isoniazid (50 mg/5 ml solution, 100 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pretomanid 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
PRIFTIN 150 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>pyrazinamide 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>rifampin (150 mg capsule, 300 mg capsule, iv 600 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
SIRTURO 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
SIRTURO 20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
Alkylating Agents		
<i>cyclophosphamide (25 mg capsule, 50 mg capsule, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
LEUKERAN 2 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>lomustine (10 mg capsule, 40 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
MATULANE 50 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	
Antiandrogens		
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ABIRTEGA 250 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>bicalutamide 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ERLEADA 240 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ERLEADA 60 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
EULEXIN 125 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO
<i>nilutamide 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
NUBEQA 300 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
XTANDI (40 MG CAPSULE, 40 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
XTANDI 80 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
YONSA 125 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
Antiangiogenic Agents		
<i>lenalidomide (2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule, 15 mg capsule, 20 mg capsule, 25 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	LA, PA NSO
POMALYST (1 MG CAPSULE, 2 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
THALOMID 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
THALOMID 50 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA NSO, NDS
Antiestrogens/Modifiers		
INLURIYO 200 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (56 per 28 days), PA NSO
ORSERDU 345 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ORSERDU 86 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
SOLTAMOX (10 MG/5 ML SOLN, 20 MG/10 ML SOLN)	\$0 (Tier 1)	
<i>tamoxifen citrate (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
Antimetabolites		
<i>mercaptopurine (20 mg/ml suspen, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
ONUREG (200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
TABLOID 40 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
Antineoplastics		
AVMAPKI-FAKZYNJA CO-PACK	\$0 (Tier 1)	QL (66 per 28 days), PA NSO
LIFYORLI (125 MG PACK, 150 MG PACK)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ZENBEXUS (0.75 MG CAPSULE, 1 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (21 per 28 days), PA NSO
Antineoplastics, Other		
AUGTYRO 160 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
AUGTYRO 40 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days), PA NSO
<i>hydroxyurea 500 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
INQOVI 35 MG-100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (5 per 28 days), PA NSO
IWILFIN 192 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days), PA NSO
KOMZIFTI 200 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
LONSURF (15 MG-6.14 MG TABLET, 20 MG-8.19 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LYSODREN 500 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
OGSIVEO (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ORGOVYX 120 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 28 days), PA NSO
REVUFORJ 110 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
REVUFORJ 160 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
REVUFORJ 25 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days), PA NSO
TABRECTA (150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
TEPMETKO 225 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ZOLINZA 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	
Aromatase Inhibitors, 3rd Generation		
<i>anastrozole 1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
<i>exemestane 25 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>letrozole 2.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Molecular Target Inhibitors		
AKEEGA (50-500 MG TABLET, 100-500 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ALECENSA 150 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days), PA NSO
ALUNBRIG (90 MG TABLET, 90 MG-180 MG TAB PACK, 180 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ALUNBRIG 30 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO
AYVAKIT (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
BALVERSA 3 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
BALVERSA 4 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
BALVERSA 5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
BOSULIF (100 MG CAPSULE, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO
BOSULIF (50 MG CAPSULE, 500 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>bosutinib 400 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO
BRUKINSA 160 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA NSO
CABOMETYX (20 MG TABLET, 40 MG TABLET, 60 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
CALQUENCE 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
CAPRELSA 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
CAPRELSA 300 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
COMETRIQ (60 MG PACK, 100 MG PK, 140 MG PK)	\$0 (Tier 1)	PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
COPIKTRA (15 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
COTELLIC 20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (63 per 21 days), PA NSO
DANZITEN (71 MG TABLET, 95 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>dasatinib (50 mg tablet, 80 mg tablet, 100 mg tablet, 140 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>dasatinib 20 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
<i>dasatinib 70 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
DAURISMO 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
DAURISMO 25 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ENSACOVE (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
<i>erlotinib hcl (25 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>everolimus (2 mg tab for susp, 2.5 mg tablet, 3 mg tab for susp, 5 mg tab for susp, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
FOTIVDA (0.89 MG CAPSULE, 1.34 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (21 per 21 days), PA NSO
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (84 per 28 days), PA NSO
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (21 per 28 days), PA NSO
GAVRETO 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>gefitinib 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
GILOTRIF (20 MG TABLET, 30 MG TABLET, 40 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
GOMEKLI 1 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (126 per 28 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
GOMEKLI 1 MG TABLET FOR SUSP	\$0 (Tier 1)	QL (168 per 28 days), PA NSO
GOMEKLI 2 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (84 per 28 days), PA NSO
HERNEXEOS 60 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
HYRNUO 10 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
IBRANCE (75 MG TABLET, 100 MG TABLET, 125 MG CAPSULE, 125 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (21 per 28 days), PA NSO
IBTROZI 200 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
ICLUSIG (10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 30 MG TABLET, 45 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
IDHIFA (50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>imatinib mesylate (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
IMBRUVICA (70 MG CAPSULE, 140 MG TABLET, 280 MG TABLET, 420 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 1)	QL (216 per 30 days), PA NSO
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days), PA NSO
INLYTA 1 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA NSO
INLYTA 5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
INREBIC 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
ITOVEBI 3 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ITOVEBI 9 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
JAKAFI (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
JAKAFI XR (11 MG TABLET, 22 MG TABLET, 33 MG TABLET, 44 MG TABLET, 55 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
JAYPIRCA 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
JAYPIRCA 50 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
JIDEYTRO 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
JIDEYTRO 25 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
KISQALI 200 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 1)	QL (21 per 28 days), PA NSO
KISQALI 400 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 1)	QL (42 per 28 days), PA NSO
KISQALI 600 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 1)	QL (63 per 28 days), PA NSO
KOSELUGO 10 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
KOSELUGO 25 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
KOSELUGO 5 MG SPRINKLE CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (420 per 30 days), PA NSO
KOSELUGO 7.5 MG SPRINKLE CAP	\$0 (Tier 1)	QL (360 per 30 days), PA NSO
KRAZATI 200 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO
<i>lapatinib 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LAZCLUZE 240 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
LAZCLUZE 80 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LENVIMA (12 MG DAILY, 18 MG DAILY, 24 MG DAILY)	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LENVIMA (4 MG CAPSULE, 8 MG DAILY DOSE, 10 MG DAILY DOSE, 20 MG DAILY DOSE)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LORBRENA 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
LORBRENA 25 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LUMAKRAS 120 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days), PA NSO
LUMAKRAS 240 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
LUMAKRAS 320 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LYNPARZA (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
LYTGOBI 12 MG DOSE (3X 4MG TB)	\$0 (Tier 1)	QL (84 per 28 days), PA NSO
LYTGOBI 16 MG DOSE (4X 4MG TB)	\$0 (Tier 1)	QL (112 per 28 days), PA NSO
LYTGOBI 20 MG DOSE (5X 4MG TB)	\$0 (Tier 1)	QL (140 per 28 days), PA NSO
MEKINIST (0.05 MG/ML SOLUTION, 0.5 MG TABLET, 2 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
MEKTOVI 15 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
MODEYSO 125 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (20 per 28 days), PA NSO
NERLYNX 40 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO
<i>nilotinib d-tartrate (50 mg cap, 150 mg cp, 200 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>nilotinib hcl (50 mg capsule, 150 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
NINLARO (2.3 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (3 per 28 days), PA NSO
ODOMZO 200 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
OJEMDA (100 MG TAB (500MG DOSE), 100 MG TAB (600MG DOSE))	\$0 (Tier 1)	QL (24 per 28 days), PA NSO
OJEMDA 100 MG TAB (400MG DOSE)	\$0 (Tier 1)	QL (16 per 28 days), PA NSO
OJEMDA 25 MG/ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 1)	QL (96 per 28 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
OJJAARA (100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>pazopanib hcl 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
PEMAZYRE (4.5 MG TABLET, 9 MG TABLET, 13.5 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (14 per 21 days), PA NSO
PHYRAGO (50 MG TABLET, 80 MG TABLET, 100 MG TABLET, 140 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
PHYRAGO 20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
PHYRAGO 70 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
PIQRAY (250 MG DAILY PACK, 300 MG DAILY PACK)	\$0 (Tier 1)	QL (56 per 28 days), PA NSO
PIQRAY 200 MG DAILY DOSE PACK	\$0 (Tier 1)	QL (28 per 28 days), PA NSO
QINLOCK 50 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
RETEVMO (80 MG TABLET, 120 MG TABLET, 160 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
RETEVMO 40 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ROMVIMZA (14 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days), PA NSO
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
ROZLYTREK 50 MG PELLET PACKET	\$0 (Tier 1)	QL (360 per 30 days), PA NSO
RUBRACA (200 MG TABLET, 250 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
RYDAPT 25 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
SCEMBLIX 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
SCEMBLIX 20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
SCEMBLIX 40 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days), PA NSO
<i>sorafenib 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
STIVARGA 40 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (84 per 28 days), PA NSO
<i>sunitinib malate (12.5 mg cap, 25 mg capsule, 37.5 mg cap, 50 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
TAFINLAR (10 MG TABLET FOR SUSP, 50 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
TAGRISSE (40 MG TABLET, 80 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
TALZENNA (0.1 MG CAPSULE, 0.1 MG SOFTGEL, 0.35 MG CAPSULE, 0.35 MG SOFTGEL, 0.5 MG CAPSULE, 0.5 MG SOFTGEL, 0.75 MG CAPSULE, 0.75 MG SOFTGEL, 1 MG CAPSULE, 1 MG SOFTGEL)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
TALZENNA (0.25 MG CAPSULE, 0.25 MG SOFTGEL)	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
TIBSOVO 250 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
TORPENZ (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 7.5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
TRUQAP (160 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (64 per 28 days), PA NSO
TUKYSA 150 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
TUKYSA 50 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days), PA NSO
TURALIO 125 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
VANFLYTA (17.7 MG TABLET, 26.5 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (28 per 14 days), PA NSO
VENCLEXTA 10 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
VENCLEXTA 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
VENCLEXTA 50 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
VENCLEXTA STARTING PACK	\$0 (Tier 1)	QL (42 per 28 days), PA NSO
VERZENIO (50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
VITRAKVI 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days), PA NSO
VITRAKVI 25 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO
VONJO 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
VORANIGO 10 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
VORANIGO 40 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
XALKORI (200 MG CAPSULE, 250 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
XALKORI 150 MG PELLET	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO
XALKORI 20 MG PELLET	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days), PA NSO
XALKORI 50 MG PELLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
XOSPATA 40 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
XPOVIO (40 MG TWICE, 80 MG ONCE, 100 MG ONCE)	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days), PA NSO
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY DOSE	\$0 (Tier 1)	QL (16 per 28 days), PA NSO
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY DOSE	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days), PA NSO
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY DOSE	\$0 (Tier 1)	QL (24 per 28 days), PA NSO
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY DOSE	\$0 (Tier 1)	QL (32 per 28 days), PA NSO
ZEJULA (100 MG TABLET, 200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
ZELBORAF 240 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days), PA NSO
ZYKADIA 150 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA NSO
Retinoids		
<i>bexarotene 1% gel</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO, NDS
<i>bexarotene 75 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
PANRETIN 0.1% GEL	\$0 (Tier 1)	
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
Treatment Adjuncts		
HEMADY 20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>leucovorin calcium (calcium 5 mg tab, calcium 10 mg tab, calcium 15 mg tab, calcium 25 mg tab, lederle 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mesna 400 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antiparasitics		
Anthelmintics		
<i>albendazole 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>ivermectin 3 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>praziquantel 600 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Antiprotozoals		
<i>atovaquone (750 mg/5 ml susp, 750 mg/5ml susp cup, 1,500 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl (62.5-25, 250-100)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>benznidazole (12.5 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>chloroquine phosphate (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
COARTEM TABLETS	\$0 (Tier 1)	QL (24 per 3 days)
<i>hydroxychloroquine 200 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
KRINTAFEL 150 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 30 days)
<i>mefloquine hcl 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antiparasitics		
<i>nitazoxanide 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>pentamidine isethionate (300 mg inhal powdr, 300 mg inject vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>primaquine 26.3 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>quinine sulfate 324 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antiparkinson Agents		
Anticholinergics		
<i>benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>trihexyphenidyl hcl (2 mg tablet, 2 mg/5 ml soln, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Antiparkinson Agents, Other		
<i>amantadine (50 mg/5 ml solution, 100 mg capsule, 100 mg tablet, 100 mg/10 ml cup, 100 mg/10 ml soln)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antiparkinson Agents		
<i>carbidopa-levodopa-entacapone (50, 75, 100, 125, 150, 200)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>entacapone 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
NOURIANZ (20 MG TABLET, 40 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>tolcapone 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Dopamine Agonists		
<i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tablet, 5 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
NEUPRO (1 MG/24 HR PATCH, 2 MG/24 HR PATCH, 3 MG/24 HR PATCH, 4 MG/24 HR PATCH, 6 MG/24 HR PATCH, 8 MG/24 HR PATCH)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
ONAPGO 98 MG/20 ML CARTRIDGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (600 per 30 days)
<i>pramipexole 0.75 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antiparkinson Agents		
<i>ropinirole hcl (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Dopamine Precursors and/or L-Amino Acid Decarboxylase Inhibitors		
<i>carbidopa 25 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>carbidopa-levodopa (carbidopa-levodopa 10-100 mg odt, carbidopa-levodopa 25-100 mg odt, carbidopa-levodopa 25-250 mg odt, carbidopa-levodopa 10-100 tab, carbidopa-levodopa 25-100 tab, carbidopa-levodopa 25-250 tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>carbidopa-levodopa er (er 25-100 tab, er 50-200 tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors		
<i>rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>selegiline hcl (5 mg capsule, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antipsychotics		
1st Generation/Typical		
<i>chlorpromazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 30 mg/ml conc, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 100 mg/ml conc, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluphenazine dec 125 mg/5 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluphenazine hcl (1 mg tablet, 2.5 mg tablet, 2.5 mg/5 ml elix, 2.5 mg/ml vial, 5 mg tablet, 5 mg/ml conc, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>haloperidol (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>haloperidol dec 100 mg/ml amp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>haloperidol decanoate (50 mg/ml ampul, 50 mg/ml vial, 100 mg/ml amp, 100 mg/ml vial, 250 mg/5 ml vl, 500 mg/5 ml vl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>haloperidol lactate (2 mg/ml conc, 5 mg/ml ampul, 5 mg/ml vial, 10 mg/5 ml cup, 50 mg/10 ml vl)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antipsychotics		
<i>loxapine (5 mg capsule, 10 mg capsule, 25 mg capsule, 50 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>molindone hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>perphenazine (2 mg tablet, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pimozide (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>thioridazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>thiothixene (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>trifluoperazine hcl (1 mg tablet, 2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
2nd Generation/Atypical		
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4ML	\$0 (Tier 1)	QL (2.4 per 56 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antipsychotics		
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2ML	\$0 (Tier 1)	QL (3.2 per 56 days)
ABILIFY MAINTENA (ER 300 MG SYR, ER 300 MG VL, ER 400 MG SYR, ER 400 MG VL)	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)
<i>aripiprazole (2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (900 per 30 days)
<i>aripiprazole odt (odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ARISTADA ER 1064 MG/3.9 ML SYR	\$0 (Tier 1)	QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA ER 441 MG/1.6 ML SYRN	\$0 (Tier 1)	QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA ER 662 MG/2.4 ML SYRN	\$0 (Tier 1)	QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA ER 882 MG/3.2 ML SYRN	\$0 (Tier 1)	QL (3.2 per 14 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antipsychotics		
ARISTADA INITIO ER 675 MG/2.4	\$0 (Tier 1)	QL (4.8 per 365 days)
<i>asenapine maleate (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
CAPLYTA (10.5 MG CAPSULE, 21 MG CAPSULE, 42 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ERZOFRI 117 MG/0.75 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	QL (0.75 per 28 days)
ERZOFRI 156 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)
ERZOFRI 234 MG/1.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	QL (1.5 per 28 days)
ERZOFRI 351 MG/2.25 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	QL (2.25 per 28 days)
ERZOFRI 39 MG/0.25 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	QL (0.25 per 28 days)
ERZOFRI 78 MG/0.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	QL (0.5 per 28 days)
FANAPT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET, 6 MG TABLET, 8 MG TABLET, 10 MG TABLET, 12 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antipsychotics		
FANAPT (PACK, PACK A, PACK B, PACK C)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML	\$0 (Tier 1)	QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML	\$0 (Tier 1)	QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML	\$0 (Tier 1)	QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRG	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5 ML	\$0 (Tier 1)	QL (1.5 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML	\$0 (Tier 1)	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5 ML	\$0 (Tier 1)	QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML	\$0 (Tier 1)	QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML	\$0 (Tier 1)	QL (1.32 per 70 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antipsychotics		
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML	\$0 (Tier 1)	QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML	\$0 (Tier 1)	QL (2.63 per 70 days)
<i>lurasidone hcl (20 mg tablet, 40 mg tablet, 60 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone hcl 80 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
LYBALVI (5-10 MG TABLET, 10-10 MG TABLET, 15-10 MG TABLET, 20-10 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
NUPLAZID (10 MG TABLET, 34 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>olanzapine (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet, 10 mg vial, 15 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine odt (odt 5 mg tablet, odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet, odt 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
OPIPZA (2 MG FILM, 5 MG FILM)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antipsychotics		
OPIPZA 10 MG FILM	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
<i>paliperidone er (er 1.5 mg tablet, er 3 mg tablet, er 9 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er 6 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate (fumarate 25 mg tab, fumarate 50 mg tab, fumarate 100 mg tab, 150 mg tablet, fumarate 200 mg tab, fumarate 300 mg tab, fumarate 400 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er (er 150 mg tablet, er 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er (er 50 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
REXULTI (0.25 MG TABLET, 0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 3 MG TABLET, 4 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>risperidone (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antipsychotics		
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
<i>risperidone er (er 12.5 mg vial, er 25 mg vial, er 37.5 mg vial, er 50 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone odt (0.25 mg odt, 0.5 mg odt, 1 mg odt, 2 mg odt, 3 mg odt, 4 mg odt)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
SECUADO (3.8 MG/24 HR PATCH, 5.7 MG/24 HR PATCH, 7.6 MG/24 HR PATCH)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
VRAYLAR (0.5 MG CAPSULE, 0.75 MG CAPSULE, 1.5 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4.5 MG CAPSULE, 6 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>ziprasidone 20 mg/ml vial</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ziprasidone hcl (20 mg capsule, 40 mg capsule, 60 mg capsule, 80 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Antipsychotics		
COBENFY (100 MG-20 MG CAPSULE, 125 MG-30 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antipsychotics		
COBENFY 50 MG-20 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO, NDS
COBENFY STARTER PACK	\$0 (Tier 1)	QL (56 per 28 days), PA NSO, NDS
Treatment-Resistant		
<i>clozapine (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clozapine odt (odt 12.5 mg tablet, odt 25 mg tablet, odt 100 mg tablet, odt 150 mg tablet, odt 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 1)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antispasticity Agents		
Antispasticity Agents		
<i>baclofen (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antispasticity Agents		
<i>dantrolene sodium (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tizanidine hcl (2 mg tablet, 4 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antivirals		
Anti-HIV Agents, Integrase Inhibitors (INSTI)		
BIKTARVY (30-120-15 MG TABLET, 50-200-25 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
DOVATO 50-300 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
GENVOYA TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
ISENTRESS (25 MG TABLET CHEW, 100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET CHEW)	\$0 (Tier 1)	
ISENTRESS 400 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antivirals		
JULUCA 50-25 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
STRIBILD TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
TIVICAY 50 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
TIVICAY PD 5 MG TAB FOR SUSP	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)		
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
EDURANT PED 2.5MG TAB FOR SUSP	\$0 (Tier 1)	
<i>efavir-emtri-tenof 600-200-300</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>efavirenz 600 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop (400-300-300, 600-300-300)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>emtricit-rilp-tenof 200-25-300</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>etravirine (100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
IDVYNZO 100 MG-0.25 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antivirals		
INTELENCE 25 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>nevirapine (50 mg/5 ml susp, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nevirapine er 400 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
PIFELTRO 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>rilpivirine 25 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>rilpivirine 25 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Anti-HIV Agents, Nucleoside and Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)		
<i>abacavir 20 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (900 per 30 days)
<i>abacavir 300 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>abacavir-lamivudine 600-300 mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
CIMDUO 300-300 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
DESCOVY (120-15 MG TABLET, 200-25 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>emtricitabine 200 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>emtricitabine-tenofovir disop (100-150mg, 133-200mg, 167-250mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antivirals		
<i>emtricitabine-tenofv 200-300mg</i>	\$0 (Tier 1)	
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
<i>lamivudine (10 mg/ml oral soln, 150 mg tablet, 300 mg tablet, 300 mg/30ml sol cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamivudine-zidovudine tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ODEFSEY TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SUSP	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>zidovudine (50 mg/5 ml syrup, 100 mg capsule, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Anti-HIV Agents, Other		
<i>maraviroc 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>maraviroc 300 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
RUKOBIA ER 600 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
SUNLENCA 300 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antivirals		
SUNLENCA 4- 300 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 2 days)
SUNLENCA 5- 300 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (5 per 8 days)
Anti-HIV Agents, Protease Inhibitors (PI)		
APTIVUS 250 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	
<i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>darunavir (600 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>fosamprenavir 700 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lopinavir-ritonavir (100-25mg tb, 200-50mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	
PREZCOBIX (675 MG-150 MG TABLET, 800 MG-150 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
PREZISTA (75 MG TABLET, 100 MG/ML SUSPENSION, 150 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antivirals		
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	\$0 (Tier 1)	
<i>ritonavir 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
VIRACEPT (250 MG TABLET, 625 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents		
LIVTENCITY 200 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (336 per 28 days), NDS
PREVYMIS 240 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
PREVYMIS 480 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days), NDS
<i>valganciclovir 450 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (102 per 30 days)
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml</i>	\$0 (Tier 1)	
Anti-hepatitis B (HBV) Agents		
<i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antivirals		
<i>entecavir (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamivudine 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>tenofovir disop fum 300 mg tb</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
VEMLIDY 25 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
VIREAD (150 MG TABLET, 200 MG TABLET, 250 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
VIREAD POWDER	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
Anti-hepatitis C (HCV) Agents		
MAVYRET 100-40 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (84 per 28 days)
MAVYRET 50-20 MG PELLET PACKET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (140 per 28 days)
<i>ribavirin (200 mg capsule, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>sofosbuvir-velpatasvir 400-100</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 28 days)
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 28 days)
Anti-influenza Agents		
<i>oseltamivir 6 mg/ml suspension</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1050 per 180 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antivirals		
<i>oseltamivir phos 30 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir phosphate (45 mg capsule, 75 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (42 per 180 days)
RELENZA 5 MG DISKHALER	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 180 days)
<i>rimantadine hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
XOFLUZA (40 MG TAB (80 MG DOSE), 40 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 30 days)
XOFLUZA 80 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 30 days)
Antiherpetic Agents		
<i>acyclovir (200 mg capsule, 200 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp cup, 400 mg tablet, 800 mg tablet, 800 mg/20ml susp cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>acyclovir sodium (500 mg/10 ml vial, 1,000 mg/20 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>famciclovir (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>famciclovir 125 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>penciclovir 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days), NDS

