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

قائمة الأدوية المغطاة لعام 2027 (*قائمة الأدوية* أو قائمة الأدوية المعتمدة)

يرجى القراءة: تحتوي هذه الوثيقة على معلومات حول الأدوية التي نغطيها ضمن هذه الخطة

تم تحديث *قائمة الأدوية* هذه بتاريخ 10/05/2026

للحصول على معلومات أحدث أو لطرح أسئلة أخرى، قم بالاتصال بنا على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**)، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر) أو قم بزيارة **www.caloptima.org/OneCare**

H5433_27PD001TA_C
Formulary ID: 27416, Version Number:

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan | قائمة الأدوية المغطاة لعام 2027 (*قائمة الأدوية* أو قائمة الأدوية المعتمدة)

المقدمة

تُسمى هذه الوثيقة *قائمة الأدوية المغطاة* (وتُعرف أيضاً باسم *قائمة الأدوية*). تبيّن لك الأدوية التي تغطيها CalOptima Health OneCare Complete. توضح لك *قائمة الأدوية* أيضاً ما إذا كانت هناك أي قواعد أو قيود خاصة تنطبق على أي أدوية تغطيها CalOptima Health OneCare Complete. تظهر الشروط الأساسيّة وتعريفاتها في الفصل الأخير من ***كتيب الأعضاء***.

جدول المحتويات

A. إخلاء المسؤولية 4

B. الأسئلة المتكررة (Frequently Asked Questions, FAQ) 10

B1. ما هي الأدوية الموصوفة والمدرجة في *قائمة الأدوية المغطاة*؟ (نطلق على *قائمة الأدوية المغطاة* اسم "*قائمة الأدوية*" للاختصار). 10

B2. هل تتغير *قائمة الأدوية* في أي وقت؟ 11

B3. ماذا يحدث عند إجراء تغيير على *قائمة الأدوية*؟ 12

B4. هل توجد أي قيود أو حدود تتعلق بتغطية الأدوية، أو أي إجراءات مطلوبة للحصول على أدوية معينة؟ 13

B5. كيف يمكنني معرفة ما إذا كان الدواء الذي أرغب فيه يخضع لحدود، أو ما إذا كانت هناك إجراءات مطلوبة للحصول عليه؟ 14

B6. ماذا يحدث إذا قامت CalOptima Health OneCare Complete بتغيير قواعدها المتعلقة بتغطية بعض الأدوية (على سبيل المثال: التصريح المسبق، و/أو حدود الكمية، و/أو قيود العلاج المرحلي)؟ 14

B7. كيف يمكنني العثور على دواء في *قائمة الأدوية*؟ 14

B8. ماذا لو لم يكن الدواء الذي أرغب في تناوله مدرجاً في *قائمة الأدوية*؟ 15

B9. ماذا لو كنت عضواً جديداً في CalOptima Health OneCare Complete ولم أجد الدواء الخاص بي في *قائمة الأدوية* أو واجهت مشكلة في الحصول عليه؟ 15

B10. هل يمكنني طلب استثناء لتغطية تكلفة الدواء الخاص بي؟ 16

B11. كيف يمكنني طلب استثناء؟ 17

B12. كم يستغرق الحصول على استثناء؟ 17

B13. ما هي الأدوية العامة؟ 17
B14. ما هي المنتجات البيولوجية الأصلية وما علاقتها بالأدوية البيولوجية المشابهة؟ 17
B15. ما هي أدوية الـ OTC؟ 18
B16. هل تغطي CalOptima Health OneCare Complete منتجات الـ OTC غير الدوائية؟ 18
B17. هل تغطي CalOptima Health OneCare Complete تجهيزات طويلة الأمد من الأدوية الموصوفة؟ 18
B18. هل يمكنني الحصول على الأدوية الموصوفة الخاصة بي وتوصيلها إلى منزلي من الصيدلية المحلية؟ 18
B19. ما هي قيمة المشاركة بالدفع الخاصة بي؟ 18
C. نظرة عامة على *قائمة الأدوية المغطاة* 19
C1. قائمة الأدوية حسب الحالة الطبية 20
D. فهرس الأدوية المغطاة I-1

A. إخلاء المسؤولية

هذه قائمة بالأدوية التي يمكن للأعضاء الحصول عليها ضمن CalOptima Health OneCare Complete.

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan، هي منظمة Medicare Advantage ذات عقد مع Medicare وMedi-Cal. يعتمد التسجيل في CalOptima Health OneCare على تجديد العقد. قم بالاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**)، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). قم بزيارتنا على **www.caloptima.org/OneCare**.

- يمكنك دائمًا الاطلاع على *قائمة الأدوية المغطاة* المُحدَّثة الخاصة بـ CalOptima Health OneCare Complete عبر الإنترنت على www.caloptima.org/OneCare، أو عن طريق الاتصال بالرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**)، من 8 صباحًا الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحًا الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر) . هذه المكالمة مجانية.

- يمكنك الحصول على هذه الوثيقة مجانًا بتنسيقات أخرى، مثل الخط الكبير، أو طريقة برايل، أو الصوتيات. قم بالاتصال: بالرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**)، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. هذه الوثيقة متاحة مجانًا باللغات: الإسبانية، والفيتنامية، والفارسية، والكورية، والصينية، والعربية، والروسية.

إشعار توفر خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات والخدمات الإضافية

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.

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 ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ **1-877-412-2734** (TTY: **711**) ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ|

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.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:
ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-877-412-2734** (TTY: **711**).
ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **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 hluo 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)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-877-412-2734** (TTY: **711**) ។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស្ស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-877-412-2734** (TTY: **711**) ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**)، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** قم بزيارة **www.caloptima.org/OneCare**.

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 serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)

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

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.

❖ يمكنك أيضاً تقديم طلب دائم للحصول على المواد بلغات أخرى و/ أو بتنسيقات بديلة:

- لتقديم طلب دائم للحصول على المواد بلغة معتمدة أو بتنسيق بديل، قم بالاتصال بخدمة العملاء على الرقم المذكور أسفل الصفحة أو الدخول إلى بوابة الأعضاء الآمنة عبر الإنترنت على **https://member.caloptima.org/#/user/login**.
- سيتم الاحتفاظ بطلبك الدائم في نظامنا لجميع المراسلات والاتصالات المستقبلية.
- لإلغاء طلبك الدائم أو تعديله، يرجى الاتصال بخدمة العملاء على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**)، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية.

B. الأسئلة المتكررة (Frequently Asked Questions, FAQ)

اعثر هنا على إجابات لأسئلتك حول *قائمة الأدوية المغطاة هذه (قائمة الأدوية)*. يمكنك قراءة جميع الـ FAQ لمعرفة المزيد، أو البحث عن سؤال وجواب.

B1. ما هي الأدوية الموصوفة والمدرجة في *قائمة الأدوية المغطاة*؟ (نطلق على *قائمة الأدوية المغطاة* "*قائمة الأدوية*" للاختصار).

الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية والتي تبدأ في **القسم C1** هي الأدوية التي تغطيها CalOptima Health OneCare Complete. تتوفر الأدوية في الصيدليات الموجودة ضمن شبكتنا. تُعتبر الصيدلية جزءاً من شبكتنا إذا كانت لدينا اتفاقية معها للعمل معنا وتقديم الخدمات لك. نُطلق على هذه الصيدليات "صيدليات الشبكة".