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antivirals		
<i>valacyclovir (1 gram tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Antiviral, Coronavirus Agents		
PAXLOVID 150-100 MG (MODERATE)	\$0 (Tier 1)	QL (20 per 5 days), NDS
PAXLOVID 300-100 MG DOSE PACK	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 5 days), NDS
PAXLOVID 300/150-100MG(SEVERE)	\$0 (Tier 1)	QL (11 per 5 days)
XOCOVA 125 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 5 days)

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anxiolytics		
Anxiolytics, Other		
<i>buspirone hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 30 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydroxyzine 2 mg/ml oral solution</i>	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anxiolytics		
<i>hydroxyzine hcl (10 mg/5 ml soln, hcl 10 mg tablet, hcl 25 mg tablet, 50 mg/25 ml cup, hcl 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>hydroxyzine pamoate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>meprobamate (200 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Benzodiazepines		
<i>alprazolam (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
<i>alprazolam 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (150 per 30 days), NDS
<i>chlordiazepoxide hcl (5 mg capsule, 10 mg capsule, 25 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
<i>diazepam (2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>diazepam (5 mg/5 ml oral cup, 5 mg/5 ml solution, 5 mg/ml oral conc, 25 mg/5 ml oral conc)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anxiolytics		
<i>lorazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
<i>lorazepam 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (150 per 30 days), NDS
LORAZEPAM INTENSOL 2 MG/ML	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>oxazepam (10 mg capsule, 15 mg capsule, 30 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days), NDS

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Bipolar Agents		
Mood Stabilizers		
<i>lithium carbonate (150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lithium carbonate er (er 300 mg tb, er 450 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lithium citrate (8 meq/5 ml soln cup, 8 meq/5 ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Glucose Regulators		
Antidiabetic Agents		
<i>acarbose (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>alogliptin (6.25 mg tablet, 12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>alogliptin-metformin (12.5-1000, 12.5-500)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>colesevelam hcl 3.75 g packet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dapagliflozin (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>dapagliflozin-metformin er (er 5-500, er 10-500)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
FARXIGA (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride 4 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>glipizide 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Glucose Regulators		
<i>glipizide er (er 2.5 mg tablet, er 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>glipizide er 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide xl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>glipizide xl 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide-metformin (2.5-500 mg, 5-500 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide-metformin 2.5-250 mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>glyburid-metformin 1.25-250 mg</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>glyburide (1.25 mg tablet, 2.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
<i>glyburide 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (240 per 30 days)
<i>glyburide-metformin hcl (2.5-500 mg, 5-500 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
INVOKAMET (50-1,000 MG TABLET, 50-500 MG TABLET, 150-1,000 MG TABLET, 150-500 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Glucose Regulators		
INVOKAMET XR (50-1,000 MG TAB, 50-500 MG TABLET, 150-1,000 MG TAB, 150-500 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
INVOKANA (100 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE (10 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>metformin hcl (750 mg tablet, 850 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>metformin hcl 1,000 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl er 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl er 750 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
MOUNJARO (2.5 MG/0.5 ML PEN, 5 MG/0.5 ML PEN, 7.5 MG/0.5 ML PEN, 10 MG/0.5 ML PEN, 12.5 MG/0.5 ML PEN, 15 MG/0.5 ML PEN)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide (60 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Glucose Regulators		
OZEMPIC (0.25-0.5 PEN, 1 (4 MG/3 ML), 2 (8 MG/3 ML))	\$0 (Tier 1)	PA, QL (3 per 28 days)
OZEMPIC (1.5 MG TABLET, 4 MG TABLET, 9 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone hcl (15 mg tablet, 30 mg tablet, 45 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>repaglinide (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
<i>repaglinide 0.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>sitagliptin phos-metf er 50-1,000</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>sitagliptin (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>sitagliptin phos-metformin (phos-metf 50-1,000, phos-metfor 50-500)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>sitagliptin phos-metformin er (er 50-500, er 100-1000)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>sitagliptin phosphate (phos 100 mg tablet, phosphate 25 mg tb, phosphate 50 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Glucose Regulators		
<i>sitagliptin-metfor er 50-1,000</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>sitagliptin-metformin (50-1000, 50-500)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>sitagliptin-metformin er (sitagliptin-metfo er 100-1,000, sitagliptin-metform er 50-500)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY (5-1,000 MG TABLET, 5-500 MG TABLET, 12.5-1,000 MG TABLET, 12.5-500 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR (5-1,000 MG TABLET, 10-1,000 MG TABLET, 12.5-1,000 MG TAB)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
TRADJENTA 5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
TRULICITY (0.75 MG/0.5 ML PEN, 1.5 MG/0.5 ML PEN, 3 MG/0.5 ML PEN, 4.5 MG/0.5 ML PEN)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
WEGOVY (1.5 MG TABLET, 4 MG TABLET, 9 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Glucose Regulators		
XIGDUO XR (2.5 MG-1,000 MG TAB, 5 MG-1,000 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TAB	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Glycemic Agents		
BAQSIMI (3 MG SPRAY, 3 MG SPRAY ONE PACK, 3 MG SPRAY TWO PACK)	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days), NDS
<i>diazoxide 50 mg/ml oral susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
GVOKE (1 MG/0.2 ML KIT, 1 MG/0.2 ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	QL (0.8 per 28 days)
GVOKE HYPOPEN 1-PK 1 MG/0.2 ML	\$0 (Tier 1)	QL (0.8 per 28 days), NDS
GVOKE HYPOPEN 1PK 0.5MG/0.1 ML	\$0 (Tier 1)	QL (0.4 per 28 days), NDS
GVOKE HYPOPEN 2-PK 1 MG/0.2 ML	\$0 (Tier 1)	QL (0.8 per 28 days), NDS
GVOKE HYPOPEN 2PK 0.5MG/0.1 ML	\$0 (Tier 1)	QL (0.4 per 28 days), NDS

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Glucose Regulators		
GVOKE PFS 1-PK 1 MG/0.2 ML SYR	\$0 (Tier 1)	QL (0.8 per 28 days), NDS
GVOKE PFS 2-PK 1 MG/0.2 ML SYR	\$0 (Tier 1)	QL (0.8 per 28 days), NDS
VYKAT XR 150 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
VYKAT XR 25 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
VYKAT XR 75 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (210 per 30 days)
Insulins		
FIASP 100 UNIT/ML FLEXTOUCH	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
FIASP 100 UNIT/ML VIAL	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
FIASP PENFILL 100 UNIT/ML CART	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG (100 CARTRIDGE, 100 VIAL)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG 100 UNIT/ML KWIKPEN	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG JR 100 UNIT/ML KWIKPEN	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Glucose Regulators		
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG MIX 75-25 VIAL	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN 70-30 (70-30 VIAL, RELION 70-30 VIAL)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN N (N 100 VIAL, RELION N 100)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN N 100 UNIT/ML KWIKPEN	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN R (R 100 VIAL, RELION R 100)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin glargine max solo u300</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin glargine solostar u300</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin glargine-yfgn (u100 pen, u100 vl)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin lispro 100 unit/ml pen</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Glucose Regulators		
<i>insulin lispro 100 unit/ml vl</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin lispro jr 100 unit/ml</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin lispro mix 75-25 kwkpn</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
LANTUS 100 UNIT/ML VIAL	\$0 (Tier 1)	ST, QL (60 per 30 days)
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML	\$0 (Tier 1)	ST, QL (60 per 30 days)
NOVOLIN 70-30 (70-30 100 UNIT/ML VIAL, RELION 70-30 VIAL)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN (70-30, RELION 70-30)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN N (N 100 VIAL, RELION N 100)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN N FLEXPEN (N 100 UNIT/ML, RELION N U-100)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN R (R 100 VIAL, RELION R 100)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN R FLEXPEN (R 100 UNIT/ML, RELION R U-100)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Glucose Regulators		
NOVOLOG (100 VIAL, RELION 100 VL)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG FLEXPEN (100 UNIT/ML, RELION U-100)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG MIX 70-30 (70-30 VIAL, RELION 70-30 VIAL)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN (70-30 FLEXPEN, RELION 70-30 FLXPN)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Products and Modifiers		
Anticoagulants		
<i>dabigatran etexilate (75 mg cap, 110 mg cp, 150 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS (5 MG TABLET, DVT-PE TREAT START 5MG)	\$0 (Tier 1)	QL (74 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Products and Modifiers		
ELIQUIS 2.5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr</i>	\$0 (Tier 1)	QL (8.4 per 30 days)
<i>enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr</i>	\$0 (Tier 1)	QL (11.2 per 30 days)
<i>enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr</i>	\$0 (Tier 1)	QL (16.8 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium (100 mg/ml syringe, 150 mg/ml syringe)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (28 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium (80 mg/0.8 ml syr, 120 mg/0.8 ml syr)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (22.4 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium (2.5 mg/0.5 ml syr, 5 mg/0.4 ml syr, 7.5 mg/0.6 ml syr, 10 mg/0.8 ml syr)</i>	\$0 (Tier 1)	
FRAGMIN (10,000 UNIT/ML SYRINGE, 10,000 UNITS/ML SYRING)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
FRAGMIN (12,500 UNIT/0.5 ML SYR, 12,500 UNITS/0.5 ML)	\$0 (Tier 1)	QL (15 per 30 days)
FRAGMIN (15,000 UNIT/0.6 ML SYR, 15,000 UNITS/0.6 ML)	\$0 (Tier 1)	QL (18 per 30 days)
FRAGMIN (18,000 UNIT/0.72 ML, 18,000 UNITS/0.72 ML)	\$0 (Tier 1)	QL (22 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Products and Modifiers		
FRAGMIN (2,500 UNIT/0.2 ML SYR, 2,500 UNITS/0.2 ML SYR)	\$0 (Tier 1)	QL (6 per 30 days)
FRAGMIN (25,000 UNITS/ML VIAL, 95,000 UNIT/3.8 ML VL)	\$0 (Tier 1)	QL (22.8 per 30 days)
FRAGMIN (5,000 UNIT/0.2 ML SYR, 5,000 UNITS/0.2 ML SYR)	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
FRAGMIN (7,500 UNIT/0.3 ML SYR, 7,500 UNITS/0.3 ML SYR)	\$0 (Tier 1)	QL (9 per 30 days)
<i>heparin sodium (sod 1,000 unit/ml vial, sod 5,000 unit/ml vial, 10,000 unit/10 ml vial, sod 10,000 unit/ml vl, sod 20,000 unit/ml vl, 30,000 unit/30 ml vial, 40,000 unit/4 ml vial, 50,000 unit/10 ml vial, 50,000 unit/5 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>jantoven (1 mg tablet, 2 mg tablet, 2.5 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet, 6 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>rivaroxaban 1 mg/ml suspension</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Products and Modifiers		
<i>rivaroxaban 2.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>warfarin sodium (1 mg tablet, 2 mg tablet, 2.5 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet, 6 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
XARELTO (10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
XARELTO 15 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (42 per 21 days)
XARELTO DVT-PE TREAT START 30D	\$0 (Tier 1)	QL (51 per 30 days)
Blood Products and Modifiers, Other		
<i>anagrelide hcl (0.5 mg capsule, 1 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
AQVESME 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>eltrombopag 12.5 mg susp pkt</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (360 per 30 days)
<i>eltrombopag 25 mg susp packet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
<i>eltrombopag 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>eltrombopag 75 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Products and Modifiers		
<i>eltrombopag olamine (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
FULPHILA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
FYLNETRA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
GRANIX (300 MCG/0.5 ML SAFE SYR, 300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SAFE SYR, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
NEUPOGEN (300 MCG/0.5 ML SYR, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SYR, 480 MCG/1.6 ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
NIVESTYM (300 MCG/0.5 ML SYRING, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SYRING, 480 MCG/1.6 ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Products and Modifiers		
NYVEPRIA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
PROCRIT (2,000 UNITS/ML VIAL, 4,000 UNIT/ML VIAL, 10,000 UNIT/ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
PROCRIT (3,000 VIAL, 20,000 VIAL, 40,000 VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
RELEUKO (300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
RETACRIT (10,000 VIAL, 20,000 VIAL, 40,000 VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
RETACRIT (2,000 UNIT/ML VIAL, 3,000 UNIT/ML VIAL, 4,000 UNIT/ML VIAL, 20,000 UNIT/2 ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
ROLVEDON 13.2 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
STIMUFEND 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
XOLREMDI 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Products and Modifiers		
ZARXIO (300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
ZIEXTENZO 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
Hemostasis Agents		
<i>tranexamic acid 650 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Platelet Modifying Agents		
<i>aspirin-dipyridam er 25-200 mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
CABLIVI 11 MG VIAL KIT	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>cilostazol (50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clopidogrel 300 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 1 days)
<i>clopidogrel 75 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>dipyridamole (25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
DOPTelet ((10 TAB PK) 20 MG TAB, (15 TAB PK) 20 MG TAB)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (15 per 5 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Products and Modifiers		
DOPTelet (30 TAB PK) 20 MG TAB	\$0 (Tier 1)	PA
<i>prasugrel hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>ticagrelor (60 mg tablet, 90 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
Alpha-adrenergic Agonists		
<i>clonidine (0.1 patch, 0.2 patch, 0.3 patch)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
<i>clonidine hcl (0.1 mg tablet, 0.2 mg tablet, 0.3 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>droxidopa (100 mg capsule, 200 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (84 per 14 days)
<i>guanfacine hcl (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>midodrine hcl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
Alpha-adrenergic Blocking Agents		
<i>doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>phenoxybenzamine hcl 10 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>prazosin hcl (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>terazosin hcl (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
Angiotensin II Receptor Antagonists		
<i>candesartan cilexetil (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tb, 32 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>irbesartan (75 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>losartan potassium (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>olmesartan medoxomil (5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>telmisartan (20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<i>valsartan (40 mg tablet, 80 mg tablet, 160 mg tablet, 320 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors		
<i>benazepril hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>benazepril hcl 40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tablet, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lisinopril (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>lisinopril (30 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>moexipril hcl (7.5 mg tablet, 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>perindopril erbumine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<i>quinapril hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>ramipril (1.25 mg capsule, 2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>trandolapril (1 mg tablet, 2 mg tablet, 4 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Antiarrhythmics		
<i>amiodarone hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>digoxin 0.05 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>digoxin 125 mcg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>digoxin 250 mcg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>disopyramide phosphate (100 mg capsule, 150 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dofetilide (125 mcg capsule, 250 mcg capsule, 500 mcg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<i>mexiletine hcl (150 mg capsule, 200 mg capsule, 250 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
MULTAQ 400 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>propafenone hcl (150 mg tablet, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>propafenone hcl er (er 225 mg cap, er 325 mg cap, er 425 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>quinidine gluc er 324 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>quinidine sulfate (200 mg tab, 300 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sotalol (80 mg tablet, 120 mg tablet, 160 mg tablet, 240 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
SOTALOL AF (80 MG TABLET, 120 MG TABLET, 160 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
Beta-adrenergic Blocking Agents		
<i>acebutolol hcl (200 mg capsule, 400 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<i>atenolol (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>betaxolol hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>bisoprolol fumarate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>carvedilol (3.125 mg tablet, 6.25 mg tablet, 12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>labetalol hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 300 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>metoprolol succ er 200 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>metoprolol succinate (er 25 mg tab, er 50 mg tab, er 100 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>metoprolol tartrate (25 mg tab, 37.5 mg tb, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nadolol (20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<i>nebivolol hcl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>pindolol (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>propranolol hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 20 mg/5 ml soln, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml soln, 60 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>propranolol hcl er (er 60 mg capsule, er 80 mg capsule, er 120 mg capsule, er 160 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>timolol maleate (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines		
<i>amlodipine besylate (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine besylate 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>felodipine er (er 2.5 mg tablet, er 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<i>felodipine er 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nifedipine (10 mg capsule, 20 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nifedipine er (er 30 mg tablet, er 60 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>nifedipine er 90 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nimodipine 30 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nimodipine 60 mg/20 ml soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA
NYMALIZE 60 MG/ML ORAL SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA
Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines		
CARDAMYST 70 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 1)	PA, QL (4 per 28 days)
CARTIA XT (120 MG CAPSULE, 180 MG CAPSULE, 240 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	
DILT-XR (120 MG CAPSULE, 180 MG CAPSULE, 240 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<i>diltiazem 12hr er (12hr er 120 mg cap, 12hr er 60 mg cap, 12hr er 90 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diltiazem 24hr er (24hr er 120 mg cap, 24hr er 180 mg cap, 24hr er 240 mg cap, 24hr er 300 mg cap, 24hr er 360 mg cap, 24hr er 420 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diltiazem 24hr er (cd) (24h er(cd) 120 mg cp, 24h er(cd) 180 mg cp, 24h er(cd) 240 mg cp, 24h er(cd) 300 mg cp, 24h er(cd) 360 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diltiazem 24hr er (xr) (24h er(xr) 120 mg cp, 24h er(xr) 180 mg cp, 24h er(xr) 240 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diltiazem hcl (30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
TIADYL ER (ER 120 MG CAPSULE, ER 180 MG CAPSULE, ER 240 MG CAPSULE, ER 300 MG CAPSULE, ER 360 MG CAPSULE, ER 420 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<i>verapamil er (er 120 mg capsule, er 120 mg tablet, er 180 mg capsule, er 180 mg tablet, er 240 mg capsule, er 240 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>verapamil er pm (er 100 mg capsule, er 200 mg capsule, er 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>verapamil hcl (40 mg tablet, 80 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>verapamil sr (sr 120 mg capsule, sr 180 mg capsule, sr 240 mg capsule, sr 360 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
Cardiovascular Agents, Other		
<i>acetazolamide (125 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>aliskiren (150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>amiloride hcl-hctz 5-50 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>amlodipine besylate-benazepril (2.5-10, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 10-20 mg, 10-40 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<i>amlodipine-atorvastatin (2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg, 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-olmesartan (5-20 mg, 5-40 mg, 10-20 mg, 10-40 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-valsartan (5-160 mg, 5-320 mg, 10-160 mg, 10-320 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hctz (5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg, 10-160-12.5mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>atenolol-chlorthalidone (50-25, 100-25)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tb, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
CAMZYOS (2.5 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE, 15 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>digoxin 62.5 mcg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide (5-12.5 mg tab, 10-25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
ENTRESTO SPRINKLE (6-6MG PELLET, 15-16 MG PLT)	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
FILSPARI (200 MG TABLET, 400 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tb, 300-12.5 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>ivabradine hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>losartan-hydrochlorothiazide (50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i> (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
<i>metirosine 250 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
MYQORZO (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
NEXLETOL 180 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i> (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>pentoxifylline er 400 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ranolazine er (er 500 mg tablet, er 1,000 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>sacubitril-valsartan (49-51 mg, 97-103 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>sacubitril-valsartan 24-26 mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>spironolactone-hctz 25-25 tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i> (37.5-25 mg cp, 37.5-25 mg tb, 75-50 mg tab)	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<i>valsartan-hydrochlorothiazide (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
VANRAFIA 0.75 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
VERQUVO (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
VOYXACT 400 MG/2 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
WEGOVY (0.25 MG/0.5 ML PEN, 0.5 MG/0.5 ML PEN, 1 MG/0.5 ML PEN)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
WEGOVY (1.7 MG/0.75 ML PEN, 2.4 MG/0.75 ML PEN)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (3 per 28 days)
Diuretics, Loop		
<i>bumetanide (0.25 mg/ml vial, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/4 ml vial, 2 mg tablet, 2.5 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>furosemide (10 mg/ml solution, 20 mg tablet, 20 mg/2 ml vial, 40 mg tablet, 40 mg/4 ml vial, 40 mg/5 ml soln, 80 mg tablet, 100 mg/10 ml vial, 500 mg/50 ml vial, 1,000 mg/100 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<i>torsemide (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Diuretics, Potassium-sparing		
<i>amiloride hcl 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>triamterene 100 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
Diuretics, Thiazide		
<i>chlorthalidone (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cp, 12.5 mg tb, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>indapamide (1.25 mg tablet, 2.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>metolazone (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Dyslipidemics, Fibric Acid Derivatives		
<i>fenofibrate (48 mg tablet, 54 mg tablet, 145 mg tablet, 160 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<i>fenofibric acid (dr 45 mg cap, dr 135 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>gemfibrozil 600 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors		
<i>atorvastatin calcium (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin 40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>rosuvastatin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin 20 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (45 per 30 days)
<i>simvastatin 40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
Dyslipidemics, Other		
<i>cholestyramine (packet, powder)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cholestyramine light (packet, powder)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>colesevelam 625 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>colestipol hcl (1 gm tablet, granules, granules packet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ezetimibe 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>icosapent ethyl (0.5 gm capsule, 1 gram capsule, 500 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
NEXLIZET 180-10 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>niacin er (er 500 mg tablet, er 750 mg tablet, er 1,000 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>omega-3 ethyl esters 1 gm cap</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
PREVALITE (PACKET, POWDER)	\$0 (Tier 1)	
REDEMPLO 25 MG/0.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (0.5 per 90 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
REPATHA 140 MG/ML SURECLICK	\$0 (Tier 1)	PA
REPATHA 140 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
TRYNGOLZA (50 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (0.8 per 28 days)
Mineralocorticoid Receptor Antagonists		
<i>eplerenone (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	ST
KERENDIA (10 MG TABLET, 20 MG TABLET, 40 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>spironolactone (25 mg tablet, 25 mg/5 ml susp, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Vasodilators, Direct-acting Arterial		
<i>hydralazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>minoxidil (2.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venous		
<i>isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>isosorbide mononit er 60 mg tb</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>isosorbide mononitrate er (er 30 mg tb, er 120 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	
NITRO-BID 2% OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
<i>nitroglycerin (0.3 mg tablet sl, 0.4 mg tablet sl, lingual 0.4 mg, 0.6 mg tablet sl, 400 mcg spray)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nitroglycerin 0.4% ointment</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 21 days), NDS
<i>nitroglycerin patch (0.1 patch, 0.2 patch, 0.4 patch, 0.6 patch)</i>	\$0 (Tier 1)	
NITROSTAT 0.6 MG TABLET SL	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Central Nervous System Agents		
Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) Agents		
RADICAVA ORS (105 MG/5 ML SUSP, STARTER KIT SUSP)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (70 per 14 days)
<i>riluzole 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
TIGLUTIK 50 MG/10 ML SUSP	\$0 (Tier 1)	PA, QL (600 per 30 days)
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Amphetamines		
<i>dextroamp-amphetamin 30 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
<i>dextroamphetamine 5 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>dextroamphetamine er 10 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (150 per 30 days)
<i>dextroamphetamine er 15 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
<i>dextroamphetamine er 5 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphet er (er 5 mg cap, er 10 mg cap, er 15 mg cap, er 20 mg cap, er 25 mg cap, er 30 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Central Nervous System Agents		
<i>dextroamphetamine-amphetamine (dextroamp-amphetam 7.5 mg tab, dextroamp-amphetam 12.5 mg tab, dextroamp-amphetamin 10 mg tab, dextroamp-amphetamin 15 mg tab, dextroamp-amphetamin 20 mg tab, dextroamp-amphetamine 5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-amphetamines		
<i>atomoxetine hcl (10 mg capsule, 18 mg capsule, 25 mg capsule, 40 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl (60 mg capsule, 80 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>clonidine hcl er 0.1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>guanfacine hcl er (er 1 mg tablet, er 2 mg tablet, er 3 mg tablet, er 4 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate (10 mg/9hr, 15 mg/9hr, 20 mg/9hr, 30 mg/9hr)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Central Nervous System Agents		
<i>methylphenidate 10 mg/5 ml sol</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate 5 mg/5 ml soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1800 per 30 days)
<i>methylphenidate er (er 10 mg tab, er 20 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate er (er 18 mg tab, er 27 mg tab, er 54 mg tab, er 72 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate er (la) (er(la) 10mg cp, er(la) 20mg cp, er(la) 30mg cp, er(la) 40mg cp, er(la) 60mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate er 36 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl cd (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, 50 mg cap, 60 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (cd) (er(cd) 10mg cp, er(cd) 20mg cp, er(cd) 30mg cp, er(cd) 40mg cp, er(cd) 50mg cp, er(cd) 60mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Central Nervous System Agents		
<i>methylphenidate la (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate sr 20 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
Central Nervous System Agents, Other		
AUSTEDO (6 MG TABLET, 12 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
AUSTEDO 9 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR (18 MG TABLET, 30 MG TABLET, 36 MG TABLET, 42 MG TABLET, 48 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR 12 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR 6 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (210 per 30 days)
AUSTEDO XR TITR(12-18-24-30MG)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 28 days)
<i>dextromethorphan-quinidn 20-10</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
INGREZZA (40 MG CAPSULE, 60 MG CAPSULE, 80 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Central Nervous System Agents		
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 28 days)
INGREZZA SPRINKLE (40 MG CAP, 60 MG CAP, 80 MG CAP)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>pregabalin er (er 82.5 mg tablet, er 165 mg tablet, er 330 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
SKYCLARYS 50 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>tetrabenazine (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
VEOZAH 45 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
Fibromyalgia Agents		
<i>milnacipran hcl (12.5 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
Multiple Sclerosis Agents		
AVONEX (30 MCG/0.5 ML SYRINGE, PREFILLED SYR 30 MCG KT)	\$0 (Tier 1)	PA
AVONEX 30 MCG/0.5 ML SYR (4PK)	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Central Nervous System Agents		
AVONEX PEN (PEN 30 MCG/0.5 ML, PEN 30 MCG/0.5 ML KIT)	\$0 (Tier 1)	PA
AVONEX PEN 30 MCG/0.5 ML (4PK)	\$0 (Tier 1)	PA
BETASERON 0.3 MG INJECTION	\$0 (Tier 1)	PA
<i>dalfampridine er 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>dimethyl fumarate (30d start pk, dr 120 mg cp, dr 240 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>fingolimod 0.5 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer acetate (20 mg/ml syringe, 40 mg/ml syringe)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
GLATOPA (20 MG/ML SYRINGE, 40 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
PONVORY (14-DAY STARTER PACK, 20 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA
TASCENSO ODT (ODT 0.25 MG TABLET, ODT 0.5 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Central Nervous System Agents		
<i>teriflunomide (7 mg tablet, 14 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
VUMERITY DR 231 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Dental and Oral Agents		
Dental and Oral Agents		
<i>cevimeline hcl 30 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>chlorhexidine gluconate (0.12% 15 ml cup, 0.12% rinse)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>doxycycline hyclate (20 mg tab, 50 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
KOURZEQ 0.1% DENTAL PASTE	\$0 (Tier 1)	
<i>pilocarpine hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>triamcinolone 0.1% paste</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Dermatological Agents		
Acne and Rosacea Agents		
ACCUTANE (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>acitretin (10 mg capsule, 17.5 mg capsule, 25 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
AMNESTEEM (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>azelaic acid 15% gel</i>	\$0 (Tier 1)	
CLARAVIS (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>clind ph-benzoyl perox 1.2-5%</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>erythromycin-benzoyl gel</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>isotretinoin (10 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
NEUAC GEL	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Dermatological Agents		
<i>tazarotene (0.05% cream, 0.1% cream)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>tazarotene (0.05% gel, 0.1% gel)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (100 per 30 days)
<i>tretinoin (0.01% gel, 0.025% cream, 0.025% gel, 0.05% cream, 0.05% gel, 0.1% cream)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
ZENATANE (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
Dermatitis and Pruritus Agents		
ALA-CORT 1% CREAM	\$0 (Tier 1)	
<i>amcinonide (0.1% cream, 0.1% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ammonium lactate (12% cream, 12% lotion)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>betamethasone diprop augmented (dp 0.05% crm, dp 0.05% gel, dp 0.05% lot, dp 0.05% oin)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>betamethasone dipropionate (dp 0.05% crm, dp 0.05% lot, dp 0.05% oint, dp aug 0.05% crm)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Dermatological Agents		
<i>betamethasone valerate (va 0.1% cream, va 0.1% lotion, valer 0.1% ointm)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clobetasol emollient 0.05% crm</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clobetasol propionate (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.05% solution, 0.05% topical lotn)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>desonide (0.05% cream, 0.05% lotion, 0.05% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>desoximetasone (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.25% cream, 0.25% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diflorasone diacetate (0.05% cream, 0.05% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>doxepin 5% cream</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>fluocinolone acetonide (0.01% cream, 0.01% scalp oil, 0.01% solution, 0.025% cream, 0.025% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluocinonide (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.05% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Dermatological Agents		
<i>fluocinonide-e 0.05% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluticasone propionate (0.005% oint, 0.05% cream, 0.05% lotion)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>halobetasol propionate (0.05% cream, 0.05% ointmnt)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrocortisone (1% cream, 1% ointment, 2.5% cream, 2.5% lotion, 2.5% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrocortisone butyrate (buty 0.1% cream, butyr 0.1% oint, butyr 0.1% soln)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrocortisone valerate (0.2% cream, 0.2% ointmt)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mometasone furoate (0.1% cream, 0.1% oint, 0.1% soln)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pimecrolimus 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	PA
PROCTO-MED HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
PROCTOSOL-HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
PROCTOZONE-HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Dermatological Agents		
<i>selenium sulfide 2.5% lotion</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tacrolimus (0.03% ointment, 0.1% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>triamcinolone acetonide (0.025% cream, 0.025% lotion, 0.025% oint, 0.05% ointment, 0.1% cream, 0.1% lotion, 0.1% ointment, 0.5% cream, 0.5% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
TRIDERM 0.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	
Dermatological Agents, Other		
<i>calcipotriene (0.005% cream, 0.005% ointment, 0.005% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>clotrimazole-betamethasone (crm, lot)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diclofenac sodium 3% gel</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
EUCRISA 2% OINTMENT	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
FILSUVEZ 10% GEL	\$0 (Tier 1)	PA
<i>fluorouracil (2% soln, 5% soln)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Dermatological Agents		
<i>fluorouracil 0.5% cream</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>fluorouracil 5% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>imiquimod 5% cream packet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>methoxsalen (10 mg capsule, 10 mg softgel)</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>nystatin-triamcinolone (cream, ointm)</i>	\$0 (Tier 1)	
OTEZLA (10-20 MG STARTER 28, 10-20-30MG START 28)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (55 per 28 days)
OTEZLA (20 MG TABLET, 30 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
OTEZLA XR 75 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
OTEZLA XR INITIATION PK 28 DAY	\$0 (Tier 1)	PA, QL (41 per 28 days)
<i>podofilox 0.5% topical soln</i>	\$0 (Tier 1)	
QBREXZA 2.4% CLOTH	\$0 (Tier 1)	PA
SANTYL OINTMENT	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), NDS
SILVADENE 1% CREAM	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Dermatological Agents		
<i>silver sulfadiazine 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
SPEVIGO 300 MG/2 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
SSD 1% CREAM	\$0 (Tier 1)	
VALCHLOR 0.016% GEL	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ZORYVE (0.05% CREAM, 0.15% CREAM, 0.3% CREAM, 0.3% FOAM)	\$0 (Tier 1)	PA
Pediculicides/Scabicides		
CROTAN 10% LOTION	\$0 (Tier 1)	PA, QL (454 per 30 days)
<i>malathion 0.5% lotion</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>permethrin 5% cream</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
PRURADIK 10% LOTION	\$0 (Tier 1)	PA, QL (454 per 30 days)
Topical Anti-infectives		
<i>acyclovir 5% cream</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
<i>acyclovir 5% ointment</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>ciclopirox (0.77% cream, 0.77% topical susp, 8% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Dermatological Agents		
CLEOCIN 100 MG VAGINAL OVULE	\$0 (Tier 1)	
clindamycin 1% gel	\$0 (Tier 1)	
clindamycin phosphate (ph 1% gel, ph 1% solution, phos 1% pledget, phosp 1% lotion, phosphate 1% gel)	\$0 (Tier 1)	
econazole nitrate 1% cream	\$0 (Tier 1)	
erythromycin (2% gel, 2% solution)	\$0 (Tier 1)	
gentamicin sulfate (0.1% cream, 0.1% ointment)	\$0 (Tier 1)	
mupirocin 2% cream	\$0 (Tier 1)	NDS
mupirocin 2% ointment	\$0 (Tier 1)	
naftifine hcl (1% cream, 2% cream)	\$0 (Tier 1)	
oxiconazole nitrate 1% cream	\$0 (Tier 1)	
SULFAMYLLON 8.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	
ZELSUVMI 10.3% GEL	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
Electrolyte/Mineral Replacements		
<i>carglumic acid 200 mg tab susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>fluoride (0.25 mg tablet chew, 0.5 mg tablet chew, 1 mg tablet chewable)</i>	\$0 (Tier 1)	
ISOLYTE S IV SOLN PH7.4	\$0 (Tier 1)	
KLOR-CON 10 MEQ TABLET	\$0 (Tier 1)	
KLOR-CON 8 MEQ TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>magnesium sulfate 50% syringe</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>multiple electrolytes t1 ph7.4</i>	\$0 (Tier 1)	
PLASMA-LYTE A PH 7.4 SOLN.	\$0 (Tier 1)	
PLASMA-LYTE A SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
<i>potassium chloride (cl10%(20meq/15ml)cup, cl10%(40meq/30ml)cup, cl20%(40meq/15ml)cup, cl 2 meq/ml conc, cl 10 meq/100 ml sol, cl 10 meq/5 ml conc, cl 10% (20 meq/15ml), cl 10% (40 meq/30ml), cl 20 meq/10 ml conc, cl 20 meq/100 ml sol, cl 20% (40 meq/15ml), cl 30 meq/15 ml conc, cl 40 meq/20 ml conc, cl 60 meq/30 ml conc, cl er 8 meq capsule, cl er 8 meq tablet, cl er 10 meq capsule, cl er 10 meq tablet, cl er 15 meq tablet, cl er 20 meq tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
<i>potassium chloride-0.9% nacl (20 meq/1,000ml-ns, 40 meq/1,000ml-ns)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>potassium citrate er (er 5 tab, er 10 tb, er 15 tb)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>potassium cl 20 meq-0.45% nacl</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>potassium cl 20 meq/10 ml conc</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>potassium cl 20meq/100ml-water</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sodium chloride (saline 0.45% soln-excel con, sodium chloride 0.45% soln, sodium chloride 0.9% 100 ml, sodium chloride 0.9% 1,000 ml, sodium chloride 0.9% 250 ml, sodium chloride 0.9% 50 ml, sodium chloride 0.9% 500 ml, sodium chloride 0.9% irrig, sodium chloride 0.9% irrig., sodium chloride 0.9% prcss sol, sodium chloride 0.9% sol-excel, sodium chloride 0.9% soln, sodium chloride 0.9% solution, sodium chloride 0.9% vial, sodium chloride 3% iv soln, sodium chloride 5% iv soln)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
<i>sodium chloride 0.9%-water</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sodium fluoride 2.2 mg (fluoride ion 1 mg) oral tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers		
CHEMET 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	
<i>deferasirox (90 mg tablet, 125 mg tb for susp, 180 mg tablet, 250 mg tb for susp, 360 mg tablet, 500 mg tb for susp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>deferiprone 1,000 mg tb(3x/dy)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>deferiprone 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
DOJOLVI LIQUID	\$0 (Tier 1)	PA
FERRIPROX 100 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA
<i>tolvaptan (15 mg tablet, 15 mg-15 mg tablet, 30 mg tablet, 30 mg-15 mg tablet, 45 mg-15 mg tablet, 60 mg-30 mg tablet, 90 mg-30 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>trientine hcl 250 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
ALTRIXA OB PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
AZENTRA PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
CLINIMIX (4.25%-10% SOLUTION, 4.25%-5% SOLUTION, 5%-15% SOLUTION, 5%-20% SOLUTION)	\$0 (Tier 1)	PA
CLINIMIX E (2.75%-5% SOLUTION, 4.25%-10% SOLUTION, 4.25%-5% SOLUTION, 5%-15% SOLUTION, 5%-20% SOLUTION)	\$0 (Tier 1)	PA
CLINISOL 15% SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
CLINOLIPID (20% (100 GM/500 ML), 20% (20 GM/100 ML), 20% (200 GM/1000ML), 20% (50 GM/250 ML))	\$0 (Tier 1)	PA
<i>dextrose 10%-0.2% nacl iv soln</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
<i>dextrose 10%-0.45% nacl iv sol</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose 2.5%-0.45% nacl iv</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose 5%-0.2% nacl iv soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose 5%-0.225% nacl iv sol</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose 5%-0.45% nacl iv soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose 5%-0.9% nacl iv soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose in water (5%-water 100 ml, 5%-water 1,000 ml, 5%-water 250 ml, 5%-water 50 ml, 5%-water iv soln, 10%-water iv solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
EMBRIVA PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
FOLATEXCEL PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
GESTYRA PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>glucose in water (5%-water 100 ml, 5%-water 50 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
INTRALIPID (20% IV EMUL, 30% IV EMUL)	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
ISOLYTE P-DEXTROSE 5% SOLN	\$0 (Tier 1)	
<i>kcl-d5w-0.45% nacl (10 meq/500ml-d5w-0.45%nacl, 10 meq/l-d5w-0.45% nacl, 20 meq/l-d5w-0.45% nacl, 40 meq/l-d5w-0.45% nacl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levocarnitine (1 g/10 ml cup, 1 g/10 ml soln, 330 mg tablet, 500 mg/5 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>magnesium sulfate (50% 1 g/2 ml, 50% 10g/20ml, 50% 25g/50ml, 50% 5 g/10ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
MATERNACEL PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
MATERVIA PRENATAL CAPSULE	\$0 (Tier 1)	
MATRONEX PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
NATAL PNV TABLET	\$0 (Tier 1)	
NEO-VITAL RX TABLET	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
NEOMATERNA PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
NUTRILIPID 20% IV FAT EMULSION	\$0 (Tier 1)	PA
ONE NATAL RX PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
PREMASOL 10% IV SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA
<i>prenatal vitamin with minerals and folic acid greater than 0.8 mg oral tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
PRENOVA PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
PROSOL 20% INJECTION	\$0 (Tier 1)	PA
TPN ELECTROLYTES VIAL	\$0 (Tier 1)	
TRAVASOL 10% SOLN VIAFLEX	\$0 (Tier 1)	PA
TROPHAMINE 10% IV SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA
VITALARA PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
WESNATAL DHA COMPLETE	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
Phosphate Binders		
<i>calcium acetate (667 mg capsule, 667 mg gelcap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>sevelamer carbonate (0.8 gm powder packet, 2.4 gm powder packet, carbonate 800 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>sevelamer hcl (400 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
Potassium Binders		
KIONEX 15 GM/60 ML SUSPENSION	\$0 (Tier 1)	
LOKELMA 10 GRAM POWDER PACKET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (34 per 30 days)
LOKELMA 5 GRAM POWDER PACKET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>sodium polystyrene sulfonate (sodium polystyrene sulf powder, sps 15 gm/60 ml suspension, sps 30 gm/120 ml enema, sps 50 gm/200 ml enema)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
SPS (15 GM/60 ML SUSPENSION, 30 GM/120 ML ENEMA SUSP)	\$0 (Tier 1)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Gastrointestinal Agents		
Anti-Constipation Agents		
CONSTULOSE 10 GM/15 ML SOLN	\$0 (Tier 1)	
ENULOSE 10 GM/15 ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
GENERLAC 10 GM/15 ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
KRISTALOSE (10 GM PACKET, 20 GM PACKET)	\$0 (Tier 1)	PA
<i>lactulose (10 gm packet, 20 gm packet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>lactulose (10 gm/15 ml soln cup, 10 gm/15 ml solution, 20 gm/30 ml soln cup, 20 gm/30 ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Gastrointestinal Agents		
LINZESS (72 MCG CAPSULE, 145 MCG CAPSULE, 290 MCG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>lubiprostone (8 mcg capsule, 24 mcg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
MOVANTIK (12.5 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days), NDS
RELISTOR (8 MG/0.4 ML SYRINGE, 12 MG/0.6 ML KIT, 12 MG/0.6 ML SYRINGE, 12 MG/0.6 ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
RELISTOR 150 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days), NDS
SUTAB 1.479-0.225-0.188 GM TAB	\$0 (Tier 1)	
TRULANCE 3 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Anti-Diarrheal Agents		
<i>alosetron hcl (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>diphenoxylate-atropine (diphenoxylat-atrop 2.5-0.025/5, diphenoxylate-atrop 2.5-0.025)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Gastrointestinal Agents		
<i>loperamide 2 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
MYTESI 125 MG DR TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days), NDS
VIBERZI (75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
XERMELO 250 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
Antispasmodics, Gastrointestinal		
<i>dicyclomine hcl (10 mg capsule, 10 mg/5 ml soln, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>glycopyrrolate (1 mg tablet, 1.5 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Gastrointestinal Agents, Other		
<i>bismuth-metro-tetr 140-125-125</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 10 days), NDS
GATTEX 5 MG INJECTION	\$0 (Tier 1)	PA
GAVILYTE-C SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
GAVILYTE-G SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
GAVILYTE-N SOLUTION	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Gastrointestinal Agents		
GOLYTELY SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
<i>lansoprazol-amoxicil-clarithro</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>peg 3350-electrolyte solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>peg-3350 and electrolytes soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>peg3350 100-7.5-2.691-1.01-5.9</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sod sul-potass sul-mag sul sol</i>	\$0 (Tier 1)	
TALICIA DR 10-250-12.5 MG CAP	\$0 (Tier 1)	PA, QL (168 per 14 days), NDS
<i>ursodiol (250 mg tablet, 300 mg capsule, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
VELSIPITY 2 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA
VOQUEZNA DUAL PAK	\$0 (Tier 1)	PA, QL (112 per 14 days)
VOQUEZNA TRIPLE PAK	\$0 (Tier 1)	PA, QL (112 per 14 days), NDS
VOWST CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (12 per 3 days), NDS
Histamine-2 (H2) Receptor Antagonists		
<i>cimetidine (200 mg tablet, 300 mg tablet, 400 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Gastrointestinal Agents		
<i>famotidine (20 mg tablet, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml susp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nizatidine (150 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
Protectants		
<i>misoprostol (100 mcg tablet, 200 mcg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sucralfate 1 gm tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Proton Pump Inhibitors		
<i>esomeprazole magnesium (dr 20 mg cap, dr 40 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole (dr 15 mg capsule, dr 30 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>omeprazole (dr 10 mg capsule, dr 40 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>omeprazole dr 20 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>pantoprazole sod dr 20 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole sod dr 40 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole sod dr 20 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
AQNEURSA 1 GRAM GRANULE PACKET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
<i>betaine 1 gram/scoop powder</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
CHOLBAM (50 MG CAPSULE, 250 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA
CREON (DR 3,000 CAPSULE, DR 6,000 CAPSULE, DR 12,000 CAPSULE, DR 24,000 CAPSULE, DR 36,000 CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA
CTEXLI 250 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
CYSTAGON (50 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA
CYSTARAN 0.44% EYE DROPS	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
DAYBUE STIX (5,000 MG PACKET, 6,000 MG PACKET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
DAYBUE STIX 8,000 MG PACKET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>dichlorphenamide 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
DUVYZAT 8.86 MG/ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 1)	PA, QL (420 per 30 days)
FORZINITY 280 MG/3.5 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA, QL (14 per 28 days)
<i>glycerol phenylbut 1.1 gram/ml</i>	\$0 (Tier 1)	PA
HARLIKU 2 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
JAVYGTOR (100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET, 500 MG POWDER PACKET)	\$0 (Tier 1)	PA
JOENJA 70 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
KYGEVVI 4 GM (2GM-2GM) POWD PK	\$0 (Tier 1)	PA
<i>l-glutamine 5 gram powder pkt</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
LOARGYS 2 MG/0.4 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
<i>miglustat 100 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
MIPLYFFA (47 MG CAPSULE, 62 MG CAPSULE, 93 MG CAPSULE, 124 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
ORMALVI 50 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
PERTZYE (DR 4,000 CAPSULE, DR 8,000 CAPSULE, DR 16,000 CAPSULE, DR 24,000 CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA
PLENAMINE 15% SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA
PROLASTIN C (1,000 MG VIAL, 1,000 MG/20 ML VL)	\$0 (Tier 1)	PA
PYRUKYND (20-5 MG PACK, 50-20 MG PACK)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (14 per 14 days)
PYRUKYND 20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (56 per 28 days)
PYRUKYND 5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (7 per 7 days)
PYRUKYND 5 MG TAPER PACK	\$0 (Tier 1)	PA, QL (7 per 7 days)
PYRUKYND 50 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (56 per 28 days)
REVCovi 2.4 MG/1.5 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
RIVFLOZA 128 MG/0.8 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (0.8 per 28 days)
RIVFLOZA 160 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1 per 28 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
RIVFLOZA 80 MG/0.5 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA, QL (0.5 per 28 days)
<i>sapropterin dihydrochloride (100 mg powder pkt, 100 mg tablet, 500 mg powder pkt)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
SIKLOS (100 MG TABLET, 1,000 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
<i>sodium phenylbutyrate (500mg tb, powder)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
VIOKACE (10,440-39,150 UNIT TAB, 20,880-78,300 UNITS TB)	\$0 (Tier 1)	PA
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
WAINUA 45 MG/0.8 ML AUTOINJECT	\$0 (Tier 1)	PA
WELIREG 40 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA NSO
XROMI 100 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA
YARGESA 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA
ZENPEP (DR 3,000 CAPSULE, DR 5,000 CAPSULE, DR 10,000 CAPSULE, DR 15,000 CAPSULE, DR 20,000 CAPSULE, DR 25,000 CAPSULE, DR 40,000 CAPSULE, DR 60,000 CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Genitourinary Agents		
Antispasmodics, Urinary		
<i>darifenacin er (er 7.5 mg tablet, er 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>fesoterodine fumarate er (er 4 mg tablet, er 8 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>flavoxate hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
GEMTESA 75 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>mirabegron er (er 25 mg tablet, er 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>mirabegron er 8 mg/ml susp</i>	\$0 (Tier 1)	QL (100 per 10 days)
<i>oxybutynin chloride (5 mg tablet, 5 mg/5 ml soln cup, 5 mg/5 ml solution, 5 mg/5 ml syrup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>oxybutynin chloride er (er 5 mg tablet, er 10 mg tablet, er 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>solifenacin succinate (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Genitourinary Agents		
<i>tolterodine tartrate er (er 2 mg cap, er 4 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>trospium chloride 20 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>trospium chloride er 60 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Benign Prostatic Hypertrophy Agents		
<i>alfuzosin hcl er 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride 0.5 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>finasteride 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>tadalafil (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
Genitourinary Agents, Other		
<i>bethanechol chloride (5 mg tablet, 10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
ELMIRON 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
LITHOSTAT 250 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA
<i>penicillamine 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Genitourinary Agents		
<i>tiopronin (100 mg tablet, dr 100 mg tablet, dr 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
VENXXIVA (DR 100 MG TABLET, DR 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
CORTROPHIN (GEL 40 UNIT/0.5 ML, GEL 80 UNIT/ML SYR)	\$0 (Tier 1)	PA
CORTROPHIN GEL 400 UNIT/5 ML	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 28 days), NDS
<i>deflazacort (6 mg tablet, 18 mg tablet, 22.75 mg/ml susp, 30 mg tablet, 36 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>dexamethasone (0.5 mg tablet, 0.5 mg/5 ml cup, 0.5 mg/5 ml elx, 0.5 mg/5 ml liq, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet, 1.5 mg tablet, 2 mg tablet, 4 mg tablet, 6 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
<i>fludrocortisone 0.1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
JAYTHARI (6 MG TABLET, 18 MG TABLET, 22.75 MG/ML ORAL SUSP, 30 MG TABLET, 36 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA
KYMBEE (6 MG TABLET, 18 MG TABLET, 22.75 MG/ML ORAL SUSP, 30 MG TABLET, 36 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA
<i>methylprednisolone (4 mg dosepk, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tab, 32 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prednisolone (15 mg/5 ml soln, 15 mg/5 ml syrup, 15mg/5ml soln cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prednisolone sodium phosphate (sod 1% eye drop, 5 mg/5 ml soln, 10 mg/5 ml soln, 15 mg/5 ml soln, 15mg/5ml soln cup, 20 mg/5 ml soln, sod ph 25 mg/5 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prednisone (1 mg tablet, 2.5 mg tablet, 5 mg tab dose pack, 5 mg tablet, 5 mg/5 ml solution, 10 mg tab dose pack, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
PREDNISON INTENSOL 5 MG/ML	\$0 (Tier 1)	
PYQUVI 22.75 MG/ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 1)	PA