قد تتم تغطية أدوية أخرى، مثل بعض الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية (over-the-counter, OTC) وفيتامينات معينة، من قبل Medi-Cal Rx. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) لمزيد من المعلومات. يمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على الرقم 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة تعريف المستفيد (Beneficiary Identification Card, BIC) الخاصة بك من Medi-Cal عند الحصول على الوصفات الطبية الخاصة بك من خلال Medi-Cal Rx.

- ستغطي CalOptima Health OneCare Complete جميع الأدوية الضرورية طبيًا والمدرجة في *قائمة الأدوية* إذا:

- يقول طبيبك أو أي واصف دواء آخر أنك بحاجة إليها لتتحسن أو تحافظ على صحتك، **و**
- توافق CalOptima Health OneCare Complete على أن الدواء ضروري طبيًا لك، **و**
- تقوم بصرف الوصفة من صيدلية تابعة لشبكة CalOptima Health OneCare Complete.

- في بعض الحالات، يتعين عليك القيام بشيء ما قبل أن تتمكن من الحصول على الدواء. يُرجى الرجوع إلى السؤال B4 لمزيد من المعلومات.

يمكنك أيضاً الاطلاع على قائمة محدثة بالأدوية التي نغطيها عبر زيارة موقعنا الإلكتروني **www.caloptima.org/OneCare** أو الاتصال بخدمة العملاء على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**)، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر).

B2. هل تتغير *قائمة الأدوية* في أي وقت؟

نعم، ويجب على CalOptima Health OneCare Complete الالتزام بقواعد Medicare وMedi-Cal عند إجراء التغييرات. قد نقوم بإضافة أدوية إلى *قائمة الأدوية* أو إزالتها منها خلال العام.

قد نغير أيضاً قواعدنا المتعلقة بالأدوية. على سبيل المثال، يمكننا:

- اتخاذ قرار بشأن اشتراط الحصول على تصريح مسبق لدواء ما أو عدم اشتراط ذلك. (التصريح المسبق هو إذن من CalOptima Health OneCare Complete قبل أن تتمكن من الحصول على الدواء).
- إضافة أو تغيير كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها (يسمى الحدود القصوى للكميات).
- إضافة أو تغيير قيود علاج مرحلي على أحد الأدوية. (العلاج المرحلي يقصد به أنه يجب عليك تجربة دواء ما قبل أن نقوم بتغطية دواء آخر).

لمزيد من المعلومات حول قواعد الأدوية هذه، يُرجى الرجوع إلى السؤال B4.

إذا كنت تأخذ دواءً كان مغطى في **بداية** السنة، فلن نقوم عموماً بإزالة أو تغيير تغطية ذلك الدواء **خلال بقية السنة** إلا إذا:

- ظهر دواء جديد أرخص سعراً في السوق ويكون بنفس مفعول دواء موجود على *قائمة الأدوية* الآن، أو
- علمنا بأن أحد الأدوية غير آمن، أو
- تتم إزالة أحد الأدوية من السوق.

يتضمن السؤالان B3 وB6 أدناه مزيداً من المعلومات حول ما يحدث عند تغيير قائمة الأدوية.

- يمكنك دائمًا التحقق من قائمة الأدوية المحدثة الخاصة بـ CalOptima Health OneCare Complete عبر الإنترنت على **www.caloptima.org/OneCare**. يتم نشر تحديثات *قائمة الأدوية* على الموقع الإلكتروني شهرياً.

- يمكنك أيضاً الاتصال بخدمة العملاء: على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**)، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر) للاطلاع على *قائمة الأدوية* الحالية.

B3. ماذا يحدث عند إجراء تغيير على *قائمة الأدوية*؟

سوف تحدث بعض التغييرات على *قائمة الأدوية* **فورًا**. على سبيل المثال:

- **استبدال نسخ جديدة معينة من الأدوية.** قد نقوم بإزالة الأدوية من *قائمة الأدوية* على الفور إذا استبدلناها بإصدارات جديدة محددة من الدواء نفسه، ولكن تكلفتك للحصول على الدواء الجديد ستظل 0$. عند إضافة إصدار جديد من دواء ما، قد نقرر أيضاً إبقاء الدواء ذي العلامة التجارية أو المنتج البيولوجي الأصلي ضمن القائمة، مع تعديل قواعد التغطية أو الحدود الخاصة به.
  - قد لا نخبرك قبل إجراء هذا التغيير، لكننا سنرسل إليك معلومات حول التغيير المحدد الذي أجريناه بمجرد حدوثه.
  - لا يمكننا إجراء هذه التغييرات إلا إذا كان الدواء الذي نضيفه:
    - هو نسخة عامة جديدة من دواء يحمل علامة تجارية، أو
    - هو نسخة جديدة محددة من دواء بيولوجي مماثل لمنتجات بيولوجية أصلية مدرجة في *قائمة الأدوية* (على سبيل المثال، إضافة دواء بيولوجي مماثل قابل للتبادل يمكن استخدامه بدلاً من المنتج البيولوجي الأصلي دون الحاجة إلى وصفة جديدة).
    - قد تكون بعض أنواع الأدوية هذه جديدةً عليك. لمزيد من المعلومات، راجع **القسم B14**.
  - يمكنك أنت أو المزود الخاص بك طلب استثناء من هذه التغييرات. سوف نرسل لك إشعاراً بالخطوات التي يمكنك اتخاذها لطلب عمل استثناء. يُرجى الرجوع إلى الأسئلة من B10 الى B12 لمزيد من المعلومات عن الاستثناءات.
- **قم بالتخلص من الأدوية غير الآمنة وغيرها من الأدوية التي سُحبت من السوق.** قد يتبين أحياناً أن دواءً ما غير آمن، أو قد يُسحب من السوق لسبب آخر. إذا حدث ذلك، فقد نقوم بإزالته فوراً من *قائمة الأدوية*. إذا كنت تتناول الدواء، فسنرسل إليك إشعاراً بعد إجراء التغيير.
- يمكنك التعاون مع طبيبك أو أي واصف دواء آخر لإيجاد دواء آخر لحالتك. يرجى التواصل مع طبيبك أو أي واصف دواء آخر إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العثور على دواء آخر.
- يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete للحصول على المساعدة على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**) من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر).

قد نقوم بإجراء تغييرات أخرى يمكن أن تؤثر على الأدوية التي تأخذها. سنُعلمك مسبقاً بهذه التغييرات الأخرى التي ستطرأ على *قائمة الأدوية*. قد تحدث هذه التغييرات إذا:

- قدمت إدارة الغذاء والدواء (Food and Drug Administration, FDA) توجيهات جديدة أو إذا كان هناك توجيهات سريرية جديدة بخصوص الدواء.
- نقوم بإزالة دواء يحمل علامة تجارية من قائمة الأدوية عند إضافة دواء عام ليس جديدًا في السوق، أو
- نقوم بإزالة منتج بيولوجي أصلي عند إضافة بديل حيوي، أو
- قمنا بتغيير قواعد التغطية أو الحدود القصوى لدواء العلامة التجارية.

عندما تحدث هذه التغييرات، سنقوم بما يلي:

- إخبارك قبل 30 يومًا على الأقل من إجراء التغيير على قائمة الأدوية **أو**
- إبلاغك وتزويدك بكمية تكفي لـ 30 يوماً من الدواء بعد طلبك إعادة صرفه.

سيمنحك هذا وقتاً للتحدث إلى طبيبك أو أي واصف دواء آخر. يمكنه مساعدتك لاتخاذ قرار:

- إذا كان هناك دواء مماثل على قائمة الأدوية يمكنك أن تأخذه كبديل أو
- ما إذا كان ينبغي طلب استثناء من هذه التغييرات. لمعرفة المزيد حول الاستثناءات، راجع الأسئلة من B10 الى B12.

B4. هل توجد أي قيود أو حدود تتعلق بتغطية الأدوية، أو أي إجراءات مطلوبة للحصول على أدوية معينة؟

نعم، تخضع بعض الأدوية لقواعد تغطية أو حدود على الكمية التي يمكنك الحصول عليها. في بعض الحالات، يتعين عليك أو على طبيبك أو أي واصف دواء آخر القيام بإجراء ما قبل أن تتمكن من الحصول على الدواء. على سبيل المثال:

- **التصريح المسبق:** بالنسبة لبعض الأدوية، يتعين عليك أو على طبيبك أو أي واصف دواء آخر الحصول على موافقة من CalOptima Health OneCare Complete استناداً إلى معايير محددة، وذلك قبل صرف الوصفة. يختلف التصريح المسبق عن الإحالة. قد لا تغطي CalOptima Health OneCare Complete الدواء إذا لم تحصل على تصريح مسبق.
- **الحد الأقصى للكميات:** في بعض الأحيان، تضع CalOptima Health OneCare Complete حدودًا على كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها.
- **العلاج المرحلي:** في بعض الأحيان، تطلب منك CalOptima Health OneCare Complete اتباع العلاج المرحلي. وهذا يعني أنه سيتعين عليك تجربة الأدوية بترتيب معين لعلاج حالتك الطبية. قد يتعين عليك تجربة دواء معين قبل أن نغطي تكلفة دواء آخر. إذا رأى واصف الدواء أن الدواء الأول لا يجدي نفعاً معك، فسنغطي تكلفة الدواء الثاني.

يمكنك معرفة ما إذا كان الدواء الخاص بك يخضع لأي متطلبات أو حدود إضافية من خلال الاطلاع على الجداول الواردة في **القسم C1**. يمكنك أيضًا الحصول على مزيد من المعلومات من خلال زيارة موقعنا على **www.caloptima.org/OneCare**. لقد نشرنا وثائق عبر الإنترنت توضح قيودنا المتعلقة بالتصريح المسبق والعلاج المرحلي. يمكنك أيضاً أن تطلب منا إرسال نسخة إليك.

يمكنك طلب استثناء من هذه الحدود. سيمنحك هذا وقتاً للتحدث إلى طبيبك أو أي واصف دواء آخر. يمكنهم مساعدتك في تحديد ما إذا كان هناك دواء مماثل *في قائمة الأدوية* يمكنك تناوله بدلاً منه، أو ما إذا كان ينبغي عليك طلب استثناء. قم بالرجوع إلى الأسئلة من B10 الى B12 لمزيد من المعلومات عن الاستثناءات.

B5. كيف يمكنني معرفة ما إذا كان الدواء الذي أرغب فيه يخضع لحدود، أو ما إذا كانت هناك إجراءات مطلوبة للحصول عليه؟

يحتوي الجدول الوارد في القسم المعنون "قائمة الأدوية حسب الحالة الطبية" على عمود يحمل العنوان "الإجراءات الضرورية، أو القيود، أو حدود الاستخدام".

B6. ماذا يحدث إذا قامت CalOptima Health OneCare Complete بتغيير قواعدها المتعلقة بتغطية بعض الأدوية (على سبيل المثال: متطلبات التصريح المسبق، و/أو حدود الكمية، و/أو قيود العلاج المرحلي)؟

في بعض الحالات، سنُعلمك مسبقاً إذا أضفنا أو غيّرنا متطلبات التصريح المسبق، و/أو حدود الكمية، و/أو قيود العلاج المرحلي المطبقة على دواء ما. قم بالرجوع إلى السؤال B3 للحصول على مزيد من المعلومات حول هذا الإشعار المسبق وعن الحالات التي قد لا نتمكن فيها من إبلاغك مسبقاً بتغيير قواعدنا المتعلقة بالأدوية المدرجة في *قائمة الأدوية*.

B7. كيف يمكنني العثور على دواء في *قائمة الأدوية*؟

هناك طريقتان للعثور على دواء:

- يمكنك البحث أبجديا، **أو**
- يمكنك البحث حسب الحالة الطبية.

للبحث **أبجدياً**، ابحث عن الدواء الخاص بك في قسم فهرس **الأدوية المغطاة**. يمكنك العثور عليه بدءاً من الصفحة **I-1**. يوفر الفهرس قائمةً أبجديةً بجميع الأدوية الواردة في هذه الوثيقة. تُدرج كل من الأدوية ذات العلامة التجارية والأدوية العامة في الفهرس. انظر في الفهرس واعثر على الدواء الخاص بك. بجانب اسم دوائك، سترى رقم الصفحة التي يمكنك العثور فيها على معلومات التغطية. انتقل إلى الصفحة المذكورة في الفهرس وابحث عن اسم دوائك في العمود الأول من القائمة.

للبحث **حسب الحالة الطبية**، ابحث عن **القسم C1** الذي يحمل العنوان "قائمة الأدوية حسب الحالة الطبية". تُصنَّف الأدوية الواردة في هذا القسم إلى فئات بناءً على نوع الحالات الطبية التي تُستخدم لعلاجها. على سبيل المثال، إذا كنت تعاني من حالة قلبية، فينبغي عليك البحث في فئة عوامل القلب والأوعية الدموية. هناك ستجد الأدوية التي تعالج أمراض القلب.

B8. ماذا لو لم يكن الدواء الذي أرغب في تناوله مدرجاً في *قائمة الأدوية*؟

إذا لم تجد الدواء الخاص بك في *قائمة الأدوية*، فاتصل بخدمة العملاء على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**)، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر) واستفسر عن ذلك. إذا علمت أن CalOptima Health OneCare Complete لن تغطي تكلفة الدواء، فيمكنك القيام بأحد الأمور التالية:

- اطلب من خدمة العملاء قائمةً بالأدوية المشابهة للدواء الذي ترغب في تناوله. ثم اعرض القائمة على طبيبك أو على أي واصف دواء آخر. يمكنهم وصف دواء مدرج في *قائمة الأدوية*، ويكون مشابهاً للدواء الذي ترغب في تناوله. **أو**
- اطلب من CalOptima Health OneCare Complete إجراء استثناء لتغطية دوائك. قم بالرجوع إلى الأسئلة من B10 الى B12 لمزيد من المعلومات عن الاستثناءات.

B9. ماذا لو كنت عضواً جديداً في CalOptima Health OneCare Complete ولم أجد الدواء الخاص بي في *قائمة الأدوية*، أو واجهت مشكلة في الحصول عليه؟

نحن نستطيع المساعدة. قد نغطي كمية مؤقتة لمدة 30 يوماً من دوائك خلال أول 90 يومًا من عضويتك في CalOptima Health OneCare Complete. سيمنحك هذا وقتاً للتحدث إلى طبيبك أو أي واصف دواء آخر. يمكنهم مساعدتك في تحديد ما إذا كان هناك دواء مماثل في *قائمة الأدوية* يمكنك تناوله بدلاً منه، أو ما إذا كان ينبغي عليك طلب استثناء.

إذا كانت الوصفة الخاصة بك تغطي عدداً أقل من الأيام، فسنسمح بإعادة صرفها عدة مرات لتوفير ما يصل إلى 30 يوماً كحد أقصى من الدواء.

سنغطي كمية تكفي لمدة 30 يوماً من دوائك إذا:

- كنت تتناول دواءً غير مدرج في *قائمة الأدوية* لدينا، **أو**
- لا تسمح لك قواعد خطتنا بالحصول على المبلغ الذي طلبه واصف الدواء الخاص بك، **أو**
- يتطلب الدواء تصريحًا مسبقًا من CalOptima Health OneCare Complete، **أو**
- أنت تتناول دواءً يخضع لقيود لعلاج المرحلي.