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
CRENESSITY (50 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>desmopressin acetate (0.01% solution, acetate 0.1 mg tb, acetate 0.2 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	
EGRIFTA WR (11.6 MG VIAL, 11.6MG FOUR-VL KIT)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (4 per 28 days)
GENOTROPIN (MINIQUICK 0.2 MG, MINIQUICK 0.4 MG, MINIQUICK 0.6 MG, MINIQUICK 0.8 MG, MINIQUICK 1 MG, MINIQUICK 1.2 MG, MINIQUICK 1.4 MG, MINIQUICK 1.6 MG, MINIQUICK 1.8 MG, MINIQUICK 2 MG, 5 MG CARTRIDGE, 12 MG CARTRIDGE)	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
HUMATROPE (6 MG CARTRIDGE, 12 MG CARTRIDGE, 24 MG CARTRIDGE)	\$0 (Tier 1)	PA
INCRELEX 40 MG/4 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
ISTURISA (1 MG TABLET, 5 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA
NORDITROPIN FLEXPOR (5 MG/1.5, 10 MG/1.5, 15 MG/1.5)	\$0 (Tier 1)	PA
OMNITROPE (5 MG/1.5 ML CRTG, 5.8 MG VIAL, 10 MG/1.5 ML CRTG)	\$0 (Tier 1)	PA
SKYTROFA (0.7 MG CARTRIDGE, 1.4 MG CARTRIDGE, 1.8 MG CARTRIDGE, 2.1 MG CARTRIDGE, 2.5 MG CARTRIDGE, 3 MG CARTRIDGE, 3.6 MG CARTRIDGE, 4.3 MG CARTRIDGE, 5.2 MG CARTRIDGE, 6.3 MG CARTRIDGE, 7.6 MG CARTRIDGE, 9.1 MG CARTRIDGE, 11 MG CARTRIDGE, 13.3 MG CARTRIDGE)	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
SOGROYA (5 MG/1.5 ML PEN, 10 MG/1.5 ML PEN, 15 MG/1.5 ML PEN)	\$0 (Tier 1)	PA
ZOMACTON 5 MG VIAL	\$0 (Tier 1)	PA

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
Androgens		
danazol (50 mg capsule, 100 mg capsule, 200 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
methyltestosterone 10 mg cap	\$0 (Tier 1)	PA NSO
testosterone (1% (25mg/2.5g) pk, 1% (50 mg/5 g) pk, 1.62% (2.5 g) pkt, 1.62% gel pump, 1.62%(1.25 g) pkt, 12.5 mg/1.25 gram, 25 mg/2.5 gm pkt, 30 mg/1.5 ml pump, 50 mg/5 gram gel, 50 mg/5 gram pkt)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
testosterone cypionate (testosteron 2,000 mg/10 ml, testosterone 100 mg/ml, testosterone 200 mg/ml, testosterone 500 mg/2.5 ml, testosterone 500 mg/5 ml, testosterone 1,000 mg/10ml, testosterone 1,000 mg/5 ml, testosterone 2,000 mg/10ml, testosterone 6,000 mg/30ml)	\$0 (Tier 1)	PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
<i>testosterone enanthate (testosteron 1,000 mg/5 ml, testosterone 200 mg/ml)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
Estrogens		
ANNOVERA VAGINAL RING	\$0 (Tier 1)	
<i>conjugated estrogens (estrogen 0.625mg tb, estrogens 0.3 mg tb, estrogens 0.45mg tb, estrogens 0.9 mg tb, estrogens 1.25mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML VIAL	\$0 (Tier 1)	
DOTTI (0.025 MG PATCH, 0.0375 MG PATCH, 0.05 MG PATCH, 0.075 MG PATCH, 0.1 MG PATCH)	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
ESTRACE 0.01% CREAM	\$0 (Tier 1)	
<i>estradiol (0.01% cream, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 10 mcg vaginal insrt)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>estradiol (0.025 mg patch, 0.0375 mg patch, 0.05 mg patch, 0.075 mg patch, 0.1 mg patch)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
<i>estradiol (once weekly) (0.025 mg patch(1/wk), 0.0375mg patch(1/wk), 0.06 mg patch (1/wk), 0.075 mg patch(1/wk), 0.1 mg patch (1/wk))</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
<i>estradiol (twice weekly) (0.025 mg patch(2/wk), 0.0375mg patch(2/wk), 0.05 mg patch (2/wk), 0.075 mg patch(2/wk), 0.1 mg patch (2/wk))</i>	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol 0.05 mg patch (1/wk)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol valerate (20 mg/ml vl, 40 mg/ml vl, 50 mg/5 ml, 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
ESTRING (2 MG VAGINAL RING, 7.5 MCG/DAY (2MG) RING)	\$0 (Tier 1)	
FEMRING (0.05 VAG RING, 0.10 VAG RING)	\$0 (Tier 1)	
IMVEXXY (4 MCG MAINTENANCE PACK, 4 MCG STARTER PACK, 10 MCG MAINTENANCE PAK, 10 MCG STARTER PACK)	\$0 (Tier 1)	QL (18 per 28 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
LYLLANA (0.025 MG PATCH, 0.0375 MG PATCH, 0.05 MG PATCH, 0.075 MG PATCH, 0.1 MG PATCH)	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
MENOSTAR 14 MCG/DAY PATCH	\$0 (Tier 1)	
PREMARIN VAGINAL CREAM-APPL	\$0 (Tier 1)	
YUVAFEM (10 MCG INSERT, 10 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers), Other		
ABIGALE 1 MG-0.5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
ABIGALE LO 0.5-0.1 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
ACTIVELLA 1 MG-0.5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
ALTAVERA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ALYACEN 1-35 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ANGELIQ (0.25 MG-0.5 MG TABLET, 0.5 MG-1 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
APRI 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
ARANELLE 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ASHLYNA 0.15-0.03-0.01 MG TAB	\$0 (Tier 1)	
AUBRA EQ-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
AUBRA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
AVIANE-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
AZURETTE 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
BALCOLTRA TABLET	\$0 (Tier 1)	
BALZIVA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
BEYAZ 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
BLISOVI 24 FE TABLET	\$0 (Tier 1)	
BLISOVI FE 1.5-30 TABLET	\$0 (Tier 1)	
BRIELLYN 0.4 MG-0.035 MG TAB	\$0 (Tier 1)	
CAMRESE LO TABLET	\$0 (Tier 1)	
CLIMARA PRO PATCH	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
COMBIPATCH (0.05-0.14 MG, 0.05-0.25 MG)	\$0 (Tier 1)	
CRYSELLE-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
CYRED 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
CYRED EQ 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
DOLISHALE 90-20 MCG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>drosp-ee-levomef 3-0.02-0.451</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
ELURYNG VAGINAL RING	\$0 (Tier 1)	
ENILLORING VAGINAL RING	\$0 (Tier 1)	
ENSKYCE 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ESTARYLLA 0.25-0.035 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>estradiol-norethindrone acetat (0.5-0.1 mg tb, 1-0.5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>etonogestrel-ee vaginal ring</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
FALMINA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
FEIRZA (1 MG-20 MCG TABLET, 1.5 MG-30 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
FEMLYV 1 MG-0.02 MG ODT	\$0 (Tier 1)	
FINZALA 1-0.02(24)-75 CHEW TAB	\$0 (Tier 1)	
FYAVOLV (0.5 MG-2.5 MCG TABLET, 1 MG-5 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
GALBRIELA 0.8-0.025 MG CHEW TB	\$0 (Tier 1)	
GEMMILY 1 MG-20 MCG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	
HAILEY 24 FE 1 MG-20 MCG TAB	\$0 (Tier 1)	
HAILEY FE 1-20 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ICLEVIA 0.15 MG-0.03 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
INTRAROSA 6.5 MG VAG INSERT	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
INTROVALE 0.15-0.03 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
ISIBLOOM 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
JAIMIESS 0.15-0.03-0.01 MG TAB	\$0 (Tier 1)	
JASMIEL 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
JINTELI 1 MG-5 MCG TABLET	\$0 (Tier 1)	
JOYEAUX-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
JULEBER 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
JUNEL (1 MG-20 MCG TABLET, 1.5 MG-30 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
JUNEL FE (1 MG-20 MCG TABLET, 1.5 MG-30 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
JUNEL FE 24 TABLET	\$0 (Tier 1)	
KAITLIB FE 0.8-0.025MG CHEW TB	\$0 (Tier 1)	
KARIVA 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
KELNOR 1-35 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
KURVELO-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
KYLEENA 19.5 MG SYSTEM	\$0 (Tier 1)	
LARIN (1.5 MG-30 MCG TABLET, 21 1-20 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
LARIN FE (1-20 TABLET, 1.5-30 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
LESSINA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
LEVONEST-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>levonor-e estrad 0.1-0.02-0.01</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levonorg-ee-fe bis 0.1-0.02-36</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levonorgestrel-eth estradiol (estra 0.09-0.02 mg, estrad 0.1-0.02 mg, estrad 0.15-0.03, estrad triphasic)</i>	\$0 (Tier 1)	
LILETTA 52 MG SYSTEM	\$0 (Tier 1)	
LO LOESTRIN FE 1-10 TABLET	\$0 (Tier 1)	
LOESTRIN (21 1-20 TABLET, 21 1.5-30 TABLET)	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
LOESTRIN FE (1-20 TABLET, 1.5-30 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
LOJAIMIESS 0.1-0.02-0.01 TAB	\$0 (Tier 1)	
LORYNA 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
LOW-OGESTREL-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
LUIZZA (1 MG-20 MCG TABLET, 1.5 MG-30 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
MARLISSA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
MIBELAS 24 FE CHEWABLE TABLET	\$0 (Tier 1)	
MICROGESTIN (21 1-20 TABLET, 21 1.5-30 TAB)	\$0 (Tier 1)	
MICROGESTIN FE (1-20 TABLET, 1.5-30 TAB)	\$0 (Tier 1)	
MILI 0.25-0.035 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
MIMVEY 1-0.5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
MINZOYA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
MIRENA 52 MG SYSTEM	\$0 (Tier 1)	
NATAZIA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
NECON 0.5-35-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
NEXTSTELLIS 3-14.2 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
NIKKI 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>norelgestrom-ee 150-35 mcg/day</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindron-ethinyl estradiol (norethin-eth 1 mg-5 mcg, norethind-eth 0.5-2.5, norethind-eth 1-0.02 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron (1-0.02(24)-75 cap, 1-0.02(24)-75 chw)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol (norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.025, norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.035, norg-ethin estra 0.25-0.035 mg, norgestimate-ee 0.25-0.035 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
NORTREL (0.5-35-28 TABLET, 1-35 21 TABLET, 1-35 28 TABLET, 7-7-7-28 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
NUVARING VAGINAL RING	\$0 (Tier 1)	
NYLIA (1-35 28 TABLET, 7-7-7-28 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
PIMTREA 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
PORTIA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
PREMPHASE 0.625-5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
PREMPRO (0.3 MG-1.5 MG TABLET, 0.45-1.5 MG TABLET, 0.625-2.5 MG TABLET, 0.625-5 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
RECLIPSEN 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
RIVELSA TABLET	\$0 (Tier 1)	
ROSYRAH TABLET	\$0 (Tier 1)	
SAFYRAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
SETLAKIN 0.15 MG-0.03 MG TAB	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
SKYLA 13.5 MG SYSTEM	\$0 (Tier 1)	
SLYND 4 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
SPRINTEC 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
SYEDA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TARINA 24 FE 1 MG-20 MCG TAB	\$0 (Tier 1)	
TARINA FE 1-20 EQ TABLET	\$0 (Tier 1)	
TARINA FE 1-20 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TILIA FE 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-ESTARYLLA TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-LEGEST FE-28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-LO-ESTARYLLA TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-LO-SPRINTEC TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-MILI 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-SPRINTEC TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-VYLIBRA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
TRI-VYLIBRA LO TABLET	\$0 (Tier 1)	
TURQOZ-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TWIRLA 120-30 MCG/DAY PATCH	\$0 (Tier 1)	
TYBLUME 0.1-0.02 MG CHEW TAB	\$0 (Tier 1)	
TYDEMY 3-0.03-0.451 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
VALTYA (1 MG-35 MCG TABLET, 1 MG-50 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
VELIVET 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
VESTURA 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
VIENVA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
VIORELE 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
VYFEMLA 0.4 MG-0.035 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
VYLIBRA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
WYMZYA FE (0.4-0.035 MG CHEW TB, CHEWABLE TABLET)	\$0 (Tier 1)	
XARAH FE 1 MG/20-30-35 MCG TAB	\$0 (Tier 1)	
XELRIA FE 0.4-0.035 MG CHEW TB	\$0 (Tier 1)	
XULANE 150-35 MCG/DAY PATCH	\$0 (Tier 1)	
YASMIN 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
YAZ 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ZAFEMY 150-35 MCG/DAY PATCH	\$0 (Tier 1)	
ZOVIA 1-35 TABLET	\$0 (Tier 1)	
Progestins		
CAMILA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
CRINONE (4% GEL, 8% GEL)	\$0 (Tier 1)	PA
DEBLITANE 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SYRINGE	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
ERRIN 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
GALLIFREY 5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
HEATHER 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
INCASSIA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
LYLEQ 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
LYZA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 150 mg/ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>megestrol 400 mg/10ml susp cup</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>megestrol acetate (20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>megestrol acetate 40mg/ml oral suspension</i>	\$0 (Tier 1)	PA
MELEYA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	\$0 (Tier 1)	
NORA-BE TABLET	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
<i>norethindrn 5 mg tb (lupaneta)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindrone 0.35 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindrone 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ORQUIDEA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>progesterone (100 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
SHAROBEL 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
Selective Estrogen Receptor Modifying Agents		
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>raloxifene hcl 60 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)		

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سواالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

<i>levothyroxine sodium (13 mcg capsule, 25 mcg capsule, 25 mcg tablet, 50 mcg capsule, 50 mcg tablet, 75 mcg capsule, 75 mcg tablet, 88 mcg capsule, 88 mcg tablet, 100 mcg capsule, 100 mcg tablet, 112 mcg capsule, 112 mcg tablet, 125 mcg capsule, 125 mcg tablet, 137 mcg capsule, 137 mcg tablet, 150 mcg capsule, 150 mcg tablet, 175 mcg capsule, 175 mcg tablet, 200 mcg capsule, 200 mcg tablet, 300 mcg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
---	--------------	--

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)		
LEVOXYL (25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET, 75 MCG TABLET, 88 MCG TABLET, 100 MCG TABLET, 112 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 137 MCG TABLET, 150 MCG TABLET, 175 MCG TABLET, 200 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
LIOMNY (5 MCG TABLET, 25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)		
<i>liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
REZDIFFRA (60 MG TABLET, 80 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
SYNTHROID (25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET, 75 MCG TABLET, 88 MCG TABLET, 100 MCG TABLET, 112 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 137 MCG TABLET, 150 MCG TABLET, 175 MCG TABLET, 200 MCG TABLET, 300 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
THYQUIDITY 100 MCG/5 ML SOLN	\$0 (Tier 1)	
TIROSINT-SOL (13 MCG/ML SOLN, 25 MCG/ML SOLN, 37.5 MCG/ML SOLN, 44 MCG/ML SOLN, 50 MCG/ML SOLN, 62.5 MCG/ML SOLN, 75 MCG/ML SOLN, 88 MCG/ML SOLN, 100 MCG/ML SOLN, 112 MCG/ML SOLN, 125 MCG/ML SOLN, 137 MCG/ML SOLN, 150 MCG/ML SOLN, 175 MCG/ML SOLN, 200 MCG/ML SOLN)	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)		
UNITHROID (25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET, 75 MCG TABLET, 88 MCG TABLET, 100 MCG TABLET, 112 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 137 MCG TABLET, 150 MCG TABLET, 175 MCG TABLET, 200 MCG TABLET, 300 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
<i>cabergoline 0.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ELIGARD 22.5 MG SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ELIGARD 30 MG SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ELIGARD 30 MG SYRINGE KIT	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ELIGARD 45 MG SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ELIGARD 7.5 MG SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
FIRMAGON (2 X 120 MG KIT, 2 X 120 MG VIALS, 80 MG KIT, 80 MG VIAL, 120 MG VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>leuprolide acetate (1 mg/0.2 ml vial, 2wk 1 mg/0.2 ml kit, 2wk 14 mg/2.8 ml kt, 2wk 14 mg/2.8 ml vl)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LUPRON DEPOT (3.75 MG KIT, 7.5 MG 1 MONTH KT, 11.25 MG 3MO KIT, 22.5 MG 3MO KIT, 30 MG 4 MONTH KIT, 45 MG 6 MONTH KIT)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LUPRON DEPOT (LUPANETA) (DEPO 11.25MG (LUPANETA), DEPOT 3.75MG (LUPANETA))	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>mifepristone 300 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
MYFEMBREE 40 MG-1 MG-0.5 MG TB	\$0 (Tier 1)	PA
<i>octreotide acetate (acet 0.05 mg/ml vl, acet 50 mcg/ml amp, acet 50 mcg/ml vial, acet 100 mcg/ml amp, acet 100 mcg/ml vl, acet 200 mcg/ml vl, acet 500 mcg/ml amp, acet 500 mcg/ml vl, 1,000 mcg/5 ml vial, 1,000 mcg/ml vial, 5,000 mcg/5 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
ORIAHNN 300-1-0.5MG/300MG CAPS	\$0 (Tier 1)	PA
SIGNIFOR (0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
SOMAVERT (10 MG VIAL, 15 MG VIAL, 20 MG VIAL, 25 MG VIAL, 30 MG VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
SYNAREL 2 MG/ML NASAL SPRAY	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
TRELSTAR (3.75 MG VIAL, 22.5 MG VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
TRELSTAR 11.25 MG VIAL	\$0 (Tier 1)	PA NSO, NDS

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Suppressant (Thyroid)		
Antithyroid Agents		
<i>methimazole (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>propylthiouracil 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
Angioedema Agents		
CINRYZE (500 VIAL, 500 VIAL-DILUENT)	\$0 (Tier 1)	PA
DAWNZERA 80 MG/0.8 ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA
HAEGARDA (2,000 VIAL, 3,000 VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
<i>icatibant 30 mg/3 ml syringe</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
SAJAZIR 30 MG/3 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
TAKHZYRO (150 MG/ML SYRINGE, 300 MG/2 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
Immunoglobulins		
GAMMAGARD LIQUID 10% VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
GAMMAGARD LIQUID ERC (LIQUID 5 G/50 ML, LIQUID 10G/100ML)	\$0 (Tier 1)	PA
GAMMAGARD S-D (5 G (IGA<1) SOLN, 10 G (IGA<1) SOL)	\$0 (Tier 1)	PA, NDS