إذا كنت تتناول دواءً لا تعتبره CalOptima Health OneCare Complete دواءً مشمولاً ضمن الجزء D، ولم يكن هذا الدواء مدرجاً في *قائمة الأدوية*، وواجهت مشكلة في الحصول عليه، فقد تتم تغطيته من خلال Medi-Cal Rx. إذا كان هناك دواء مستثنى من تغطية الجزء D ويتطلب الحصول على استثناء، وكنتَ تواجه حالة طارئة، فسيسمح Medi-Cal Rx بصرف كمية من الدواء تكفي لمدة لا تقل عن 72 ساعة. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) لمزيد من المعلومات. يمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على الرقم 800-977-2273. يُرجى إحضار بطاقة Medi-Cal BIC الخاصة بك عند الحصول على الأدوية الموصوفة من خلال Medi-Cal Rx.

إذا كنت تقيم في دار رعاية تمريضية أو أي مرفق آخر للرعاية طويلة الأجل، وكنت بحاجة إلى دواء غير مدرج في *قائمة الأدوية*، أو إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على الدواء الذي تحتاجه، فيمكننا مساعدتك. إذا كنت مشتركاً في الخطة منذ أكثر من 90 يوماً، وتقيم في مرفق للرعاية طويلة الأجل، وتحتاج إلى إمداد فوري:

- سنغطي ولمرة واحدة كمية تكفي لمدة 31 يوماً من الدواء الذي تحتاجه (ما لم تكن لديك وصفة تغطي عدداً أقل من الأيام)، سواء كنت عضواً جديداً في CalOptima Health OneCare Complete أم لا.
- ذلك بالاضافة إلى الكمية المؤقتة التي يتم توفيرها خلال أول 90 يوماً من عضويتك في CalOptima Health OneCare Complete.

إذا كنت عضواً حالياً وتنتقل من حالة علاجية إلى أخرى، فإن ذلك يُعرف **بتغيير مستوى الرعاية**. تتضمن الأمثلة ما يلي:

- الانتقال من مستشفى للرعاية الحادة إلى مرفق للرعاية طويلة الأجل
- الخروج من المستشفى إلى المنزل
- إنهاء الإقامة في رعاية تمريضية متخصصة الجزء A مع العودة إلى تغطية الجزء D
- التخلي عن وضع العجزة للعودة إلى المزايا القياسية للجزء A والجزء B
- إنهاء الإقامة في مرفق رعاية طويلة الأجل والعودة إلى المجتمع
- الخروج من مستشفى للأمراض النفسية

في حال حدوث تغيير في مستوى الرعاية المقدمة لك، سنقوم بتغطية مؤقتة لكمية تكفي لمدة 30 يوماً لأي من الأدوية التي لا تندرج ضمن قائمة الأدوية المعتمدة لدينا، أو في حال كانت قدرتك على الحصول على أدويتك مقيدة، وذلك عند زيارتك لإحدى الصيدليات المدرجة ضمن شبكتنا. لن نتحمل تكلفة هذه الأدوية بعد تزويدك بالكمية المخصصة لأول 30 يومًا. في هذه الحالات، لديك خياران:

- اطلب من خدمة العملاء قائمةً بالأدوية المشابهة للدواء الذي ترغب في تناوله. ثم اعرض القائمة على طبيبك أو على أي واصف دواء آخر. يمكنهم وصف دواء مدرج في قائمة الأدوية، ويكون مشابهاً للدواء الذي ترغب في تناوله، **أو**
- يمكنك الطلب من CalOptima Health OneCare Complete إجراء استثناء لتغطية دوائك. يرجى الرجوع إلى السؤال B10 لمزيد من المعلومات عن الاستثناءات.
-

B10. هل يمكنني طلب استثناء لتغطية تكلفة الدواء الخاص بي؟

نعم. يمكنك أن تطلب من CalOptima Health OneCare Complete إجراء استثناء لتغطية دواء غير مدرج في *قائمة الأدوية*.

يمكنك أيضاً أن تطلب منا تغيير القواعد المتعلقة بالدواء الخاص بك.

- على سبيل المثال، قد تضع CalOptima Health OneCare Complete حداً لكمية الدواء التي سنغطي تكلفتها. إذا كان لدوائك حدٌّ معين، يمكنك أن تطلب منا تغيير هذا الحد وتغطية كمية أكبر.
- أمثلة أخرى: يمكنك أن تطلب منا إلغاء قيود العلاج المرحلي أو متطلبات التصريح المسبق.

B11. كيف يمكنني طلب استثناء؟

لطلب استثناء، اتصل بخدمة العملاء. سيعمل ممثل خدمة العملاء معك ومع واصف الدواء الخاص بك لمساعدتك في طلب الحصول على استثناء. يمكنك أيضاً قراءة **الفصل 9 القسم G2** من *كتيب الأعضاء* لمعرفة المزيد حول الاستثناءات.

B12. كم يستغرق الحصول على الاستثناء؟

بعد تلقينا بياناً من واصف الدواء الخاص بك يؤيد طلبك للحصول على استثناء، سنبلغك بالقرار في غضون 72 ساعة. لمزيد من المعلومات حول تقديم بيان داعم، اتصل بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**)، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر).

إذا كنت تعتقد أنت أو واصف الدواء الخاص بك أن صحتك قد تتضرر في حال اضطرارك لانتظار 72 ساعة للحصول على قرار، فيمكنك طلب استثناء عاجل. هذا قرار أسرع. إذا قام واصف الدواء الخاص بك بتأييد طلبك، فسنبلغك بالقرار في غضون 24 ساعة من استلامنا لبيان التأييد منه.

B13. ما هي الأدوية العامة؟

تتكون الأدوية العامة من نفس المكونات الفعالة الموجودة في الأدوية ذات العلامة التجارية. عادةً ما تكون تكلفتها أقل من الدواء ذي العلامة التجارية، وتعمل عموماً بنفس الكفاءة. عادةً ما لا تكون لديهم أسماء معروفة. تُعتمد الأدوية العامة من قِبَل إدارة الغذاء والدواء (Food and Drug Administration, FDA). تتوفر الأدوية العامة للعديد من الأدوية ذات العلامات التجارية. عادةً ما يمكن استبدال الأدوية ذات العلامة التجارية بأدوية عامة في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة جديدة، إعتمادًا على قوانين الولاية.

تُغطي CalOptima Health OneCare Complete كلاً من الأدوية ذات العلامة التجارية والأدوية العامة.

B14. ما هي المنتجات البيولوجية الأصلية وما علاقتها بالأدوية البيولوجية المشابهة؟

عندما نشير إلى الأدوية، فقد يعني ذلك دواءً أو منتجاً بيولوجياً. المنتجات البيولوجية هي أدوية أكثر تعقيداً من الأدوية التقليدية. نظراً لأن المنتجات البيولوجية أكثر تعقيداً من الأدوية التقليدية، فهي لا تتوفر في صورة أدوية عامة، بل في صورة أدوية تُعرف بالأدوية البيولوجية المشابهة. بشكل عام، تعمل الأدوية البيولوجية المشابهة بنفس كفاءة المنتج البيولوجي الأصلي، وقد تكون تكلفتها أقل.
توجد بدائل بيولوجية مشابهة لبعض المنتجات البيولوجية الأصلية. تُصنَّف بعض الأدوية البيولوجية المشابهة على أنها قابلة للتبادل، وإعتمادًا على قوانين الولاية، قد يتم استبدالها بالمنتج البيولوجي الأصلي في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة جديدة، تماماً كما يمكن استبدال الأدوية ذات العلامة التجارية بأدوية عامة.