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
Immunological Agents		
ENTYVIO 108 MG/0.68 ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1.36 per 28 days)
GRASTEK 2,800 BAU SL TABLET	\$0 (Tier 1)	PA
ODACTRA 12 SQ-HDM SL TABLET	\$0 (Tier 1)	PA
REZUROCK 200 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA NSO
TARPEYO DR 4 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
TAVNEOS 10 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
VOYDEYA (100 MG TABLET, 150 MG DOSE TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
Immunological Agents, Other		
ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
ACTEMRA ACTPEN 162 MG/0.9 ML	\$0 (Tier 1)	PA
ANDEMBRY 200 MG/1.2 ML AUTOINJ	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
ARCALYST 220 MG VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
BENLYSTA (200 MG/ML AUTOINJECT, 200 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
COSENTYX 300 MG DOSE-2 SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
COSENTYX SENSOREADY 150 MG PEN	\$0 (Tier 1)	PA
COSENTYX SNRDY 300MG DOSE-2PEN	\$0 (Tier 1)	PA
COSENTYX SYRINGE (75 MG/0.5 ML SYRINGE, 150 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
COSENTYX UNOREADY 300 MG PEN	\$0 (Tier 1)	PA
DUPIXENT PEN (200 MG/1.14 ML PEN, 300 MG/2 ML PEN)	\$0 (Tier 1)	PA
DUPIXENT SYRINGE (200 MG/1.14 ML SYRING, 300 MG/2 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
EMPAVELI 1,080 MG/20 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA, QL (160 per 28 days)
ICOTYDE 200 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
IMULDOSA (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 90 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
KEVZARA (150 MG/1.14 ML PEN INJ, 200 MG/1.14 ML PEN INJ, 200 MG/1.14 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
KINERET 100 MG/0.67 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
LEQSELVI 8 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
LITFULO 50 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
OLUMIANT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
OMVOH (200 MG/2 ML SYRINGE, 300 MG DOSE - 2 SYRINGES)	\$0 (Tier 1)	PA
OMVOH PEN (200 MG/2 ML PEN, 300 MG DOSE - 2 PENS)	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
ORENCIA (50 MG/0.4 ML SYRINGE, 87.5 MG/0.7 ML SYRINGE, 125 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
ORENCIA CLICKJECT 125 MG/ML	\$0 (Tier 1)	PA
OTULFI (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 90 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
RINVOQ (ER 15 MG TABLET, ER 30 MG TABLET, ER 45 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1260 per 28 days)
SAPHNELO 120 MG/0.8 ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA NSO
SAPHNELO 120 MG/0.8 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
SILIQ 210 MG/1.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
SKYRIZI (55 MG/0.37 ML SYRINGE, 150 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
SKYRIZI 150 MG/ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML ON-BODY	\$0 (Tier 1)	PA
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML ON-BODY	\$0 (Tier 1)	PA
SOTYKTU 6 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
SPEVIGO 150 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
STEQEYMA (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 45 MG/0.5 ML VIAL, 90 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
TALTZ 80 MG/ML AUTOINJECTOR	\$0 (Tier 1)	PA
TALTZ 80 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
TALTZ SYRINGE (20 MG/0.25 ML SYRINGE, 40 MG/0.5 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
<i>tofacitinib 1 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (300 per 30 days)
<i>tofacitinib citrate (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
<i>tofacitinib citrate er (er 11 mg tablet, er 22 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
TREMFYA (100 MG/ML SYRINGE, 200 MG/2 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
TREMFYA 100 MG/ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA
TREMFYA 200 MG/2 ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA
TREMFYA INDCT 200MG/2ML X2 PEN	\$0 (Tier 1)	PA
XOLAIR (75 MG/0.5 ML AUTOINJECT, 75 MG/0.5 ML SYRINGE, 150 MG/1.2 ML POWDER VL, 150 MG/ML AUTOINJECTOR, 150 MG/ML SYRINGE, 300 MG/2 ML AUTOINJECT, 300 MG/2 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
YESINTEK (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 45 MG/0.5 ML VIAL, 90 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
ZILBRYSQ 16.6 MG/0.416 ML SYRN	\$0 (Tier 1)	PA, QL (12 per 28 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
ZILBRYSQ 23 MG/0.574 ML SYRING	\$0 (Tier 1)	PA, QL (17 per 28 days)
ZILBRYSQ 32.4 MG/0.81 ML SYRNG	\$0 (Tier 1)	PA, QL (23 per 28 days)
Immunostimulants		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA NSO
BESREMI 500 MCG/0.5 ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA NSO
BESREMI 500 MCG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LEUKINE 250 MCG VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
PEGASYS (180 MCG/0.5 ML SYRINGE, 180 MCG/ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
Immunosuppressants		
<i>adalimumab-aaty(cf)</i> <i>(adalimumab-aaty(cf)</i> <i>20mg/0.2ml, adalimumab-aaty(cf) 40mg/0.4ml)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>adalimumab-aaty(cf) autoinject</i> <i>(adalimumab-aaty(cf)</i> <i>40mg/0.4ml, adalimumab-aaty(cf) 80mg/0.8ml)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
<i>adalimumab-aaty(cf) crohn 80mg</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>adalimumab-fkjp(cf)</i> (<i>adalimumab-fkjp(cf) 20 mg, adalimumab-fkjp(cf) 40 mg</i>)	\$0 (Tier 1)	PA
<i>adalimumab-fkjp(cf) pen 40 mg</i>	\$0 (Tier 1)	PA
AZASAN (75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>azathioprine (50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
CELLCEPT (200 MG/ML ORAL SUSP, 250 MG CAPSULE, 500 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
CIMZIA 2X200 MG VIAL KIT	\$0 (Tier 1)	PA
CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT	\$0 (Tier 1)	PA
<i>cyclosporine (25 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>cyclosporine modified (25 mg, 50 mg, 100 mg, 100mg/ml)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
ENBREL (25 MG/0.5 ML SYRINGE, 25 MG/0.5 ML VIAL, 50 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
ENBREL 50 MG/ML MINI CARTRIDGE	\$0 (Tier 1)	PA
ENBREL 50 MG/ML SURECLICK	\$0 (Tier 1)	PA
ENVARUSUS XR (0.75 MG TABLET, 1 MG TABLET, 4 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>everolimus (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
GENGRAF (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
HADLIMA 40 MG/0.8 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8 ML	\$0 (Tier 1)	PA
HADLIMA(CF) 40 MG/0.4 ML SYRNG	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH 40MG/0.4	\$0 (Tier 1)	PA
HYFTOR 0.2% GEL	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
JYLAMVO 2 MG/ML ORAL SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
<i>leflunomide (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>methotrexate (2.5 mg tablet, 50 mg/2 ml vial, 250 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>methotrexate sodium (1 gram/40 ml vial, 25 mg/ml vial, 50 mg/2 ml vial, 100 mg/4 ml vial, 200 mg/8 ml vial, 250 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mycophenolate mofetil (200 mg/ml susp, 250 mg capsule, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>mycophenolic acid (dr 180 mg tb, dr 360 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
MYFORTIC (180 MG TABLET, 360 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
MYHIBBIN 200 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 1)	PA BVD
NEORAL (25 MG GELATIN CAPSULE, 100 MG GELATIN CAPSULE, 100 MG/ML SOLUTION)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
PROGRAF (0.2 MG GRANULE PACKET, 0.5 MG CAPSULE, 1 MG CAPSULE, 1 MG GRANULE PACKET, 5 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
SANDIMMUNE (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
SIMPONI (100 MG/ML PEN INJECTOR, 100 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (3 per 28 days)
SIMPONI (50 MG/0.5 ML PEN INJEC, 50 MG/0.5 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1 per 28 days)
<i>sirolimus (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/ml solution, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
<i>tacrolimus (0.5 mg capsule, 0.5 mg capsule (ir), 1 mg capsule, 1 mg capsule (ir), 5 mg capsule, 5 mg capsule (ir))</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>tacrolimus xl (0.5 mg capsule, 1 mg capsule, 5 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
TYENNE 162 MG/0.9 ML AUTOINJCT	\$0 (Tier 1)	PA
TYENNE 162 MG/0.9 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
XATMEP 2.5 MG/ML ORAL SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
YULITHIRA (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 7.5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ZORTRESS (0.25 MG TABLET, 0.5 MG TABLET, 0.75 MG TABLET, 1 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
ZYMFENTRA 120 MG/ML PEN KIT	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
ZYMFENTRA 120 MG/ML SYRINGE KT	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
Vaccines		
ABRYSVO VIAL	\$0 (Tier 1)	
ACTHIB VACCINE	\$0 (Tier 1)	
ADACEL TDAP (SYRINGE, VIAL)	\$0 (Tier 1)	
AREXVY VACCINE	\$0 (Tier 1)	
<i>bcg vaccine (tice strain) vial</i>	\$0 (Tier 1)	
BEXSERO PREFILLED SYRINGE	\$0 (Tier 1)	
BOOSTRIX TDAP VACCINE SYRINGE	\$0 (Tier 1)	
DAPTACEL DTAP VACCINE	\$0 (Tier 1)	
ENGRIX-B ADULT (20 MCG/ML SYRN, 20 MCG/ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
ENGRIX-B PEDI 10 MCG/0.5 SYRN	\$0 (Tier 1)	PA
GARDASIL 9 (9 SYRINGE, 9 VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
HAVRIX (720 UNIT/0.5 ML SYRINGE, 1,440 UNIT/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5 ML SYRNG	\$0 (Tier 1)	PA
HIBERIX VACCINE	\$0 (Tier 1)	
IMOVAX RABIES VACCINE VIAL	\$0 (Tier 1)	
INFANRIX DTAP VACCINE	\$0 (Tier 1)	
IPOL VIAL	\$0 (Tier 1)	
IXIARO VACCINE	\$0 (Tier 1)	
JYNNEOS VACCINE	\$0 (Tier 1)	
KINRIX VACCINE	\$0 (Tier 1)	
M-M-R II VACCINE VIAL	\$0 (Tier 1)	
MENQUADFI VIAL	\$0 (Tier 1)	
MENVEO VACCINE	\$0 (Tier 1)	
MRESVIA 50 MCG/0.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
PEDIARIX 0.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	
PEDVAXHIB VACCINE VIAL	\$0 (Tier 1)	
PENBRAYA VACCINE	\$0 (Tier 1)	
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y KIT	\$0 (Tier 1)	
PENTACEL VACCINE	\$0 (Tier 1)	
PRIORIX VIAL	\$0 (Tier 1)	
PROQUAD VIAL	\$0 (Tier 1)	
QUADRACEL DTAP-IPV (SYRINGE, VIAL)	\$0 (Tier 1)	
RABAVERT VACCINE	\$0 (Tier 1)	NDS
RECOMBIVAX HB (5 MCG/0.5 ML SYR, 5 MCG/0.5 ML VL, 10 MCG/ML SYR, 10 MCG/ML VIAL, 40 MCG/ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
ROTARIX VACCINE ORAL SYRINGE	\$0 (Tier 1)	
ROTATEQ VACCINE	\$0 (Tier 1)	
SHINGRIX VACCINE	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 365 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
TENIVAC (SYRINGE, VIAL)	\$0 (Tier 1)	
TICOVAC (1.2 MCG/0.25 ML SYRING, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML VACCIN	\$0 (Tier 1)	
TWINRIX VACCINE SYRINGE	\$0 (Tier 1)	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SYRNG	\$0 (Tier 1)	
VAQTA (25 UNITS/0.5 ML SYRINGE, 25 UNITS/0.5 ML VIAL, 50 UNITS/ML SYRINGE, 50 UNITS/ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	
VARIVAX VACCINE	\$0 (Tier 1)	
VAXCHORA VACCINE	\$0 (Tier 1)	
VIMKUNYA 40 MCG/0.8 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	
VIVOTIF EC CAPSULE	\$0 (Tier 1)	
YF-VAX (1 VIAL, 5 VIAL)	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Inflammatory Bowel Disease Agents		
Aminosalicylates and/or Prodrugs		
<i>balsalazide disodium 750 mg cp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mesalamine (4 gm/60 ml enema, 800 mg dr tablet, 1,000 mg supp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mesalamine dr 1.2 gm tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine dr 400 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mesalamine er 500 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
PENTASA 250 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (480 per 30 days)
<i>sulfasalazine 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulfasalazine dr 500 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
Glucocorticoids		
ANUSOL-HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>budesonide 2 mg rectal foam</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>budesonide dr 3 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>budesonide ec 3 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrocortisone (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 100 mg/60 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Metabolic Bone Disease Agents		
Metabolic Bone Disease Agents		
<i>alendronate sod 70 mg/75 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>alendronate sodium (35 mg tab, 70 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
<i>alendronate sodium 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
BILDYOS 60 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
BILPREVDA 120 MG/1.7 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
BOMYNTRA (120 MG/1.7 ML SYRINGE, 120 MG/1.7 ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
BONSITY 560 MCG/2.24 ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA
<i>calcitonin-salmon (200 unit spr, 200 units sp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>calcitriol (0.25 mcg capsule, 0.5 mcg capsule, 1 mcg/ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cinacalcet hcl (30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Metabolic Bone Disease Agents		
CONEXXENCE 60 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>doxercalciferol (0.5 mcg cap, 1 mcg capsule, 2.5 mcg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)
<i>paricalcitol (1 mcg capsule, 2 mcg capsule, 4 mcg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
PROLIA 60 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
RAYALDEE (ER 30 MCG CAP (HARD), ER 30 MCG CAP (SOFT))	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>risedronate sodium 150 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)
<i>risedronate sodium 35 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate sodium 35 mg tab (dose pack of 12)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 84 days)
SOHONOS (1 MG CAPSULE, 1.5 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA
<i>teriparatide 560mcg/2.24ml pen</i>	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Metabolic Bone Disease Agents		
TYMLOS 80 MCG DOSE PEN INJECTR	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 30 days)

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Ophthalmic Agents		
Ophthalmic Agents, Other		
<i>atropine 1% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>cyclosporine 0.05% eye emuls</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>dorzolamide-timolol eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
MIEBO 100% EYE DROP	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>neo-bacit-poly-hc eye ointment</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomyc-bacit-polymix eye oint</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomyc-polym-gramicid eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-poly-hc eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (neomyc-polym-dexamet ointm, neomyc-polym-dexameth drop)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Ophthalmic Agents		
<i>pilocarpine hcl 1.25% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
<i>sulf-pred 10-0.23% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
TOBRADEX EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	QL (7 per 30 days), NDS
<i>tobramycin-dexameth ophth susp</i>	\$0 (Tier 1)	
TYRVAYA 0.03 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 1)	PA, QL (8.4 per 30 days)
XIIDRA 5% EYE DROPS	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Ophthalmic Anti-Infectives		
AZASITE 1% EYE DROPS	\$0 (Tier 1)	
<i>bacitracin-polymyxin eye oint</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>besifloxacin 0.6% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
CILOXAN 0.3% OINTMENT	\$0 (Tier 1)	PA
<i>ciprofloxacin 0.3% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>erythromycin 0.5% eye ointment</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gatifloxacin 0.5% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gentamicin 0.3% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Ophthalmic Agents		
<i>moxifloxacin (0.5% drops, 0.5% drp-visc)</i>	\$0 (Tier 1)	
NATACYN 5% EYE DROPS	\$0 (Tier 1)	
<i>ofloxacin 0.3% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>polymyxin b-tmp eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulfacetamide 10% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
TOBREX 0.3% EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
<i>trifluridine 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
XDEMYVY 0.25% DROP	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
ZIRGAN 0.15% OPHTHALMIC GEL	\$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Anti-allergy Agents		
<i>azelastine hcl 0.05% drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cromolyn 4% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Anti-inflammatories		
<i>bromfenac sodium 0.09% eye drp</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Ophthalmic Agents		
<i>dexamethasone 0.1% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diclofenac 0.1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>difluprednate 0.05% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
FLAREX 0.1% EYE DROPS	\$0 (Tier 1)	
<i>fluorometholone (0.1% drops, 0.1% eye drop)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>flurbiprofen 0.03% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
FML FORTE 0.25% EYE DROPS	\$0 (Tier 1)	
<i>ketorolac tromethamine (0.4% solution, 0.5% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
LOTEMAX 0.5% EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	QL (10 per 180 days)
<i>loteprednol 0.5% ophthalmic gel</i>	\$0 (Tier 1)	QL (10 per 180 days)
<i>loteprednol etabonate 0.2% drp</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>loteprednol etabonate 0.5% drp</i>	\$0 (Tier 1)	
NEVANAC (0.1% DROPTAINER, 0.1% EYE DROP)	\$0 (Tier 1)	QL (6 per 180 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Ophthalmic Agents		
PRED MILD 0.12% EYE DROPS	\$0 (Tier 1)	
<i>prednisolone ac 1% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents		
<i>betaxolol hcl 0.5% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>carteolol hcl 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levobunolol 0.5% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>timolol maleate (0.25% gel-solution, maleate 0.25% eye drop, 0.5% eye drop, 0.5% gel-solution, 0.5% gfs gel-solution, maleate 0.5% eye drops)</i>	\$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other		
<i>acetazolamide er 500 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>apraclonidine hcl 0.5% drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>bimatoprost 0.03% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	ST
<i>brimonidine tartrate (tartrate 0.1% drop, tartrate 0.15% drp, 0.2% eye drop)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>brimonidine-timolol 0.2%-0.5%</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Ophthalmic Agents		
<i>brinzolamide 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dorzolamide hcl 2% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
IOPIDINE 1% EYE DROP	\$0 (Tier 1)	
<i>latanoprost 0.005% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>methazolamide (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pilocarpine hcl (1% drops, 2% drops, 4% drops)</i>	\$0 (Tier 1)	
RHOPRESSA 0.02% OPHTH SOLUTION	\$0 (Tier 1)	QL (5 per 30 days)
ROCKLATAN 0.02%-0.005% EYE DRP	\$0 (Tier 1)	QL (5 per 30 days)
<i>travoprost 0.004% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	ST
VYZULTA 0.024% OPHTH SOLUTION	\$0 (Tier 1)	ST

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Otic Agents		
Otic Agents		
<i>acetic acid 2% ear solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ciproflox-dexameth otic susp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ciprofloxacin-hydrocort 0.2-1%</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluocinolone oil 0.01% ear drp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ear soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ear susp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ofloxacin 0.3% ear drops</i>	\$0 (Tier 1)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
Anti-inflammatories, Inhaled Corticosteroids		
ARNUITY ELLIPTA (50 MCG, 100 MCG, 200 MCG)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>budesonide (0.25 mg/2 ml susp, 0.5 mg/2 ml susp, 1 mg/2 ml inh susp)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<i>flunisolide 0.025% spray</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (50 per 30 days)
<i>fluticasone prop 100mcg diskus</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>fluticasone prop 250 mcg disk</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
<i>fluticasone prop 50 mcg diskus</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>fluticasone prop 50 mcg spray</i>	\$0 (Tier 1)	QL (16 per 30 days)
QVAR REDIHALER (40 MCG, 80 MCG)	\$0 (Tier 1)	QL (21.2 per 30 days)
Antihistamines		
<i>azelastine 0.1% (137 mcg) spry</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>cypheptadine hcl (2 mg/5 ml soln, 2 mg/5 ml syrup, 4 mg tablet, 4 mg/10 ml syr)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>desloratadine 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>levocetirizine 2.5 mg/5 ml sol</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levocetirizine 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Antileukotrienes		
<i>montelukast sodium (4 mg granules, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<i>zafirlukast (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Bronchodilators, Anticholinergic		
ATROVENT 17 MCG HFA INHALER	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>ipratropium br 0.02% soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ipratropium bromide (0.03% spray, 0.06% spray)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG, 2.5 MCG)	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 30 days)
<i>tiotropium 18 mcg cap-inhaler</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Bronchodilators, Sympathomimetic		
<i>albuterol sulfate (sul 0.63 mg/3 ml sol, sul 1.25 mg/3 ml sol, 2 mg/5 ml syrup cup, sul 2.5 mg/3 ml soln, sulf 2 mg/5 ml syrup, 2.5 mg/0.5 ml sol, 5 mg/ml solution, 8 mg/20 ml syrup cup, 15 mg/3 ml solution, 20 mg/4 ml solution, 25 mg/5 ml solution, 75 mg/15 ml soln, 100 mg/20 ml soln)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (proair generic)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (proventil generic)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (ventolin generic)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (36 per 30 days)
<i>arformoterol 15 mcg/2 ml soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>epinephrine (0.15 mg auto-inject, 0.3 mg auto-inject)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 30 days), NDS
<i>levalbuterol conc 1.25 mg/0.5</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3 ml sol, 0.63 mg/3 ml sol, 1.25 mg/3 ml sol)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>levalbuterol tar hfa 45mcg inh</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
NEFFY (1 MG/0.1 ML NASAL SPRAY, 2 MG/0.1 ML NASAL SPRAY)	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 30 days), NDS
SEREVENT DISKUS 50 MCG	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHAL SPRAY	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
Cystic Fibrosis Agents		
CAYSTON 75 MG INHAL SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
KALYDECO (5.8 MG GRANULES PKT, 13.4 MG GRANULES PKT, 25 MG GRANULES PACKET, 50 MG GRANULES PACKET, 75 MG GRANULES PACKET, 150 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
ORKAMBI (100 MG-125 MG TABLET, 200 MG-125 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (112 per 28 days)
ORKAMBI (75-94 MG GRANULE PKT, 100-125 MG GRANULE PKT, 150-188 MG GRANULE PKT)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (56 per 28 days)
PULMOZYME 1 MG/ML AMPUL	\$0 (Tier 1)	PA BVD
SYMDEKO (50/75 MG-75 MG TABLETS, 100/150 MG-150 MG TABS)	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
TOBI PODHALER 28 MG INHALE CAP	\$0 (Tier 1)	PA
<i>tobramycin (300 mg/4 ml, 300 mg/5 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
TRIKAFTA (50-25-37.5 MG/75 MG, 100-50-75 MG/150 MG)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (84 per 28 days)
TRIKAFTA (80-40-60MG/59.5MG PKT, 100-50-75 MG/75MG PKT)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (56 per 28 days)
Mast Cell Stabilizers		
<i>cromolyn sodium (20 mg/2 ml neb soln, 100 mg/5 ml oral conc)</i>	\$0 (Tier 1)	
Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease		
<i>roflumilast (250 mcg tablet, 500 mcg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>theophylline 80 mg/15 ml cup</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>theophylline 80 mg/15ml oral solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>theophylline anhydrous (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tab, er 450 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<i>theophylline er (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet, er 450 mg tablet, er 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Pulmonary Antihypertensives		
ADEMPAS (0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 1.5 MG TABLET, 2 MG TABLET, 2.5 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, LA
ALYQ 20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>bosentan (62.5 mg tablet, 125 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, LA, QL (60 per 30 days)
<i>bosentan 32 mg tablet for susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
ORENITRAM ER (ER 0.125 MG TABLET, ER 0.25 MG TABLET, ER 1 MG TABLET, ER 2.5 MG TABLET, ER 5 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT	\$0 (Tier 1)	PA
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT	\$0 (Tier 1)	PA
<i>sildenafil 20 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>sildenafil citrate (10 mg/ml oral susp, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>tadalafil 20mg tablet (adcirca generic)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
TADLIQ 20 MG/5 ML SUSPENSION	\$0 (Tier 1)	PA, QL (300 per 30 days)
Pulmonary Fibrosis Agents		
JASCAYD (9 MG TABLET, 18 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
OFEV (100 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>pirfenidone (267 mg capsule, 267 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (270 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<i>pirfenidone (534 mg tablet, 801 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
Respiratory Tract Agents, Other		
<i>acetylcysteine (10% vial, 20% vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
BREO ELLIPTA (50-25 MCG INHALER, 100-25 MCG INHALR, 200-25 MCG INHALR)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
BREYNA (80-4.5 MCG INHALER, 160-4.5 MCG INHALER)	\$0 (Tier 1)	QL (33 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE (160-18-4.8MCG, 160-9-4.8 MCG)	\$0 (Tier 1)	QL (10.7 per 30 days)
BRINSUPRI (10 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate (80-4.5, 160-4.5)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (33 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 30 days)
FASENRA (10 MG/0.5 ML SYRINGE, 30 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
FASENRA PEN 30 MG/ML	\$0 (Tier 1)	PA
<i>fluticasone prop hfa 220 mcg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa (hfa 44 mcg, hfa 110 mcg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol (100-50, 250-50, 500-50)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol (55-14, 113-14, 232-14)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol hfa (45-21, 115-21, 230-21)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>fluticasone-vilanterol (100-25, 200-25)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>iprat-albut 0.5-3(2.5) mg/3 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
NUCALA (100 MG/ML AUTO-INJECTOR, 100 MG/ML POWDER VIAL, 100 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (3 per 28 days)
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (0.4 per 28 days)
STIOLTO RESPIMAT (INHAL SPRAY, INHALER (10), INHALER (28), INHALER (60))	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1.91 per 28 days)
TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25, 200-62.5-25)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
WINREVAIR (2 PACK) (45 MG KIT, 60 MG KIT)	\$0 (Tier 1)	PA
WINREVAIR 45 MG VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
WINREVAIR 60 MG VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
WIXELA INHUB (100-50, 250-50, 500-50)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Skeletal Muscle Relaxants		
Skeletal Muscle Relaxants		
<i>carisoprodol 350 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>cyclobenzaprine hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>methocarbamol (500 mg tablet, 750 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Skeletal Muscle Relaxants		
<i>orphenadrine er 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Sleep Disorder Agents		
Sleep Promoting Agents		
<i>eszopiclone (1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>ramelteon 8 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>tasimelteon 20 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>temazepam (15 mg capsule, 30 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days), NDS
<i>triazolam (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days), NDS
<i>zaleplon (5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate er (er 6.25 mg tab, er 12.5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Sleep Disorder Agents		
Wakefulness Promoting Agents		
<i>armodafinil (50 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>modafinil (100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>sodium oxybate 0.5 g/ml soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Supplies		
Supplies		
<i>gauze pads & dressings - pads 2 x 2</i>	\$0 (Tier 1)	ST
<i>insulin pen needle</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
<i>insulin syringe (disp) u-100 0.3 ml</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
<i>insulin syringe (disp) u-100 1/2 ml</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Supplies		
<i>insulin syringe (disp) u-100 1ml</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
<i>isopropyl alcohol 0.7ml/ml medicated pad</i>	\$0 (Tier 1)	ST
<i>needles, insulin disp., safety</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