لمزيد من المعلومات حول أنواع الأدوية، يرجى الرجوع إلى **الفصل 5** من *كتيب الأعضاء*.

B15. ما هي أدوية الـ OTC؟

يرمز الـ OTC إلى "over-the-counter" أي الأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية. تُغطي CalOptima Health OneCare Complete بعض أدوية الـ OTC عندما يصفها لك مزود الرعاية الصحية الخاص بك.

يمكنك الاطلاع على **الفصل 4** من *كتيب الأعضاء* لدى CalOptima Health OneCare Complete لمعرفة الأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية والمشمولة بالتغطية.

B16. هل تغطي CalOptima Health OneCare Complete منتجات الـ OTC غير الدوائية؟

تغطي CalOptima Health OneCare Complete بعض منتجات الـ OTC غير الدوائية، وذلك عند كتابتها في صورة وصفة طبية من قِبَل مزود الرعاية الصحية الخاص بك.

تشمل أمثلة منتجات الـ OTC غير الدوائية المستلزمات المرتبطة بحقن الأنسولين.

يمكنك الاطلاع على *قائمة الأدوية* لدى CalOptima Health OneCare Complete لمعرفة أي منتجات الـ OTC غير الدوائية مشمولة بالتغطية.

B17. هل تغطي CalOptima Health OneCare Complete تجهيزات طويلة الأمد من الأدوية الموصوفة؟

- **برامج الطلب عبر البريد.** نقدم خدمة الطلب عبر البريد والتي تتيح لك الحصول على كمية من أدويتك تكفي لمدة تصل إلى 100 يومًا، وتُرسل مباشرةً إلى منزلك. إن مبلغ المشاركة في الدفع مقابل صرفية لمدة 100 يوماً هو نفس مبلغ المشاركة في الدفع لصرفية تكفي لشهر واحد.
- **برامج صيدليات التجزئة لتوفير إمدادات تكفي لمدة 100 يومًا.** قد توفر بعض صيدليات التجزئة أيضاً كمية تكفي لمدة تصل إلى إلى 100 يومًا من الأدوية المشمولة بالتغطية. إن مبلغ المشاركة في الدفع مقابل صرفية لمدة 100 يوماً هو نفس مبلغ المشاركة في الدفع لصرفية تكفي لشهر واحد.

B18. هل يمكنني الحصول على الأدوية الموصوفة الخاصة بي وتوصيلها إلى منزلي من الصيدلية المحلية؟

قد تتمكن صيدليتك المحلية من توصيل الدواء الموصوف لك إلى منزلك. يمكنك الاتصال بالصيدلية لمعرفة ما إذا كانت توفر خدمة التوصيل إلى المنزل.

B19. ما هي قيمة المشاركة بالدفع الخاصة بي؟

يدفع أعضاء CalOptima Health OneCare Complete مبلغ 0$ مقابل الأدوية الموصوفة طبيًا، وأدوية الـ OTC، والمنتجات غير الدوائية اذا التزم العضو بقواعد الخطة. يُرجى الرجوع إلى السؤالين B15 وB16 للحصول على مزيد من المعلومات حول أدوية الـ OTC والمنتجات غير الدوائية.

المستويات هي مجموعات من الأدوية المدرجة في *قائمة الأدوية* الخاصة بنا.

تستخدم CalOptima Health OneCare Complete قائمة أدوية ذات مستوى واحد (المستوى 1) تشمل الأدوية العامة والأدوية ذات العلامة التجارية. تبلغ قيمة المشاركة بالدفع لأدوية المستوى 1 مبلغ 0$ طالما التزمت بقواعد الخطة.

إذا كانت لديك أسئلة، قم بالاتصال بخدمة العملاء على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**)، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر).

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**)، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** قم بزيارة **www.caloptima.org/OneCare**.

C. نظرة عامة على *قائمة الأدوية* المغطاة

توفر لك *قائمة الأدوية المغطاة* معلومات حول الأدوية التي تغطيها CalOptima Health OneCare Complete. إذا واجهت صعوبة في العثور على دوائك في القائمة، فارجع إلى فهرس الأدوية المغطاة الذي يبدأ في **القسم I-1**. يسرد الفهرس أبجدياً جميع الأدوية المغطاة من قبل CalOptima Health OneCare Complete.

قد تتم تغطية أدوية أخرى، مثل بعض الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية (over-the-counter, OTC) وفيتامينات معينة، من قبل Medi-Cal Rx. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) لمزيد من المعلومات. يمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على الرقم 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة تعريف المستفيد (Beneficiary Identification Card, BIC) الخاصة بـ Medi-Cal عند الحصول على الوصفات الطبية الخاصة بك من خلال Medi-Cal Rx.

الاستثناءات بموجب الجزء D

- إن الاستثناف هو طريقة رسمية لتطلب منّا مراجعة قرار اتخذناه بخصوص تغطيتك وتغييره إذا كنت تعتقد بأننا قد ارتكبنا خطأً.
- على سبيل المثال، قد نقرر أن الدواء الذي ترغب فيه غير مشمول بالتغطية، أو لم يعد مشمولاً بالتغطية من قبل Medicare أو Medi-Cal.
- إذا كنت أنت أو واصف الدواء الخاص بك غير موافقين على قرارنا، فيمكنكم تقديم استئناف. إذا كان لديك أي سؤال، قم بالاتصال بخدمة العملاء على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**)، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر).
- يمكنك أيضاً قراءة **الفصل 9** من *كتيب الأعضاء* لمعرفة كيفية استئناف قرار ما.
- تخضع الأدوية التي لا تندرج ضمن فئة الجزء D لقواعد مختلفة فيما يتعلق بالاستئناف.

C1. قائمة الأدوية حسب الحالة الطبية

تُصنَّف الأدوية الواردة في هذا القسم إلى فئات بناءً على نوع الحالات الطبية التي تُستخدم لعلاجها. على سبيل المثال، إذا كنت تعاني من حالة قلبية، فينبغي عليك البحث في فئة عوامل القلب والأوعية الدموية. هناك ستجد الأدوية التي تعالج أمراض القلب.

الرمز	المعنى
PA	يتعين عليك (أو على طبيبك) الحصول على تصريح مسبق من CalOptima Health OneCare Complete قبل صرف الوصفة الخاصة بهذا الدواء. قد لا تغطي CalOptima Health OneCare Complete هذا الدواء دون تصريح مسبق.
PA BvD	قد يكون هذا الدواء مؤهلاً للدفع بموجب Medicare الجزء B أو الجزء D. يتعين عليك (أو على طبيبك) الحصول على تصريح مسبق من CalOptima Health OneCare Complete للتحقق من أن هذا الدواء مغطى بموجب Medicare الجزء D قبل صرف الوصفة الخاصة بك لهذا الدواء. قد لا تغطي CalOptima Health OneCare Complete هذا الدواء دون تصريح مسبق.
PA NSO	إذا كنت عضواً جديداً أو لم يسبق لك تناول هذا الدواء، فيتعين عليك (أو على طبيبك) الحصول على تصريح مسبق من CalOptima Health OneCare Complete قبل صرف الوصفة الخاصة بك لهذا الدواء. قد لا تغطي CalOptima Health OneCare Complete هذا الدواء دون تصريح مسبق.
QL	تضع CalOptima Health OneCare Complete حدودًا على كمية هذا الدواء المشمولة بالتغطية لكل وصفة طبية، أو خلال إطار زمني محدد.
ST	قبل أن توفر CalOptima Health OneCare Complete تغطية لهذا الدواء، يجب عليك أولاً تجربة دواء (أو أدوية) آخر لعلاج حالتك الطبية. قد تتم تغطية تكلفة هذا الدواء فقط في حال عدم فعالية الدواء (أو الأدوية) الآخرى بالنسبة لك.
LA	قد تكون هذه الوصفة متاحة فقط في صيدليات محددة. لمزيد من المعلومات راجع **دليل الصيدليات** الخاص بك أو قم بالاتصال بخدمة العملاء على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**)، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر).
NDS	Non-extended Day Supply تعني كمية تكفي لفترة غير ممتدة. هذا دواء يُصرف بكمية تكفي لمدة تصل إلى 31 يومًا.

يدرج العمود الأول من الجدول اسم الدواء. تُدرج الأدوية العامة بأحرف صغيرة ومائلة (على سبيل المثال: *amoxicillin*)، وتُكتب الأسماء التجارية بأحرف كبيرة (على سبيل المثال: ELIQUIS)، بينما تُدرج أدوية الـ OTC والمنتجات غير الدوائية بأحرف صغيرة (على سبيل المثال: insulin pen needle). تُوضِّح لك المعلومات الواردة في عمود "الإجراءات، أو القيود، أو الحدود الضرورية للاستخدام" ما إذا كانت لدى CalOptima Health OneCare Complete أي قواعد لتغطية الدواء الخاص بك.

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Analgesics		
Analgesics		
JOURNAVX 50 MG TABLET	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 14 days), NDS
Analgesics Combinations		
acetaminophen-codeine (#2 tablet, #3 tablet, #4 tablet)	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
acetaminophen-codeine 120-12 mg/5	$0 (Tier 1)	QL (5000 per 30 days), NDS
butalbital-acetaminophen-caffeine 50-325-40 mg tablet	$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen 10-325mg	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
hydrocodone-acetaminophen 5-325mg	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
hydrocodone-acetaminophen 7.5-325mg	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
hydrocodone-ibuprofen 7.5-200	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
oxycodone-acetaminophen (oxycodon-acetaminophen 7.5-325, oxycodone-acetaminophen 5-325, oxycodone-acetaminophen 10-325, oxycodone-acetaminophn 7.5-325)	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Analgesics		
Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs		
celecoxib (100 mg capsule, 400 mg capsule)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
celecoxib (50 mg capsule, 200 mg capsule)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
diclofenac 1.5% topical soln	$0 (Tier 1)	PA, QL (300 per 30 days)
diclofenac 2% solution pump	$0 (Tier 1)	PA, QL (224 per 28 days)
diclofenac epolamine 1.3% ptch	$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
diclofenac pot 50 mg tablet	$0 (Tier 1)	
diclofenac sod er 100 mg tab	$0 (Tier 1)	
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)	$0 (Tier 1)	
ec-naproxen (dr 375 mg tablet, dr 500 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
etodolac (200 mg capsule, 300 mg capsule, 400 mg tablet, 500 mg tablet)	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Analgesics		
IBU (600 MG TABLET, 800 MG TABLET)	$0 (Tier 1)	
ibuprofen (100 mg/5 ml susp, 400 mg tablet, 600 mg tablet, 800 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
indomethacin (25 mg capsule, 50 mg capsule)	$0 (Tier 1)	
meloxicam (7.5 mg tablet, 15 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
nabumetone (500 mg tablet, 750 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
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)	$0 (Tier 1)	
piroxicam (10 mg capsule, 20 mg capsule)	$0 (Tier 1)	
sulindac (150 mg tablet, 200 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Opioid Analgesics, Long-acting		
fentanyl (12 patch, 25 patch, 50 patch, 75 patch, 100 patch)	$0 (Tier 1)	QL (10 per 30 days), NDS

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Analgesics		
levorphanol 2 mg tablet	$0 (Tier 1)	PA NSO, NDS
levorphanol 3 mg tablet	$0 (Tier 1)	PA NSO
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)	$0 (Tier 1)	PA NSO, NDS
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)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
morphine sulfate er (er 100 mg cap, er 120 mg cap)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
morphine sulfate er (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO, NDS
morphine sulfate er (er 15 mg tablet, er 30 mg tablet, er 60 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), NDS
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)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), NDS

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Analgesics		
oxymorphone hcl er 7.5 mg tab	$0 (Tier 1)	NDS
Opioid Analgesics, Short-acting		
codeine sulfate (15 mg tablet, 30 mg tablet, 60 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
hydromorphone hcl (1 mg/ml solution, 2 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg/5 ml soln, 8 mg tablet)	$0 (Tier 1)	NDS
meperidine hcl (25 mg/ml vial, 50 mg/5 ml solution, 50 mg/ml vial, 100 mg/ml vial)	$0 (Tier 1)	PA
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)	$0 (Tier 1)	NDS
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)	$0 (Tier 1)	NDS

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Analgesics		
oxymorphone hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	NDS
tramadol hcl 100 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
tramadol hcl 50 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days), NDS

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Anesthetics		
Local Anesthetics		
lidocaine 5% patch	$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
lidocaine hcl 4% solution	$0 (Tier 1)	
lidocaine hcl viscous (2% 15 ml cup, 2% soln)	$0 (Tier 1)	
lidocaine-prilocaine cream	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents		
Alcohol Deterrents/Anti-craving		
acamprosate calc dr 333 mg tab	$0 (Tier 1)	
disulfiram (250 mg tablet, 500 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
naltrexone 50 mg tablet	$0 (Tier 1)	
Opioid Dependence		
buprenorphine 2 mg tablet sl	$0 (Tier 1)	QL (360 per 30 days)
buprenorphine 8 mg tablet sl	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
buprenorphine-nalox 12-3mg flm	$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
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, buprenorphn-naloxn 2-0.5 mg sl)	$0 (Tier 1)	
lofexidine 0.18 mg tablet	$0 (Tier 1)	PA, NDS
VIVITROL (380 MG VIAL, 380 MG VIAL-DILUENT)	$0 (Tier 1)	QL (1 per 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents		
Opioid Reversal Agents		
KLOXXADO 8 MG NASAL SPRAY	$0 (Tier 1)	QL (2 per 30 days)
naloxone hcl (0.4 mg/ml carpuject, 0.4 mg/ml syringe, 0.4 mg/ml vial, 2 mg/2 ml syringe, 4 mg/10 ml vial)	$0 (Tier 1)	
OPVEE 2.7 MG NASAL SPRAY	$0 (Tier 1)	QL (2 per 30 days)
ZURNAI 1.5 MG/0.5 ML AUTOINJCT	$0 (Tier 1)	QL (1 per 30 days)
Smoking Cessation Agents		
bupropion hcl sr 150 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
varenicline starting month box	$0 (Tier 1)	QL (53 per 28 days)
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)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antibacterials		
Aminoglycosides		
amikacin sulf 500 mg/2 ml vial	$0 (Tier 1)	
ARIKAYCE 590 MG/8.4 ML VIAL	$0 (Tier 1)	PA, QL (252 per 30 days), NDS
gentamicin sulfate (80 mg/2 ml vial, 800 mg/20 ml vial)	$0 (Tier 1)	
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)	$0 (Tier 1)	
neomycin 500 mg tablet	$0 (Tier 1)	
streptomycin sulf 1 gm vial	$0 (Tier 1)	
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)	$0 (Tier 1)	
Antibacterials, Other		
aztreonam 1 gm vial	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antibacterials		
aztreonam 2 gm vial	$0 (Tier 1)	NDS
BLUJEPA 750 MG TABLET	$0 (Tier 1)	PA
clindamycin (pedi) 75 mg/5 ml	$0 (Tier 1)	
clindamycin hcl (75 mg capsule, 150 mg capsule, 300 mg capsule)	$0 (Tier 1)	
clindamycin pediatr 75 mg/5 ml	$0 (Tier 1)	
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)	$0 (Tier 1)	
clindamycin phosphate-d5w (300 mg/50 ml-d5w, 600 mg/50 ml-d5w, 900 mg/50 ml-d5w)	$0 (Tier 1)	
colistimethate 150 mg vial	$0 (Tier 1)	
dalbavancin hcl 500 mg vial	$0 (Tier 1)	PA, NDS
daptomycin (350 mg vial, 500 mg vial)	$0 (Tier 1)	NDS
fosfomycin 3 gm sachet	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antibacterials		
linezolid (100 mg/5 ml susp, 600 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, NDS
linezolid 600 mg/300 ml-d5w	$0 (Tier 1)	PA, NDS
methenamine hipp 1 gm tablet	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
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)	$0 (Tier 1)	
nitrofurantoin (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	$0 (Tier 1)	
nitrofurantoin 25 mg/5 ml susp	$0 (Tier 1)	NDS
nitrofurantoin mono-mcr 100 mg	$0 (Tier 1)	
polymyxin b sulfate vial	$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
tigecycline 50 mg vial	$0 (Tier 1)	PA, NDS