لیست داروهای تحت پوشش		acyclovir.....111,163		alprazolam.....113	
در این قسمت می توانید دارو را با جستجوی		acyclovir sodium.....111		ALTAVERA.....191	
نام دارو بر اساس حروف الفبا پیدا کنید. با		ADACEL TDAP.....223		ALTRIXA OB.....168	
اینکار شماره صفحه را پیدا کرده که در آن		adalimumab-aaty(cf).....217		ALUNBRIG.....74	
می توانید اطلاعات اضافی مربوط به پوشش		adalimumab-aaty(cf) ai		ALYACEN.....191	
را برای داروی خود پیدا کنید.		crohns.....218		ALYQ.....242	
		adalimumab-aaty(cf)		amantadine.....92	
		autoinject.....217		ambrisentan.....242	
1st Generation/Typical.....95		adalimumab-fkjp(cf).....218		amcinonide.....158	
		adalimumab-fkjp(cf) pen....218		amikacin sulfate.....30	
2nd Generation/Atypical.....96		adefovir dipivoxil.....109		amiloride hcl.....145	
		ADEMPAS.....242		amiloride-	
		AIMOVIG AUTOINJECTOR...65		hydrochlorothiazide.....140	
		AJOVY AUTOINJECTOR....65		Aminoglycosides.....30	
		AJOVY AUTOINJECTOR (3		Aminosalicylates and/or	
		PACK).....65		Prodrugs.....227	
		AJOVY SYRINGE.....65		amiodarone hcl.....134	
		AKEEGA.....74		amitriptyline hcl.....58	
		ALA-CORT.....158		amlodipine besylate.....137	
		albendazole.....91		amlodipine besylate-	
		albuterol sulfate.....238		benazepril.....140	
		albuterol sulfate hfa 90 mcg		amlodipine-atorvastatin....141	
		inhaler (proair generic)....239		amlodipine-olmesartan....141	
		albuterol sulfate hfa 90 mcg		amlodipine-valsartan.....141	
		inhaler (proventil generic)..239		amlodipine-valsartan-hctz..141	
		albuterol sulfate hfa 90 mcg		ammonium lactate.....158	
		inhaler (ventolin generic)...239		AMNESTEEM.....157	
		Alcohol Deterrents/Anti-		amoxapine.....58	
		craving.....28		amoxicillin.....35	
		ALECENSA.....74		amoxicillin-clavulanate	
		alendronate sodium.....228		potass.....36	
		alfuzosin hcl er.....183		amphotericin b.....61	
		aliskiren.....140		amphotericin b liposome....61	
		Alkylating Agents.....69		ampicillin sodium.....36	
		allopurinol.....64		ampicillin trihydrate.....36	
		alogliptin.....115		ampicillin-sulbactam.....36	
		alogliptin-metformin.....115		Amyotrophic Lateral Sclerosis	
		alosetron hcl.....174		(ALS) Agents.....150	
		Alpha-adrenergic Agonists...131		anagrelide hcl.....127	
		Alpha-adrenergic Blocking		ANALGESICS.....22	
		Agents.....132		Analgesics.....22	

Analgesics Combinations	22	Anti-influenza Agents	110	Antispasmodics, Gastrointestinal	175
<i>anastrozole</i>	73	Antiandrogens	69	Antispasmodics, Urinary	182
ANDEMBRY		Antiangiogenic Agents	70	ANTISPASTICITY	
AUTOINJECTOR	211	Antiarrhythmics	134	AGENTS	103
Androgens	188	ANTIBACTERIALS	30	Antispasticity Agents	103
ANESTHETICS	27	Antibacterials, Other	30	Antithyroid Agents	209
ANGELIQ	191	Anticholinergics	92	Antituberculars	68
Angioedema Agents	210	Anticoagulants	124	Antiviral, Coronavirus Agents	112
Angiotensin II Receptor Antagonists	132	ANTICONVULSANTS	42	ANTIVIRALS	104
Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors	133	Anticonvulsants, Other	42	ANUSOL-HC	227
ANNOVERA	189	ANTIDEMENTIA AGENTS	51	ANXIOLYTICS	112
Anthelmintics	91	Antidementia Agents, Other	51	Anxiolytics, Other	112
ANTI-		ANTIDEPRESSANTS	52	<i>apraclonidine hcl</i>	234
ADDICTION/SUBSTANCE		Antidepressants, Other	52	<i>aprepitant</i>	60,61
ABUSE TREATMENT		Antidiabetic Agents	115	APRI	192
AGENTS	28	ANTIEMETICS	59	APTIVUS	108
Anti-Constipation Agents	173	Antiemetics, Other	59	AQNEURSA	178
Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents	109	Antiestrogens/Modifiers	71	AQVESME	127
Anti-Diarrheal Agents	174	ANTIFUNGALS	61	ARANELLE	192
Anti-hepatitis B (HBV) Agents	109	Antifungals	61	ARCALYST	212
Anti-hepatitis C (HCV) Agents	110	ANTIGOUT AGENTS	64	AREXVY VACCINE	223
Anti-HIV Agents, Integrase Inhibitors (INSTI)	104	Antigout Agents	64	<i>arformoterol tartrate</i>	239
Anti-HIV Agents, Non- nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)	105	Antiherpetic Agents	111	ARIKAYCE	30
Anti-HIV Agents, Nucleoside and Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)	106	Antihistamines	237	<i>aripiprazole</i>	97
Anti-HIV Agents, Other	107	Antileukotrienes	237	<i>aripiprazole odt</i>	97
Anti-HIV Agents, Protease Inhibitors (PI)	108	Antimetabolites	71	ARISTADA	97
Anti-inflammatories, Inhaled Corticosteroids	236	ANTIMIGRAINE AGENTS	65	ARISTADA INITIO	98
		Antimigraine Agents	65	<i>armodafinil</i>	248
		ANTIMYASTHENIC AGENTS	67	ARNUITY ELLIPTA	236
		ANTIMYCOBACTERIALS	68	Aromatase Inhibitors, 3rd Generation	73
		Antimycobacterials, Other	68	<i>asenapine maleate</i>	98
		ANTINEOPLASTICS	69	ASHLYNA	192
		Antineoplastics	72	<i>aspirin-dipyridamole er</i>	130
		Antineoplastics, Other	72	<i>atazanavir sulfate</i>	108
		ANTIPARASITICS	91	<i>atenolol</i>	136
		ANTIPARKINSON AGENTS	92	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	141
		Antiparkinson Agents, Other	92	<i>atomoxetine hcl</i>	151
		Antiprotozoals	91	<i>atorvastatin calcium</i>	146
		ANTIPSYCHOTICS	95		
		Antipsychotics	102		

B

C

<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i>157	COPIKTRA.....76	<i>dapsone</i>68
<i>clindamycin phosphate</i> ..31,164	CORTROPHIN.....184	DAPTACEL DTAP.....223
<i>clindamycin phosphate-d5w</i> ..31	CORTROPHIN GEL 400 UNIT/5 ML.....184	<i>daptomycin</i>31
CLINIMIX.....168	COSENTYX (2 SYRINGES)212	<i>darifenacin er</i>182
CLINIMIX E.....168	COSENTYX SENSOREADY (2 PENS).....212	<i>darunavir</i>108
CLINISOL.....168	COSENTYX SENSOREADY PEN.....212	<i>dasatinib</i>76
CLINOLIPID.....168	COSENTYX SYRINGE.....212	DAURISMO.....76
<i>clobazam</i>45	COSENTYX UNOREADY PEN.....212	DAWNZERA.....210
<i>clobetasol emollient</i>159	COTELLIC.....76	DAYBUE STIX.....178
<i>clobetasol propionate</i>159	CRENESSITY.....186	DEBLITANE.....202
<i>clomipramine hcl</i>58	CREON.....178	<i>deferasirox</i>167
<i>clonazepam</i>45,46	CRESEMBA.....62	<i>deferiprone</i>167
<i>clonazepam 0.125 mg odt</i> ...46	CRINONE.....202	<i>deferiprone (3 times a day)</i> .167
<i>clonazepam 0.5 mg odt</i>46	<i>cromolyn sodium</i>232,241	<i>deflazacort</i>184
<i>clonazepam 1 mg odt</i>46	CROTAN.....163	DELSTRIGO.....105
<i>clonidine</i>131	CRYSELLE.....193	<i>demeclocycline hcl</i>41
<i>clonidine hcl</i>131	CTEXLI.....178	DENTAL AND ORAL AGENTS.....156
<i>clonidine hcl er</i>151	<i>cyclobenzaprine hcl</i>246	Dental and Oral Agents....156
<i>clopidogrel</i>130	<i>cyclophosphamide</i>69	DEPO-ESTRADIOL.....189
<i>clorazepate dipotassium</i>46	<i>cyclosporine</i>218,230	DEPO-SUBQ PROVERA 104.....202
<i>clotrimazole</i>62	<i>cyclosporine modified</i>218	Dermatitis and Pruritus Agents.....158
<i>clotrimazole-betamethasone</i>161	<i>cyproheptadine hcl</i>237	DERMATOLOGICAL AGENTS.....157
<i>clozapine</i>103	CYRED.....193	Dermatological Agents, Other.....161
<i>clozapine odt</i>103	CYRED EQ.....193	DESCOVY.....106
COARTEM.....91	CYSTAGON.....178	<i>desipramine hcl</i>58
COBENFY.....102,103	CYSTARAN.....178	<i>desloratadine</i>237
COBENFY STARTER PACK.....103	Cystic Fibrosis Agents.....240	<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr</i>186
<i>codeine sulfate</i>26	D	<i>desmopressin acetate</i>186
<i>colchicine</i>64	<i>dabigatran etexilate</i>124	<i>desonide</i>159
<i>colesevelam hcl</i>115,147	<i>dalbavancin hcl</i>31	<i>desoximetasone</i>159
<i>colestipol hcl</i>147	<i>dalfampridine er</i>155	<i>desvenlafaxine er</i>54,55
<i>colistimethate</i>31	<i>danazol</i>188	<i>desvenlafaxine succinate er</i> .55
COMBIPATCH.....193	<i>dantrolene sodium</i>104	<i>dexamethasone</i>184
COMBIVENT RESPIMAT...244	DANZITEN.....76	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>233
COMETRIQ.....75	<i>dapagliflozin</i>115	
CONEXXENCE.....229	<i>dapagliflozin-metformin er</i> ..115	
<i>conjugated estrogens</i>189		
CONSTULOSE.....173		

<i>dextroamphetamine sulfate</i>	150	<i>diltiazem hcl</i>	139	DUPIXENT PEN.....	212
<i>dextroamphetamine sulfate</i>		<i>dimethyl fumarate</i>	155	DUPIXENT SYRINGE.....	212
<i>er</i>	150	<i>diphenoxylate-atropine</i>	174	<i>dutasteride</i>	183
<i>dextroamphetamine-amphet</i>		<i>dipyridamole</i>	130	DUVYZAT.....	179
<i>er</i>	150	<i>disopyramide phosphate</i>	134	Dyslipidemics, Fibrin Acid	
<i>dextroamphetamine-</i>		<i>disulfiram</i>	28	Derivatives.....	145
<i>amphetamine</i>	150,151	Diuretics, Loop.....	144	Dyslipidemics, HMG CoA	
<i>dextromethorphan hbr-</i>		Diuretics, Potassium-		Reductase Inhibitors.....	146
<i>quinidine</i>	153	sparing.....	145	Dyslipidemics, Other.....	147
<i>dextrose 10%-0.2% nacl</i>	168	Diuretics, Thiazide.....	145		
<i>dextrose 10%-0.45% nacl</i> ...	169	<i>divalproex sodium</i>	42	E	
<i>dextrose 2.5%-0.45% nacl</i> ...	169	<i>divalproex sodium er</i>	43	<i>ec-naproxen</i>	23
<i>dextrose 5%-0.2% nacl</i>	169	<i>dofetilide</i>	134	<i>econazole nitrate</i>	164
<i>dextrose 5%-0.225% nacl</i> ...	169	DOJOLVI.....	167	EDURANT PED.....	105
<i>dextrose 5%-0.45% nacl</i>	169	DOLISHALE.....	193	<i>efavirenz</i>	105
<i>dextrose 5%-0.9% nacl</i>	169	<i>donepezil hcl</i>	51	<i>efavirenz-emtricitenofovir</i>	
<i>dextrose in water</i>	169	<i>donepezil hcl odt</i>	51	<i>disop</i>	105
DIACOMIT.....	42	Dopamine Agonists.....	93	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	
<i>diazepam</i>	46,113	Dopamine Precursors and/or L-		<i>disop</i>	105
<i>diazoxide</i>	120	Amino Acid Decarboxylase		EGRIFTA WR.....	186
<i>dichlorphenamide</i>	178	Inhibitors.....	94	Electrolyte/Mineral	
<i>diclofenac epolamine</i>	23	DOPTelet.....	130,131	Replacements.....	165
<i>diclofenac potassium</i>	23	<i>dorzolamide hcl</i>	235	Electrolyte/Mineral/Metal	
<i>diclofenac sodium</i>	23,161,233	<i>dorzolamide-timolol</i>	230	Modifiers.....	167
<i>diclofenac sodium er</i>	23	DOTTI.....	189	ELECTROLYTES/MINERALS/	
<i>dicloxacillin sodium</i>	37	DOVATO.....	104	METALS/VITAMINS.....	165
<i>dicyclomine hcl</i>	175	<i>doxazosin mesylate</i>	132	Electrolytes/Minerals/Metals/Vit	
DIFICID.....	39	<i>doxepin hcl</i>	58,159	amins.....	168
<i>diflorasone diacetate</i>	159	<i>doxercalciferol</i>	229	ELIGARD.....	207
<i>difluprednate</i>	233	DOXY 100.....	41	ELIGARD 22.5 MG	
<i>digoxin</i>	134,142	<i>doxycycline hyclate</i>	41,156	SYRINGE.....	207
<i>digoxin 125 mcg tablet</i>	134	<i>doxycycline monohydrate</i>	41	ELIGARD 30 MG	
<i>digoxin 250 mcg tablet</i>	134	DRIZALMA SPRINKLE.....	55	SYRINGE.....	207
<i>dihydroergotamine mesylate</i> ..	66	<i>dronabinol</i>	61	ELIGARD 45 MG	
DILANTIN.....	49	<i>drospirenone-eth estr-</i>		SYRINGE.....	207
DILANTIN-125.....	49	<i>levomef</i>	193	ELIGARD 7.5 MG	
DILT-XR.....	138	<i>drospirenone-ethinyl</i>		SYRINGE.....	207
<i>diltiazem 12hr er</i>	139	<i>estradiol</i>	193	ELIQUIS.....	124,125
<i>diltiazem 24hr er</i>	139	<i>droxidopa</i>	131	ELMIRON.....	183
<i>diltiazem 24hr er (cd)</i>	139	DUAVEE.....	204	<i>eltrombopag olamine</i> ..	127,128
<i>diltiazem 24hr er (xr)</i>	139	<i>duloxetine hcl</i>	55	ELURYNG.....	193

ELYXYB.....	65	ERLEADA.....	69	<i>famciclovir</i>	111
EMBRIVA.....	169	<i>erlotinib hcl</i>	77	<i>famotidine</i>	177
Emetogenic Therapy		ERRIN.....	203	FANAPT.....	98,99
Adjuncts.....	60	<i>ertapenem</i>	38	FARXIGA.....	115
EMGALITY 300 MG (100 MG X		ERYTHROCIN		FASENRA.....	244
3 SYRINGE).....	66	LACTOBIONATE.....	39	FASENRA PEN.....	245
EMGALITY PEN.....	65	<i>erythromycin</i>	39,164,231	<i>febuxostat</i>	64
EMGALITY SYRINGE.....	66	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	40	FEIRZA.....	194
EMPAVELI.....	213	<i>erythromycin-benzoyl</i>		<i>felbamate</i>	43
EMSAM.....	54	<i>peroxide</i>	157	<i>felodipine er</i>	137,138
<i>emtricitabine</i>	106	ERZOFRI.....	98	FEMLYV.....	194
<i>emtricitabine-rilpivirine-tenofovir</i>	105	<i>escitalopram oxalate</i>	55	FEMRING.....	190
<i>disop</i>	106,107	<i>eslicarbazepine acetate</i>	49	<i>fenofibrate</i>	145
EMTRIVA.....	107	<i>esomeprazole magnesium</i>	177	<i>fenofibric acid</i>	146
<i>enalapril maleate</i>	133	ESTARYLLA.....	193	<i>fentanyl</i>	24
<i>enalapril-</i>		ESTRACE.....	189	FERRIPROX.....	167
<i>hydrochlorothiazide</i>	142	<i>estradiol</i>	189	<i>fesoterodine fumarate er</i> ...	182
ENBREL.....	219	<i>estradiol (once weekly)</i>	190	FETZIMA.....	55
ENBREL MINI.....	219	<i>estradiol (twice weekly)</i>	190	FIASP.....	121
ENBREL SURECLICK.....	219	<i>estradiol valerate</i>	190	FIASP FLEXTOUCH.....	121
ENGERIX-B ADULT.....	223	<i>estradiol-norethindrone</i>		FIASP PENFILL.....	121
ENGERIX-B PEDIATRIC-		<i>acetat</i>	193	Fibromyalgia Agents.....	154
ADOLESCENT.....	223	ESTRING.....	190	<i>fidaxomicin</i>	40
ENILLORING.....	193	Estrogens.....	189	FILSPARI.....	142
<i>enoxaparin sodium</i>	125	<i>eszopiclone</i>	247	FILSUVEZ.....	161
ENSACOVE.....	76	<i>ethambutol hcl</i>	68	<i>finasteride</i>	183
ENSKYCE.....	193	<i>ethosuximide</i>	45	<i> fingolimod</i>	155
<i>entacapone</i>	93	<i>etodolac</i>	23	FINTEPLA.....	43
<i>entecavir</i>	110	<i>etonogestrel-ethinyl</i>		FINZALA.....	194
ENTRESTO SPRINKLE.....	142	<i>estradiol</i>	193	FIRMAGON.....	208
ENTYVIO PEN.....	211	<i>etravirine</i>	105	FLAREX.....	233
ENULOSE.....	173	EUCRISA.....	161	<i>flavoxate hcl</i>	182
ENVARUSUS XR.....	219	EULEXIN.....	70	<i>flecainide acetate</i>	134
EPIDIOLEX 100 MG/ML		<i>everolimus</i>	77,219	<i>fluconazole</i>	62
SOLUTION.....	43	EVOTAZ.....	108	<i>fluconazole in saline</i>	62
<i>epinephrine</i>	239	<i>exemestane</i>	74	<i>fluconazole-nacl</i>	62
<i>eplerenone</i>	148	EXXUA.....	53	<i>flucytosine</i>	62
ERAXIS.....	62	<i>ezetimibe</i>	147	<i>fludrocortisone acetate</i>	185
Ergot Alkaloids.....	66	F		<i>flunisolide</i>	237
ERIVEDGE.....	76	FALMINA.....	194	<i>fluocinolone acetonide</i>	159
				<i>fluocinolone acetonide oil</i> ...	236

<i>fluocinonide</i>	159	Gamma-Aminobutyric Acid	GILOTRIF.....	77
<i>fluocinonide-e</i>	160	(GABA) Modulating Agents..	GIMOTI.....	59
<i>fluoride</i>	165	GAMMAGARD LIQUID.....	<i>glatiramer acetate</i>	155
<i>fluorometholone</i>	233	GAMMAGARD LIQUID	GLATOPA.....	155
<i>fluorouracil</i>	161,162	ERC.....	<i>glimepiride</i>	115
<i>fluoxetine hcl</i>	56	GAMMAGARD S-D.....	<i>glipizide</i>	115
<i>fluphenazine decanoate</i>	95	GAMUNEX-C.....	<i>glipizide er</i>	116
<i>fluphenazine hcl</i>	95	GARDASIL 9.....	<i>glipizide xl</i>	116
<i>flurbiprofen sodium</i>	233	GASTROINTESTINAL	<i>glipizide-metformin</i>	116
<i>fluticasone propionate</i> ..	160,237	AGENTS.....	GLOPERBA.....	64
<i>fluticasone propionate hfa</i> ..	245	Gastrointestinal Agents,	GLUCAGON 1 MG	
<i>fluticasone-salmeterol</i>	245	Other.....	EMERGENCY KIT.....	120
<i>fluticasone-salmeterol hfa</i> ..	245	<i>gatifloxacin</i>	Glucocorticoids.....	227
<i>fluticasone-vilanterol</i>	245	GATTEX 5 MG INJECTION.....	<i>glucose in water</i>	169
<i>fluvoxamine maleate</i>	56	<i>gauze pads & dressings - pads</i>	<i>glyburide</i>	116
FML FORTE.....	233	2 x 2.....	<i>glyburide-metformin hcl</i>	116
FOLATEXCEL.....	169	GAVILYTE-C.....	Glycemic Agents.....	120
<i>fondaparinux sodium</i>	125	GAVILYTE-G.....	<i>glycerol phenylbutyrate</i>	179
FORZINITY.....	179	GAVILYTE-N.....	<i>glycopyrrolate</i>	175
<i>fosamprenavir calcium</i>	108	GAVRETO.....	GOLYTELY.....	176
<i>fosfomycin tromethamine</i>	31	<i>gefitinib</i>	GOMEKLI.....	77,78
<i>fosinopril sodium</i>	133	<i>gemfibrozil</i>	<i>granisetron hcl</i>	61
<i>fosinopril-</i>		GEMMILY.....	GRANIX.....	128
<i>hydrochlorothiazide</i>	142	GEMTESA.....	GRASTEK.....	211
FOTIVDA.....	77	GENERLAC.....	<i>griseofulvin</i>	62
FRAGMIN.....	125,126	GENETIC, ENZYME, OR	<i>griseofulvin ultramicrosized</i> ...	62
FRUZAQLA.....	77	PROTEIN DISORDER:	<i>guanfacine hcl</i>	131
FULPHILA.....	128	REPLACEMENT, MODIFIERS,	<i>guanfacine hcl er</i>	151
<i>furosemide</i>	144	TREATMENT.....	GVOKE.....	120
FYAVOLV.....	194	Genetic, Enzyme, or Protein	GVOKE HYPOPEN 1-	
FYLNETRA.....	128	Disorder: Replacement,	PACK.....	120
		Modifiers, Treatment.....	GVOKE HYPOPEN 2-	
		GENGRAF.....	PACK.....	120
G		GENITOURINARY	GVOKE PFS 1-PACK	
<i>gabapentin</i>	46,47	AGENTS.....	SYRINGE.....	121
<i>galantamine er</i>	51	Genitourinary Agents, Other	GVOKE PFS 2-PACK	
<i>galantamine hbr</i>	51	GENOTROPIN.....	SYRINGE.....	121
<i>galantamine hydrobromide</i> ...	51	<i>gentamicin sulfate</i> ..		
GALBRIELA.....	194	<i>gentamicin sulfate in ns</i>	H	
GALLIFREY.....	203	GENVOYA.....	HADLIMA.....	219
		GESTYRA.....	HADLIMA PUSHTOUCH...	219