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antibacterials		
tinidazole (250 mg tablet, 500 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
trimethoprim 100 mg tablet	$0 (Tier 1)	
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)	$0 (Tier 1)	
vancomycin hcl 125 mg capsule	$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
cefaclor (250 mg capsule, 500 mg capsule)	$0 (Tier 1)	
cefadroxil (1 gm tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg/5 ml susp)	$0 (Tier 1)	
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)	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antibacterials		
cefdinir (125 mg/5 ml susp, 250 mg/5 ml susp, 300 mg capsule)	$0 (Tier 1)	
cefepime hcl (1 gm vial, 2 gram vial)	$0 (Tier 1)	
cefixime (100 mg/5 ml susp, 400 mg capsule)	$0 (Tier 1)	
cefixime 200 mg/5 ml susp	$0 (Tier 1)	NDS
cefotetan (1 gm vial, 2 gm vial)	$0 (Tier 1)	
cefoxitin (1 gm vial, 2 gm vial, 10 gm vial)	$0 (Tier 1)	
cefpodoxime proxetil (50 mg/5 ml susp, 100 mg tablet, 100 mg/5 ml susp, 200 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
cefprozil (125 mg/5 ml susp, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
ceftaroline fosamil (400 mg vl, 600 mg vl)	$0 (Tier 1)	NDS
ceftazidime (1 gm vial, 2 gm vial, 6 gm vial)	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antibacterials		
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)	$0 (Tier 1)	
cefuroxime (250 mg tab, 500 mg tab)	$0 (Tier 1)	
cefuroxime sodium (1.5 gm vial, 750 mg vial)	$0 (Tier 1)	
cephalexin (125 mg/5 ml susp, 250 mg capsule, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg tablet)	$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
ZEVTERA 667 MG VIAL	$0 (Tier 1)	PA
Beta-lactam, Penicillins		
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)	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antibacterials		
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)	$0 (Tier 1)	
ampicillin 500 mg capsule	$0 (Tier 1)	
ampicillin sodium (1 gm add-vantage vl, 1 gm vial, 2 gm add-vantage vl, 2 gm vial, 10 gm bottle, 10 gm vial)	$0 (Tier 1)	
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)	$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)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antibacterials		
BICILLIN L-A 2,400,000 UNITS	$0 (Tier 1)	NDS
dicloxacillin sodium (250 mg capsule, 500 mg capsule)	$0 (Tier 1)	
nafcillin sodium (1 gm add-van vial, 1 gm vial)	$0 (Tier 1)	
nafcillin sodium (2 gm add-vant vial, 2 gm vial, 10 gm bottle, 10 gm bulk vial)	$0 (Tier 1)	NDS
oxacillin 10 gm vial	$0 (Tier 1)	NDS
oxacillin 2 gm/ 50 ml inj	$0 (Tier 1)	
oxacillin sodium (1 gm add-vantage vl, 1 gm vial)	$0 (Tier 1)	
penicillin g na 5 million unit	$0 (Tier 1)	
penicillin g potassium (5 million, 20 million)	$0 (Tier 1)	
penicillin gk-iso-osm dextrose (pen g 2 million unit/50 ml, pen g 3 million unit/50 ml)	$0 (Tier 1)	
penicillin v potassium (125 mg/5 ml soln, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml soln, 500 mg tablet)	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antibacterials		
piperacillin-tazobactam (piperacil-tazo 2.25 gm add vl, piperacil-tazo 3.375 gm add vl, piperacil-tazo 4.5 gm add vial, piperacil-tazobact 2.25 gm vl, piperacil-tazobact 3.375 gm vl, piperacil-tazobact 4.5 gm vial, piperacil-tazobact 13.5 gm vl, piperacil-tazobact 40.5 gram, piperacillin-tazo 2.25 g dplx, piperacillin-tazo 3.375 g dplx, piperacillin-tazo 4.5 g duplex)	$0 (Tier 1)	
Carbapenems		
ertapenem 1 gram vial	$0 (Tier 1)	NDS
imipenem-cilastatin 250 mg vl	$0 (Tier 1)	
imipenem-cilastatin 500 mg vl	$0 (Tier 1)	NDS
meropenem (iv 1 gm vial, iv 500 mg vial)	$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