HADLIMA(CF).....	219	Hormonal Agents,	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>
HADLIMA(CF)		Stimulant/Replacement/Modify	<i>7.5-325mg.....</i>
PUSHTOUCH.....	220	ng (Sex Hormones/Modifiers),	<i>hydrocodone-ibuprofen.....</i>
HAEGARDA.....	210	Other.....	<i>hydrocortisone.....</i>
HAILEY 24 FE.....	194	HORMONAL AGENTS,	<i>hydrocortisone butyrate....</i>
HAILEY FE.....	194	STIMULANT/REPLACEMENT/	<i>hydrocortisone valerate....</i>
<i>halobetasol propionate.....</i>	<i>160</i>	MODIFYING (THYROID)...	<i>hydromorphone hcl.....</i>
<i>haloperidol.....</i>	<i>95</i>	Hormonal Agents,	<i>hydroxychloroquine sulfate..</i>
<i>haloperidol decanoate.....</i>	<i>95</i>	Stimulant/Replacement/Modify	<i>hydroxyurea.....</i>
<i>haloperidol decanoate 100... </i>	<i>95</i>	ng (Thyroid).....	<i>hydroxyzine 2 mg/ml oral</i>
<i>haloperidol lactate.....</i>	<i>95</i>	HORMONAL AGENTS,	<i>solution.....</i>
HARLIKU.....	179	SUPPRESSANT (ADRENAL	<i>hydroxyzine hcl.....</i>
HAVRIX.....	224	OR PITUITARY).....	<i>hydroxyzine pamoate.....</i>
HEATHER.....	203	Hormonal Agents, Suppressant	HYFTOR.....
HEMADY.....	90	(Adrenal or Pituitary).....	HYRNUO.....
Hemostasis Agents.....	130	HORMONAL AGENTS,	
<i>heparin sodium.....</i>	<i>126</i>	SUPPRESSANT	
HEPLISAV-B.....	224	(THYROID).....	<i>ibandronate sodium.....</i>
HERNEXEOS.....	78	HUMALOG.....	IBRANCE.....
HIBERIX VACCINE.....	224	HUMALOG JUNIOR	IBTROZI.....
Histamine-2 (H2) Receptor		KWIKPEN.....	IBU.....
Antagonists.....	176	HUMALOG KWIKPEN U-	<i>ibuprofen.....</i>
HORMONAL AGENTS,		100.....	<i>icatibant.....</i>
STIMULANT/REPLACEMENT/		HUMALOG MIX 50-50	ICLEVIA.....
MODIFYING (ADRENAL)...	184	KWIKPEN.....	ICLUSIG.....
Hormonal Agents,		HUMALOG MIX 75-25.....	<i>icosapent ethyl.....</i>
Stimulant/Replacement/Modify		HUMALOG MIX 75-25	ICOTYDE.....
ng (Adrenal).....	184	KWIKPEN.....	IDHIFA.....
HORMONAL AGENTS,		HUMATROPE.....	IDVYNOS.....
STIMULANT/REPLACEMENT/		HUMULIN 70-30.....	<i>imatinib mesylate.....</i>
MODIFYING (PITUITARY)...	186	HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	IMBRUVICA.....
Hormonal Agents,		HUMULIN N.....	<i>imipenem-cilastatin sodium..</i>
Stimulant/Replacement/Modify		HUMULIN N KWIKPEN.....	<i>imipramine hcl.....</i>
ng (Pituitary).....	186	HUMULIN R.....	<i>imiquimod.....</i>
HORMONAL AGENTS,		<i>hydralazine hcl.....</i>	IMKELDI.....
STIMULANT/REPLACEMENT/		<i>hydrochlorothiazide.....</i>	Immunoglobulins.....
MODIFYING (SEX		<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	IMMUNOLOGICAL
HORMONES/MODIFIERS).	188	<i>10-325mg.....</i>	AGENTS.....
		<i>hydrocodone-acetaminophen 5-</i>	Immunological Agents.....
		<i>325mg.....</i>	Immunological Agents,
			Other.....

Immunostimulants.....	217	INVEGA HAFYERA.....	99	JASCAYD.....	243
Immunosuppressants.....	217	INVEGA SUSTENNA.....	99	JASMIEL.....	195
IMOVAX RABIES		INVEGA TRINZA.....	99,100	JAVYGTOR.....	179
VACCINE.....	224	INVOKAMET.....	116	JAYPIRCA.....	80
IMULDOSA.....	213	INVOKAMET XR.....	117	JAYTHARI.....	185
IMVEXXY.....	190	INVOKANA.....	117	JIDEYTRO.....	80
INCASSIA.....	203	IOPIDINE.....	235	JINTELI.....	195
INCRELEX.....	187	IPOL.....	224	JOENJA.....	179
<i>indapamide</i>	145	<i>ipratropium bromide</i>	238	JOURNAVX.....	22
<i>indomethacin</i>	24	<i>ipratropium-albuterol</i>	245	JOYEAUX.....	195
INFANRIX DTAP VACCINE	224	<i>irbesartan</i>	132	JULEBER.....	195
INFLAMMATORY BOWEL		<i>irbesartan-</i>		JULUCA.....	105
DISEASE AGENTS.....	227	<i>hydrochlorothiazide</i>	142	JUNEL.....	195
INGREZZA.....	153	ISENTRESS.....	104	JUNEL FE.....	195
INGREZZA INITIATION		ISENTRESS HD.....	104	JUNEL FE 24.....	195
PK(TARDIV).....	154	ISIBLOOM.....	195	JYLAMVO.....	220
INGREZZA SPRINKLE.....	154	ISOLYTE P WITH		JYNNEOS VACCINE.....	224
INLURIYO.....	71	DEXTROSE.....	170		
INLYTA.....	79	ISOLYTE S.....	165	K	
INQOVI.....	72	<i>isoniazid</i>	68	KAITLIB FE.....	195
INREBIC.....	79	<i>isopropyl alcohol 0.7ml/ml</i>		KALYDECO.....	240
<i>insulin glargine max</i>		<i>medicated pad</i>	249	KARIVA.....	195
<i>solostar</i>	122	<i>isosorbide dinitrate</i>	149	<i>kcl-d5w-0.45% nacl</i>	170
<i>insulin glargine solostar</i>	122	<i>isosorbide mononit er 60 mg</i>		KELNOR 1-35.....	196
<i>insulin glargine-yfgn</i>	122	<i>tb</i>	149	KERENDIA.....	148
<i>insulin lispro</i>	123	<i>isosorbide mononitrate er</i>	149	<i>ketoconazole</i>	63
<i>insulin lispro junior kwikpen</i>	123	<i>isotretinoin</i>	157	<i>ketorolac tromethamine</i>	233
<i>insulin lispro kwikpen u-100</i>	122	ISTURISA.....	187	KEVZARA.....	213
<i>insulin lispro protamine mix</i>	123	ITOVEBI.....	79	KINERET.....	213
<i>insulin pen needle</i>	248	<i>itraconazole</i>	63	KINRIX VACCINE.....	224
<i>insulin syringe (disp) u-100 0.3</i>		<i>ivabradine hcl</i>	142	KIONEX.....	172
<i>ml</i>	248	<i>ivermectin</i>	91	KISQALI.....	80
<i>insulin syringe (disp) u-100 1/2</i>		IWILFIN.....	72	KLOR-CON 10.....	165
<i>ml</i>	248	IXIARO VACCINE.....	224	KLOR-CON 8.....	165
<i>insulin syringe (disp) u-100</i>				KLOXXADO.....	29
<i>1ml</i>	249	J		KOMZIFTI.....	72
Insulins.....	121	JAIMIESS.....	195	KOSELUGO.....	80,81
INTELENCE.....	106	JAKAFI.....	79	KOURZEQ.....	156
INTRALIPID.....	169	JAKAFI XR.....	80	KRAZATI.....	81
INTRAROSA.....	194	<i>jantoven</i>	126	KRINTAFEL.....	91
INTROVALE.....	195	JARDIANCE.....	117	KRISTALOSE.....	173

KURVELO.....	196	levetiracetam.....	43	LOESTRIN FE.....	197
KYGEVVI.....	179	levetiracetam er.....	44	lofexidine hcl.....	28
KYLEENA.....	196	levobunolol hcl.....	234	LOJAIMIESS.....	197
KYMBEE.....	185	levocarnitine.....	170	LOKELMA.....	172
L		levocetirizine.....		lomustine.....	69
		dihydrochloride.....	237	LONSURF.....	73
		levofloxacin.....	40	loperamide.....	175
l-glutamine.....	179	levofloxacin-d5w.....	40	lopinavir-ritonavir.....	108
labetalol hcl.....	136	LEVONEST.....	196	lorazepam.....	114
lacosamide.....	49	levonorg-eth estrad eth.....		LORAZEPAM INTENSOL.....	114
lactulose.....	173	estrad.....	196	LORBRENA.....	81,82
lamivudine.....	107	levonorg-eth estrad-fe.....		LORYNA.....	197
lamivudine 100 mg tablet.....	110	bisglyc.....	196	losartan potassium.....	132
lamivudine-zidovudine.....	107	levonorgestrel-eth estradiol.....	196	losartan-	
lamotrigine.....	43	levorphanol tartrate.....	25	hydrochlorothiazide.....	142
lamotrigine (blue).....	43	levothyroxine sodium.....	204	LOTEMAX.....	233
lamotrigine (green).....	43	LEVOXYL.....	205	loteprednol etabonate.....	233
lamotrigine (orange).....	43	lidocaine.....	27	lovastatin.....	146
lansoprazol-amoxicil-		lidocaine hcl.....	27	LOW-OGESTREL.....	197
clarithro.....	176	lidocaine hcl viscous.....	27	loxapine.....	96
lansoprazole.....	177	lidocaine-prilocaine.....	27	lubiprostone.....	174
LANTUS.....	123	LIFYORLI.....	72	LUIZZA.....	197
LANTUS SOLOSTAR.....	123	LILETTA.....	196	LUMAKRAS.....	82
lapatinib.....	81	linezolid.....	32	LUPRON DEPOT.....	208
LARIN.....	196	linezolid-d5w.....	32	LUPRON DEPOT	
LARIN FE.....	196	LINZESS.....	174	(LUPANETA).....	208
latanoprost.....	235	LIOMNY.....	205	lurasidone hcl.....	100
LAZCLUZE.....	81	liothyronine sodium.....	206	LYBALVI.....	100
leflunomide.....	220	lisinopril.....	133	LYLEQ.....	203
lenalidomide.....	70	lisinopril-		LYLLANA.....	191
LENVIMA.....	81	hydrochlorothiazide.....	142	LYNPARZA.....	82
LEQEMBI IQLIK.....	51	LITFULO.....	213	LYSODREN.....	73
LEQSELVI.....	213	lithium carbonate.....	114	LYTGOBI.....	82
LESSINA.....	196	lithium carbonate er.....	114	LYZA.....	203
letrozole.....	74	lithium citrate.....	114	M	
leucovorin calcium.....	90	LITHOSTAT.....	183		
LEUKERAN.....	69	LIVTENCITY.....	109		
LEUKINE.....	217	LO LOESTRIN FE.....	196	M-M-R II VACCINE.....	224
leuprolide acetate.....	208	LOARGYS.....	179	Macrolides.....	39
levalbuterol concentrate.....	239	Local Anesthetics.....	27	magnesium sulfate.....	165,170
levalbuterol hcl.....	239	LOESTRIN.....	196	malathion.....	163
levalbuterol tartrate hfa.....	239			maraviroc.....	107

MARLISSA.....	197	<i>methazolamide</i>	235	Mineralocorticoid Receptor	
MARPLAN.....	54	<i>methenamine hippurate</i>	32	Antagonists.....	148
Mast Cell Stabilizers.....	241	<i>methimazole</i>	209	<i>minocycline hcl</i>	42
MATERNACEL.....	170	<i>methocarbamol</i>	246	<i>minoxidil</i>	148
MATERVIA.....	170	<i>methotrexate</i>	220	MINZOYA.....	197
MATRONEX.....	170	<i>methotrexate sodium</i>	220	MIPLYFFA.....	179
MATULANE.....	69	<i>methoxsalen</i>	162	<i>mirabegron er</i>	182
MAVYRET.....	110	<i>methsuximide</i>	45	MIRENA.....	198
<i>meclizine hcl</i>	59	<i>methylphenidate</i>	151	<i>mirtazapine</i>	53
<i>medroxyprogesterone</i>		<i>methylphenidate er</i>	152	<i>misoprostol</i>	177
<i>acetate</i>	203	<i>methylphenidate er (la)</i>	152	<i>modafinil</i>	248
<i>mefloquine hcl</i>	91	<i>methylphenidate hcl</i>	152	MODEYSO.....	83
<i>megestrol acetate</i>	203	<i>methylphenidate hcl cd</i>	152	<i>moexipril hcl</i>	133
<i>megestrol acetate 40mg/ml oral</i>		<i>methylphenidate hcl er (cd)</i>	152	Molecular Target Inhibitors..	74
<i>suspension</i>	203	<i>methylphenidate la</i>	153	<i>molindone hcl</i>	96
MEKINIST.....	82	<i>methylphenidate sr</i>	153	<i>mometasone furoate</i>	160
MEKTOVI.....	82	<i>methylprednisolone</i>	185	Monoamine Oxidase B (MAO-	
MELEYA.....	203	<i>methyltestosterone</i>	188	B) Inhibitors.....	94
<i>meloxicam</i>	24	<i>metoclopramide hcl</i>	60	Monoamine Oxidase	
<i>memantine hcl</i>	52	<i>metolazone</i>	145	Inhibitors.....	54
<i>memantine hcl er</i>	52	<i>metoprolol succinate</i>	136	<i>montelukast sodium</i>	237
<i>memantine hcl-donepezil hcl</i>		<i>metoprolol tartrate</i>	136	Mood Stabilizers.....	114
<i>er</i>	51	<i>metoprolol-</i>		<i>morphine sulfate</i>	26
MENOSTAR.....	191	<i>hydrochlorothiazide</i>	143	<i>morphine sulfate er</i>	25
MENQUADFI.....	224	<i>metronidazole</i>	32	MOUNJARO.....	117
MENVEO VACCINE.....	224	<i>metyrosine</i>	143	MOVANTIK.....	174
<i>meperidine hcl</i>	26	<i>mexiletine hcl</i>	135	<i>moxifloxacin</i>	40,232
<i>meprobamate</i>	113	MIBELAS 24 FE.....	197	<i>moxifloxacin hcl</i>	41
<i>mercaptopurine</i>	71	<i>micafungin</i>	63	MRESVIA.....	224
<i>meropenem</i>	38	<i>miconazole 3</i>	63	MULTAQ.....	135
<i>mesalamine</i>	227	MICROGESTIN.....	197	<i>multiple electrolytes t1</i>	
<i>mesalamine dr</i>	227	MICROGESTIN FE.....	197	<i>ph7.4</i>	165
<i>mesalamine er</i>	227	<i>midodrine hcl</i>	131	Multiple Sclerosis Agents..	154
<i>mesna</i>	90	MIEBO.....	230	<i>mupirocin</i>	164
METABOLIC BONE DISEASE		<i>mifepristone</i>	208	<i>mycophenolate mofetil</i>	220
AGENTS.....	228	MIGERGOT.....	66	<i>mycophenolic acid</i>	220
Metabolic Bone Disease		<i>miglustat</i>	179	MYFEMBREE.....	208
Agents.....	228	MILI.....	197	MYFORTIC.....	220
<i>metformin hcl</i>	117	<i>milnacipran hcl</i>	154	MYHIBBIN.....	221
<i>metformin hcl er</i>	117	MIMVEY.....	197	MYQORZO.....	143
<i>methadone hcl</i>	25			MYTESI.....	175

N	NEUROGEN.....	128	<i>norgestimate-ethinyl</i>	
	NEUPRO.....	93	<i>estradiol</i>	198
N-methyl-D-aspartate (NMDA)	NEVANAC.....	233	NORTREL.....	199
Receptor Antagonist.....	<i>nevirapine</i>	106	<i>nortriptyline hcl</i>	59
<i>nabumetone</i>	<i>nevirapine er</i>	106	NOURIANZ.....	93
<i>nadolol</i>	NEXLETOL.....	143	NOVOLIN 70-30.....	123
<i>nafticillin sodium</i>	NEXLIZET.....	147	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN.....	123
<i>naftifine hcl</i>	NEXPLANON.....	203	NOVOLIN N.....	123
<i>naloxone hcl</i>	NEXTSTELLIS.....	198	NOVOLIN N FLEXPEN.....	123
<i>naltrexone hcl</i>	<i>niacin er</i>	147	NOVOLIN R.....	123
<i>naproxen</i>	NICOTROL NS.....	29	NOVOLIN R FLEXPEN.....	123
<i>naratriptan 1 mg tablet</i>	<i>nifedipine</i>	138	NOVOLOG.....	124
<i>naratriptan 2.5 mg tablet</i>	<i>nifedipine er</i>	138	NOVOLOG FLEXPEN.....	124
NATACYN.....	NIKKI.....	198	NOVOLOG MIX 70-30.....	124
NATAL PNV.....	<i>nilotinib d-tartrate</i>	83	NOVOLOG MIX 70-30	
NATAZIA.....	<i>nilotinib hcl</i>	83	FLEXPEN.....	124
<i>nateglinide</i>	<i>nilutamide</i>	70	NOVOLOG PENFILL.....	124
NAYZILAM.....	<i>nimodipine</i>	138	NUBEQA.....	70
<i>nebivolol hcl</i>	NINLARO.....	83	NUCALA.....	245
NECON.....	<i>nintedanib esylate</i>	243	NUPLAZID.....	100
<i>needles, insulin disp., safety</i>	<i>nitazoxanide</i>	92	NURTEC ODT.....	66
<i>nefazodone hcl</i>	NITRO-BID.....	149	NUTRILIPID.....	171
NEFFY.....	<i>nitrofurantoin</i>	32	NUVARING.....	199
NEO-VITAL RX.....	<i>nitrofurantoin mono-macro</i>	32	NYAMYC.....	63
NEOMATERNA.....	<i>nitroglycerin</i>	149	NYLIA.....	199
<i>neomycin sulfate</i>	<i>nitroglycerin patch</i>	149	NYMALIZE 60 MG/ML ORAL	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	NITROSTAT.....	149	SOLUTION.....	138
<i>neomycin-bacitracin-</i>	NIVESTYM.....	128	<i>nystatin</i>	63
<i>polymyxin</i>	<i>nizatidine</i>	177	<i>nystatin-triamcinolone</i>	162
<i>neomycin-polymyxin-</i>	Nonsteroidal Anti-inflammatory		NYSTOP.....	63
<i>dexameth</i>	Drugs.....	23	NYVEPRIA.....	129
<i>neomycin-polymyxin-</i>	NORA-BE.....	203		
<i>gramicidin</i>	NORDITROPIN FLEXPEN.....	187		
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	198	<i>octreotide acetate</i>	208
<i>neomycin-polymyxin-</i>	<i>norethindron-ethinyl</i>		ODACTRA.....	211
<i>hydrocort</i>	<i>estradiol</i>	198	ODEFSEY.....	107
NEORAL.....	<i>norethindrone</i>	204	ODOMZO.....	83
NEREUS.....	<i>norethindrone ac (lupaneta)</i>	204	OFEV.....	243
NERLYNX.....	<i>norethindrone acetate</i>	204	<i>ofloxacin</i>	41,232,236
NEUAC.....	<i>norethindrone-e.estradiol-</i>		OGSIVEO.....	73
NEULASTA.....	<i>iron</i>	198	OJEMDA.....	83

OJJAARA.....	84	ORENITRAM MONTH 1	<i>pazopanib hcl</i>	84
<i>olanzapine</i>	100	TITRATION KT.....	PEDIARIX.....	225
<i>olanzapine odt</i>	100	ORENITRAM MONTH 2	Pediculicides/Scabicides...	163
<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>	53	TITRATION KT.....	PEDVAXHIB.....	225
<i>olmesartan medoxomil</i>	132	ORENITRAM MONTH 3	<i>peg 3350-electrolyte</i>	176
<i>olmesartan-</i>		TITRATION KT.....	<i>peg-3350 and electrolytes</i> ..	176
<i>hydrochlorothiazide</i>	143	ORGOVYX.....	<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-</i>	
OLUMIANT.....	213	ORIAHNN.....	<i>c</i>	176
<i>omega-3 acid ethyl esters</i> ..	147	ORKAMBI.....	PEGASYS.....	217
<i>omeprazole</i>	177	ORLYNVAH.....	PEMAZYRE.....	84
OMNITROPE.....	187	ORMALVI.....	PENBRAYA VACCINE.....	225
OMVOH.....	213	<i>orphenadrine citrate er</i>	<i>penciclovir</i>	111
OMVOH PEN.....	213	ORQUIDEA.....	<i>penicillamine</i>	183
ONAPGO.....	93	ORSERDU.....	<i>penicillin g potassium</i>	37
<i>ondansetron hcl</i>	61	<i>oseltamivir phosphate</i> ..	<i>penicillin g sodium</i>	37
<i>ondansetron odt</i>	61	OTEZLA.....	<i>penicillin gk-iso-osm</i>	
ONE NATAL RX.....	171	OTEZLA XR.....	<i>dextrose</i>	37
ONUREG.....	71	OTIC AGENTS.....	<i>penicillin v potassium</i>	37
OPHTHALMIC AGENTS... ..	230	Otic Agents.....	PENMENVY MEN A-B-C-W-	
Ophthalmic Agents, Other..	230	OTULFI.....	Y.....	225
Ophthalmic Anti-allergy		<i>oxacillin</i>	PENTACEL VACCINE.....	225
Agents.....	232	<i>oxacillin sodium</i>	<i>pentamidine isethionate</i>	92
Ophthalmic Anti-Infectives..	231	<i>oxazepam</i>	PENTASA.....	227
Ophthalmic Anti-		<i>oxcarbazepine</i>	<i>pentoxifylline</i>	143
inflammatories.....	232	<i>oxiconazole nitrate</i>	<i>perampanel</i>	44
Ophthalmic Beta-Adrenergic		<i>oxybutynin chloride</i>	<i>perindopril erbumine</i>	133
Blocking Agents.....	234	<i>oxybutynin chloride er</i>	<i>permethrin</i>	163
Ophthalmic Intraocular		<i>oxycodone hcl</i>	<i>perphenazine</i>	96
Pressure Lowering Agents,		<i>oxycodone-acetaminophen</i> ..	<i>perphenazine-amitriptyline</i> ..	53
Other.....	234	<i>oxymorphone hcl</i>	PERTZYE.....	180
Opioid Analgesics, Long-		<i>oxymorphone hcl er</i>	<i>phenelzine sulfate</i>	54
acting.....	24	OZEMPIC.....	<i>phenobarbital</i>	47
Opioid Analgesics, Short-		P	<i>phenoxybenzamine hcl</i>	132
acting.....	26	<i>paliperidone er</i>	PHENYTEK.....	50
Opioid Dependence.....	28	PANRETIN.....	<i>phenytoin</i>	50
Opioid Reversal Agents.....	29	<i>pantoprazole sodium</i>	<i>phenytoin sodium extended</i> ..	50
OPIPZA.....	100,101	Parasympathomimetics.....	Phosphate Binders.....	172
OPVEE.....	29	<i>paricalcitol</i>	Phosphodiesterase Inhibitors,	
ORENCIA.....	214	<i>paroxetine hcl</i>	Airways Disease.....	241
ORENCIA CLICKJECT.....	214	PAXLOVID.....	PHYRAGO.....	84
ORENITRAM ER.....	242		PIFELTRO.....	106

<i>pilocarpine hcl</i>	156,231,235	<i>prednisolone sodium</i>	<i>propranolol hcl er</i>	137
<i>pimecrolimus</i>	160	<i>phosphate</i>	<i>propylthiouracil</i>	209
<i>pimozide</i>	96	<i>prednisone</i>	PROQUAD.....	225
PIMTREA.....	199	PREDNISON INTENSOL.....	PROSOL.....	171
<i>pindolol</i>	137	<i>pregabalin</i>	Protectants.....	177
<i>pioglitazone hcl</i>	118	<i>pregabalin er</i>	Proton Pump Inhibitors.....	177
<i>piperacillin-tazobactam</i>	38	PREMARIN.....	<i>protriptyline hcl</i>	59
PIQRAY.....	84	PREMASOL.....	PRURADIK.....	163
<i>pirfenidone</i>	243,244	PREMPHASE.....	Pulmonary	
<i>piroxicam</i>	24	PREMPRO.....	Antihypertensives.....	242
PLASMA-LYTE A.....	165	<i>prenatal vitamin with minerals</i>	Pulmonary Fibrosis Agents.....	243
PLASMA-LYTE A PH 7.4...	165	<i>and folic acid greater than 0.8</i>	PULMOZYME.....	240
Platelet Modifying Agents...	130	<i>mg oral tablet</i>	PYQUVI.....	186
PLENAMINE.....	180	PRENOVA.....	<i>pyrazinamide</i>	68
<i>pmdd fluoxetine 10mg tablet</i>	57	<i>pretomanid</i>	<i>pyridostigmine bromide</i>	67
<i>pmdd fluoxetine 20mg tablet</i>	57	PREVALITE.....	<i>pyridostigmine bromide er</i> ...	67
<i>podofilox</i>	162	PREVYMIS.....	<i>pyrimethamine</i>	92
<i>polymyxin b sul-</i>		PREZCOBIX.....	PYRUKYND.....	180
<i>trimethoprim</i>	232	PREZISTA.....	PYRUKYND 20 MG	
<i>polymyxin b sulfate</i>	32	PRIFTIN.....	TABLET.....	180
POMALYST.....	70	<i>primaquine</i>	PYRUKYND 5 MG TABLET.....	180
PONVORY.....	155	<i>primidone</i>	PYRUKYND 50 MG	
PORTIA.....	199	PRIORIX.....	TABLET.....	180
<i>posaconazole</i>	63	<i>probenecid</i>		
Potassium Binders.....	172	<i>probenecid-colchicine</i>		
<i>potassium chloride</i>	165	<i>prochlorperazine</i>		
<i>potassium chloride proamp</i>	166	<i>prochlorperazine maleate</i> ...		
<i>potassium chloride-0.45%</i>		PROCRIT.....		
<i>nacl</i>	166	PROCTO-MED HC.....		
<i>potassium chloride-0.9%</i>		PROCTOSOL-HC.....		
<i>nacl</i>	166	PROCTOZONE-HC.....		
<i>potassium chloride-water</i> ...	166	<i>progesterone</i>		
<i>potassium citrate er</i>	166	Progestins.....		
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	93	PROGRAF.....		
<i>prasugrel hcl</i>	131	PROLASTIN C.....		
<i>pravastatin sodium</i>	146	PROLIA.....		
<i>praziquantel</i>	91	<i>promethazine hcl</i>		
<i>prazosin hcl</i>	132	PROMETHEGAN.....		
PRED MILD.....	234	<i>propafenone hcl</i>		
<i>prednisolone</i>	185	<i>propafenone hcl er</i>		
<i>prednisolone acetate</i>	234	<i>propranolol hcl</i>		

Q

QBREXZA.....	162
QINLOCK.....	84
QUADRACEL DTAP-IPV...	225
<i>quetiapine fumarate</i>	101
<i>quetiapine fumarate er</i>	101
<i>quinapril hcl</i>	134
<i>quinidine gluconate</i>	135
<i>quinidine sulfate</i>	135
<i>quinine sulfate</i>	92
Quinolones.....	40
QVAR REDHALER.....	237

R

RABAVERT VACCINE.....	225
<i>rabeprazole sodium</i>	177
RADICAVA ORS.....	150

RALDESY.....	57	<i>risedronate sodium</i>	229	Selective Estrogen Receptor	
<i>raloxifene hcl</i>	204	<i>risedronate sodium 35 mg tab</i>		Modifying Agents.....	204
<i>ramelteon</i>	247	(dose pack of 12).....	229	<i>selegiline hcl</i>	94
<i>ramipril</i>	134	<i>risperidone</i>	101,102	<i>selenium sulfide</i>	161
<i>ranolazine er</i>	143	<i>risperidone er</i>	102	SEREVENT DISKUS.....	239
<i>rasagiline mesylate</i>	94	<i>risperidone odt</i>	102	Serotonin (5-HT) Receptor	
RAYALDEE.....	229	<i>ritonavir</i>	109	Agonists.....	66
RECLIPSEN.....	199	<i>rivaroxaban</i>	126,127	<i>sertraline hcl</i>	57
RECOMBIVAX HB.....	225	<i>rivastigmine</i>	51,52	SETLAKIN.....	199
REDEMPLO.....	147	RIVELSA.....	199	<i>sevelamer carbonate</i>	172
RELENZA.....	111	RIVFLOZA.....	180,181	<i>sevelamer hcl</i>	172
RELEUKO.....	129	<i>rizatriptan</i>	66	SHAROBEL.....	204
RELISTOR.....	174	ROCKLATAN.....	235	SHINGRIX VACCINE.....	225
<i>repaglinide</i>	118	<i>roflumilast</i>	241	SIGNIFOR.....	209
REPATHA SURECLICK.....	148	ROLVEDON.....	129	SIKLOS.....	181
REPATHA SYRINGE.....	148	ROMVIMZA.....	85	<i>sildenafil</i>	243
Respiratory Tract Agents,		<i>ropinirole hcl</i>	94	<i>sildenafil citrate</i>	243
Other.....	244	<i>rosuvastatin calcium</i>	146	SILIQ.....	214
RESPIRATORY		ROSYRAH.....	199	SILVADENE.....	162
TRACT/PULMONARY		ROTARIX.....	225	<i>silver sulfadiazine</i>	163
AGENTS.....	236	ROTATEQ.....	225	SIMPONI.....	221
RETACRIT.....	129	ROZLYTREK.....	85	<i>simvastatin</i>	146
RETEVMO.....	85	RUBRACA.....	85	<i>sirolimus</i>	221
Retinoids.....	90	<i>rufinamide</i>	50	SIRTURO.....	68
REVCovi.....	180	RUKOBIA.....	107	<i>sitagliptin</i>	118
REVUFORJ.....	73	RYDAPT.....	85	<i>sitagliptin phos-metformin</i>	118
REXULTI.....	101			<i>sitagliptin phos-metformin</i>	
REYATAZ.....	109	S		<i>er</i>	118
REZDIFFRA.....	206	<i>sacubitril-valsartan</i>	143	<i>sitagliptin phosphate</i>	118
REZLIDHIA.....	85	SAFYRAL.....	199	<i>sitagliptin-metformin</i>	119
REZUROCK.....	211	SAJAZIR.....	210	<i>sitagliptin-metformin er</i>	119
RHOPRESSA.....	235	SANDIMMUNE.....	221	SIVEXTRO.....	32
<i>ribavirin</i>	110	SANTYL.....	162	SKELETAL MUSCLE	
<i>rifabutin</i>	68	SAPHNELO.....	214	RELAXANTS.....	246
<i>rifampin</i>	68	SAPHNELO PEN.....	214	Skeletal Muscle Relaxants.....	246
<i>rilpivirine</i>	106	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	181	SKYCLARYS.....	154
<i>rilpivirine hcl</i>	106	SCEMBLIX.....	86	SKYLA.....	200
<i>riluzole</i>	150	<i>scopolamine</i>	60	SKYRIZI.....	214
<i>rimantadine hcl</i>	111	SECUADO.....	102	SKYRIZI 180 MG/1.2 ML ON-	
RINVOQ.....	214			BODY.....	215
RINVOQ LQ.....	214			SKYRIZI ON-BODY.....	215

SKYRIZI PEN.....	215	SSRIs/SNRIs (Selective	SYNTHROID.....	206
SKYTROFA.....	187	Serotonin Reuptake		
SLEEP DISORDER		Inhibitor/Serotonin and	T	
AGENTS.....	247	Norepinephrine Reuptake	TABLOID.....	71
Sleep Promoting Agents.....	247	Inhibitor).....	TABRECTA.....	73
SLYND.....	200	STEQEYMA.....	<i>tacrolimus</i>	161,222
Smoking Cessation Agents..	29	STIMUFEND.....	<i>tacrolimus xl</i>	222
<i>sod sulf-potass sulf-mag</i>		STIOLTO RESPIMAT.....	<i>tadalafil</i>	183
<i>sulf</i>	176	STIVARGA.....	<i>tadalafil 20mg tablet (adcirca</i>	
Sodium Channel Agents.....	48	<i>streptomycin sulfate</i>	<i>generic</i>).....	243
<i>sodium chloride</i>	166	STRIBILD.....	TADLIQ.....	243
<i>sodium chloride-water</i>	167	STRIVERDI RESPIMAT....	TAFINLAR.....	86
<i>sodium fluoride 2.2 mg (fluoride</i>		SUBVENITE.....	TAGRISSE.....	86
<i>ion 1 mg) oral tablet</i>	167	SUBVENITE (BLUE).....	TAKHZYRO.....	210
<i>sodium oxybate</i>	248	SUBVENITE (GREEN).....	TALICIA.....	176
<i>sodium phenylbutyrate</i>	181	SUBVENITE (ORANGE)....	TALTZ 80 MG/ML	
<i>sodium polystyrene</i>		<i>sucralfate</i>	AUTOINJECTOR.....	215
<i>sulfonate</i>	172	<i>sulfacetamide sodium</i> ... 41,232	TALTZ 80 MG/ML	
<i>sodium sulfacetamide</i>	41	<i>sulfacetamide-prednisolone</i> 231	SYRINGE.....	215
<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	110	<i>sulfadiazine</i>	TALTZ SYRINGE.....	215
SOGROYA.....	188	<i>sulfamethoxazole-</i>	TALZENNA.....	86,87
SOHONOS.....	229	<i>trimethoprim</i>	<i>tamoxifen citrate</i>	71
<i>solifenacin succinate</i>	182	SULFAMYLLON.....	<i>tamsulosin hcl</i>	183
SOLOSEC.....	32	<i>sulfasalazine</i>	TARINA 24 FE.....	200
SOLTAMOX.....	71	<i>sulfasalazine dr</i>	TARINA FE.....	200
SOMAVERT.....	209	Sulfonamides.....	TARINA FE 1-20 EQ.....	200
<i>sorafenib</i>	86	<i>sulindac</i>	TARPEYO.....	211
<i>sotalol</i>	135	<i>sumatriptan</i>	TASCENSO ODT.....	155
SOTALOL AF.....	135	<i>sumatriptan succinate</i>	<i>tasimelteon</i>	247
SOTYKTU.....	215	<i>sunitinib malate</i>	TAVNEOS.....	211
SPEVIGO.....	163,215	SUNLENCA.....	<i>tazarotene</i>	158
SPIRIVA RESPIMAT.....	238	SUPPLIES.....	TAZICEF.....	35
<i>spironolactone</i>	148	Supplies.....	<i>telmisartan</i>	132
<i>spironolactone-hctz</i>	143	SUTAB.....	<i>temazepam</i>	247
SPRINTEC.....	200	SYEDA.....	TENIVAC.....	226
SPS.....	173	SYMDEKO.....	<i>tenofovir disoproxil</i>	
SSD.....	163	SYMPAZAN.....	<i>fumarate</i>	110
		SYMTUZA.....	TEPMETKO.....	73
		SYNAREL.....	<i>terazosin hcl</i>	132
		SYNJARDY.....	<i>terbinafine hcl</i>	63
		SYNJARDY XR.....	<i>terconazole</i>	64

<i>teriflunomide</i>	156	<i>tofacitinib citrate</i>	215	<i>triamterene</i>	145
<i>teriparatide</i>	229	<i>tofacitinib citrate er</i>	216	<i>triamterene-</i>	
<i>testosterone</i>	188	<i>tolcapone</i>	93	<i>hydrochlorothiazid</i>	143
<i>testosterone cypionate</i>	188	<i>tolterodine tartrate</i>	182	<i>triazolam</i>	247
<i>testosterone enanthate</i>	189	<i>tolterodine tartrate er</i>	183	Tricyclics.....	58
<i>tetrabenazine</i>	154	<i>tolvaptan</i>	167	TRIDERM.....	161
<i>tetracycline hcl</i>	42	Topical Anti-infectives.....	163	<i>trientine hcl</i>	167
Tetracyclines.....	41	<i>topiramate</i>	45	<i>trifluoperazine hcl</i>	96
TEZSPIRE.....	246	<i>toremifene citrate</i>	71	<i>trifluridine</i>	232
THALOMID.....	70,71	TORPENZ.....	87	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	92
<i>theophylline</i>	241	<i>torsemide</i>	145	TRIKAFTA.....	241
<i>theophylline 80 mg/15ml oral</i>		TPN ELECTROLYTES.....	171	<i>trimethobenzamide hcl</i>	60
<i>solution</i>	241	TRADJENTA.....	119	<i>trimethoprim</i>	33
<i>theophylline anhydrous</i>	241	<i>tramadol hcl</i>	27	<i>trimipramine maleate</i>	59
<i>theophylline er</i>	242	<i>trandolapril</i>	134	TRINTELLIX.....	57
<i>thioridazine hcl</i>	96	<i>tranexamic acid</i>	130	TRIUMEQ.....	107
<i>thiothixene</i>	96	<i>tranylcypromine sulfate</i>	54	TRIUMEQ PD.....	107
THYQUIDITY.....	206	TRAVASOL.....	171	TROPHAMINE.....	171
TIADYLT ER.....	139	<i>travoprost</i>	235	<i>tropium chloride</i>	183
<i>tiagabine hcl</i>	48	<i>trazodone hcl</i>	57	<i>tropium chloride er</i>	183
TIBSOVO.....	87	Treatment Adjuncts.....	90	TRULANCE.....	174
<i>ticagrelor</i>	131	Treatment-Resistant.....	103	TRULICITY.....	119
TICOVAC.....	226	TRELEGY ELLIPTA.....	246	TRUMENBA.....	226
<i>tigecycline</i>	32	TRELSTAR.....	209	TRUQAP.....	87
TIGLUTIK 50 MG/10 ML		TREMFYA.....	216	TRYNGOLZA.....	148
SUSP.....	150	TREMFYA 100 MG/ML		TUKYSA.....	87
TILIA FE.....	200	PEN.....	216	TURALIO.....	87
<i>timolol maleate</i>	137,234	TREMFYA PEN.....	216	TURQOZ.....	201
<i>tinidazole</i>	33	TREMFYA PEN INDUCTION (2		TWINRIX.....	226
<i>tiopronin</i>	184	PEN).....	216	TWIRLA.....	201
<i>tiotropium bromide</i>	238	<i>tretinoin</i>	90,158	TYBLUME.....	201
TIROSINT-SOL.....	206	TRI-ESTARYLLA.....	200	TYDEMY.....	201
TIVICAY.....	105	TRI-LEGEST FE.....	200	TYENNE.....	222
TIVICAY PD.....	105	TRI-LO-ESTARYLLA.....	200	TYENNE AUTOINJECTOR	222
<i>tizanidine hcl</i>	104	TRI-LO-SPRINTEC.....	200	TYMLOS.....	230
TOBI PODHALER.....	241	TRI-MILI.....	200	TYPHIM VI.....	226
TOBRADEX.....	231	TRI-SPRINTEC.....	200	TYRVAYA.....	231
<i>tobramycin</i>	232,241	TRI-VYLIBRA.....	200		
<i>tobramycin sulfate</i>	30	TRI-VYLIBRA LO.....	201		
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	231	<i>triamcinolone</i>			
TOBREX.....	232	<i>acetonide</i>	156,161		

U

UBRELVY.....	66
UNITHROID.....	207

<i>ursodiol</i>	176	<i>verapamil sr</i>	140	Wakefulness Promoting Agents.....	248
V		VERQUVO.....	144	<i>warfarin sodium</i>	127
VERSACLOZ.....	103	VERZENIO.....	88	WEGOVY.....	119,144
VABOMERE.....	38	VESTURA.....	201	WELIREG.....	181
Vaccines.....	223	VIBERZI.....	175	WESNATAL DHA COMPLETE.....	171
<i>valacyclovir</i>	112	VIENVA.....	201	WINREVAIR (2 PACK).....	246
VALCHLOR.....	163	<i>vigabatrin</i>	48	WINREVAIR 45 MG VIAL..	246
<i>valganciclovir hcl</i>	109	VIGADRONE.....	48	WINREVAIR 60 MG VIAL..	246
<i>valproic acid</i>	45	VIGAFYDE.....	48	WIXELA INHUB.....	246
<i>valsartan</i>	133	<i>vilazodone hcl</i>	58	WYMZYA FE.....	202
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	144	VIMKUNYA.....	226	X	
VALTOCO.....	48	VIOKACE.....	181	XALKORI.....	88,89
VALTYA.....	201	VIORELE.....	201	XARAH FE.....	202
<i>vancomycin hcl</i>	33	VIRACEPT.....	109	XARELTO.....	127
VANFLYTA.....	87	VIREAD.....	110	XATMEP.....	222
VANRAFIA.....	144	VITALARA.....	171	XCOPRI.....	50
VAQTA.....	226	VITRAKVI.....	88	XDEMVI.....	232
<i>varenicline tartrate</i>	29	VIVITROL.....	28	XELRIA FE.....	202
VARIVAX VACCINE.....	226	VIVOTIF.....	226	XERMELO.....	175
Vasodilators, Direct-acting Arterial.....	148	VONJO.....	88	XIFAXAN.....	33
Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venous.....	149	VOQUEZNA DUAL PAK... ..	176	XIGDUO XR.....	120
VAXCHORA VACCINE.....	226	VOQUEZNA TRIPLE PAK..	176	XIIDRA.....	231
VELIVET.....	201	VORANIGO.....	88	XOCOVA.....	112
VELSIPITY.....	176	<i>voriconazole</i>	64	XOFLUZA.....	111
VEMLIDY.....	110	<i>voriconazole 200 mg vial</i>	64	XOLAIR.....	216
VENCLEXTA.....	87,88	VOSEVI.....	110	XOLREMDI.....	129
VENCLEXTA 10 MG TABLET.....	87	VOWST.....	176	XOSPATA.....	89
VENCLEXTA STARTING PACK.....	88	VOYDEYA.....	211	XPOVIO.....	89
<i>venlafaxine besylate er</i>	57	VOYXACT.....	144	XROMI.....	181
<i>venlafaxine hcl</i>	57	VRAYLAR.....	102	XTANDI.....	70
<i>venlafaxine hcl er</i>	57,58	VUMERITY.....	156	XULANE.....	202
VENXXIVA.....	184	VYFEMLA.....	201	Y	
VEOZAH.....	154	VYKAT XR.....	121	YARGESA.....	181
<i>verapamil er</i>	140	VYLIBRA.....	201	YASMIN 28.....	202
<i>verapamil er pm</i>	140	VYNDAMAX.....	181	YAZ.....	202
<i>verapamil hcl</i>	140	VYVGART HYTRULO.....	67	YESINTEK.....	216
		W		YF-VAX.....	226
		WAINUA.....	181		

YONSA.....	70
YULITHIRA.....	222
YUVAFEM.....	191

Z

ZAFEMY.....	202
<i>zafirlukast</i>	238
<i>zaleplon</i>	247
ZARXIO.....	130
ZAVZPRET.....	66
ZEJULA.....	89
ZELBORAF.....	90
ZELSUVMI.....	164
ZENATANE.....	158
ZENBEXUS.....	72
ZENPEP.....	181
ZERBAXA.....	35
ZEVTERA.....	35
<i>zidovudine</i>	107
ZIEXTENZO.....	130
ZILBRYSQ.....	216,217
<i>ziprasidone hcl</i>	102
<i>ziprasidone mesylate</i>	102
ZIRGAN.....	232
ZOLINZA.....	73
<i>zolmitriptan</i>	67
<i>zolmitriptan odt</i>	67
<i>zolpidem tartrate</i>	247
<i>zolpidem tartrate er</i>	247
ZOMACTON.....	188
ZONISADE.....	50
<i>zonisamide</i>	50
ZORTRESS.....	222
ZORYVE.....	163
ZOVIA 1-35.....	202
ZTALMY.....	48
ZURNAL.....	29
ZURZUVAE.....	54
ZYKADIA.....	90
ZYMFENTRA.....	222
ZYMFENTRA PEN.....	222

خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Complete

روش	خدمات مشتریان - اطلاعات تماس
تلفن تماس	1-877-412-2734 تماس با این شماره رایگان است. می‌توانید با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Complete، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Complete همچنین خدمات مترجم شفاهی رایگان برای افراد غیر-انگلیسی زبان ارائه می‌دهد.
TTY	711 تماس با این شماره رایگان است. می‌توانید با خدمات مشتریان، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید.
فکس	1-714-246-8711
مکاتبه	CalOptima Health OneCare Complete Attention: خدمات مشتریان 505 City Parkway West Orange, CA 92868
ایمیل	OneCarecustomerservice@caloptima.org
وبسایت	www.caloptima.org/OneCare