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antibacterials		
Macrolides		
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)	$0 (Tier 1)	
azithromycin 250 mg tablet (dose pack)	$0 (Tier 1)	
azithromycin 500 mg tablet (dose pack)	$0 (Tier 1)	
azithromycin 600 mg tablet	$0 (Tier 1)	PA
clarithromycin (125 mg/5 ml sus, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml sus, 500 mg tablet)	$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)	
erythromycin (250 mg tablet, 500 mg tablet)	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antibacterials		
erythromycin ethylsuccinate (200 mg/5 ml susp, 400 mg/5 ml susp)	$0 (Tier 1)	PA
fidaxomicin 200 mg tablet	$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
ciprofloxacin 200 mg/100ml-d5w	$0 (Tier 1)	
ciprofloxacin hcl (500 mg tab, 750 mg tab)	$0 (Tier 1)	
ciprofloxacin hcl 250 mg tab	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
levofloxacin (25 mg/ml solution, 250 mg tablet, 250 mg/10 ml soln, 500 mg tablet, 500 mg/20 ml soln, 750 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
levofloxacin-d5w (500 mg/100 ml-d5w, 750 mg/150 ml-d5w)	$0 (Tier 1)	
moxifloxacin 400 mg/250 ml bag	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antibacterials		
moxifloxacin hcl 400 mg tablet	$0 (Tier 1)	
ofloxacin 400 mg tablet	$0 (Tier 1)	
Sulfonamides		
sodium sulfacetamide 10% lot	$0 (Tier 1)	
sulfacetamide sodium (sod 10% top susp, sodium 10% lotn)	$0 (Tier 1)	
sulfadiazine 500 mg tablet	$0 (Tier 1)	
sulfamethoxazole-trimethoprim (20 ml cup, ds tablet, ss tablet, susp)	$0 (Tier 1)	
Tetracyclines		
demeclocycline hcl (150 mg tablet, 300 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA
DOXY 100 MG VIAL	$0 (Tier 1)	
doxycycline hyclate (hyc 100 mg vial, hyclate 100 mg cap, hyclate 100 mg tab, hyclate 100 mg vl)	$0 (Tier 1)	
doxycycline monohydrate (25 mg/5 ml susp, mono 50 mg tablet, mono 75 mg tablet, mono 100 mg cap, mono 100 mg tablet)	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antibacterials		
minocycline hcl (50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule)	$0 (Tier 1)	
tetracycline hcl (250 mg capsule, 500 mg capsule)	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Anticonvulsants		
Anticonvulsants, Other		
brivaracetam (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
brivaracetam 10 mg/ml oral sol	$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
divalproex sodium (dr 125 mg cap sprnk, sod dr 125 mg tab, sod dr 250 mg tab, sod dr 500 mg tab)	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Anticonvulsants		
divalproex sodium er (er 250 mg tab, er 500 mg tab)	$0 (Tier 1)	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	$0 (Tier 1)	PA NSO
felbamate (400 mg tablet, 600 mg tablet, 600 mg/5 ml susp, 600 mg/5 ml susp cup)	$0 (Tier 1)	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	$0 (Tier 1)	QL (360 per 30 days), PA NSO
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)	$0 (Tier 1)	
lamotrigine tab start kit-blue	$0 (Tier 1)	
lamotrigine tab start kt-green	$0 (Tier 1)	
lamotrigine tab start kt-orang	$0 (Tier 1)	
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)	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Anticonvulsants		
levetiracetam er 500 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
levetiracetam er 750 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
perampanel (8 mg tablet, 10 mg tablet, 12 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
perampanel 0.5 mg/ml oral susp	$0 (Tier 1)	QL (680 per 28 days)
perampanel 2 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
perampanel 4 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
perampanel 6 mg tablet	$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)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Anticonvulsants		
topiramate (15 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	$0 (Tier 1)	
topiramate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
topiramate 25 mg/ml solution	$0 (Tier 1)	PA NSO
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)	$0 (Tier 1)	
Calcium Channel Modifying Agents		
ethosuximide (250 mg capsule, 250 mg/5 ml cup, 250 mg/5 ml soln)	$0 (Tier 1)	
methsuximide 300 mg capsule	$0 (Tier 1)	
Gamma-Aminobutyric Acid (GABA) Modulating Agents		
clobazam (2.5 mg/ml suspension, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA NSO
clonazepam (0.25 mg odt, 2 mg odt)	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Anticonvulsants		
clonazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
clonazepam 0.125 mg odt	$0 (Tier 1)	
clonazepam 0.5 mg odt	$0 (Tier 1)	
clonazepam 1 mg odt	$0 (Tier 1)	
clonazepam 2 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
clorazepate dipotassium (3.75 mg tablet, 7.5 mg tablet, 15 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
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))	$0 (Tier 1)	
gabapentin (100 mg capsule, 300 mg capsule, 600 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
gabapentin (250 mg/5 ml soln, 250 mg/5ml soln cup, 300 mg/6 ml soln, 300 mg/6ml soln cup)	$0 (Tier 1)	QL (2400 per 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Anticonvulsants		
gabapentin 400 mg capsule	$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
gabapentin 800 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
NAYZILAM 5 MG NASAL SPRAY	$0 (Tier 1)	QL (10 per 28 days), PA NSO
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)	$0 (Tier 1)	
pregabalin (150 mg capsule, 200 mg capsule, 225 mg capsule, 300 mg capsule)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
pregabalin (25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule)	$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
pregabalin 20 mg/ml solution	$0 (Tier 1)	QL (960 per 30 days)
primidone (50 mg tablet, 125 mg tablet, 250 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
SYMPAZAN (5 MG FILM, 10 MG FILM, 20 MG FILM)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Anticonvulsants		
tiagabine hcl (2 mg tablet, 4 mg tablet, 12 mg tablet, 16 mg tablet)	$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
vigabatrin 500 mg powder packt	$0 (Tier 1)	PA NSO
vigabatrin 500 mg tablet	$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		
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)	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Anticonvulsants		
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)	$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)	
eslicarbazepine acetate (200 mg tablet, 400 mg tablet, 600 mg tablet, 800 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
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)	$0 (Tier 1)	
lacosamide (50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
oxcarbazepine (150 mg tablet, 300 mg tablet, 300 mg/5 ml cup, 300 mg/5 ml susp, 600 mg tablet)	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Anticonvulsants		
PHENYTEK (200 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE)	$0 (Tier 1)	
phenytoin (50 mg infatab chew, 50 mg tablet chew, 100 mg/4 ml susp cup, 125 mg/5 ml susp)	$0 (Tier 1)	
phenytoin sod ext 100 mg cap	$0 (Tier 1)	
rufinamide (40 mg/ml suspension, 200 mg tablet, 400 mg tablet)	$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
zonisamide (25 mg capsule, 50 mg capsule, 100 mg capsule)	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antidementia Agents		
Antidementia Agents, Other		
LEQEMBI IQLIK (360 MG/1.8 ML, 500 MG DOSE-2 AI)	$0 (Tier 1)	PA
memantine hcl-donepezil hcl er (er 14-10mg, er 21-10mg, er 28-10mg)	$0 (Tier 1)	ST, QL (30 per 30 days)
Cholinesterase Inhibitors		
donepezil hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 23 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
donepezil hcl odt (odt 5 mg tablet, odt 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
galantamine 4 mg/ml oral soln	$0 (Tier 1)	QL (200 per 30 days)
galantamine er (er 8 mg capsule, er 16 mg capsule)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
galantamine er 24 mg capsule	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
galantamine hbr (4 mg tablet, 8 mg tablet, 12 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
rivastigmine (1.5 mg capsule, 3 mg capsule, 4.5 mg capsule, 6 mg capsule)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antidementia Agents		
rivastigmine (4.6 mg/24hr patch, 9.5 mg/24hr patch, 13.3 mg/24hr ptch)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
N-methyl-D-aspartate (NMDA) Receptor Antagonist		
memantine hcl (2 mg/ml solution, 10 mg/5 ml cup)	$0 (Tier 1)	QL (480 per 30 days)
memantine hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
memantine hcl er (er 14 mg capsule, er 21 mg capsule, er 28 mg capsule)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
memantine hcl er 7 mg capsule	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antidepressants		
Antidepressants, Other		
AUVELITY ER 45-105 MG TABLET	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
bupropion hcl 100 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antidepressants		
bupropion hcl 75 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
bupropion hcl sr (sr 100 mg tablet, sr 150 mg tablet, sr 200 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
bupropion xl (150 mg tablet, 300 mg tablet, 450 mg tablet)	$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
mirtazapine (7.5 mg tablet, 15 mg odt, 15 mg tablet, 30 mg odt, 30 mg tablet, 45 mg odt, 45 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
olanzapine-fluoxetine hcl (3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg, 12-25 mg, 12-50 mg)	$0 (Tier 1)	
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)	$0 (Tier 1)	PA NSO

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)	
phenelzine sulfate 15 mg tab	$0 (Tier 1)	
tranylcypromine sulf 10 mg tab	$0 (Tier 1)	
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)		
citalopram hbr (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
citalopram hbr (10 mg/5 ml soln, 20 mg/10 ml cup)	$0 (Tier 1)	QL (600 per 30 days)
desvenlafaxine er (er 50 mg tab, er 50 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antidepressants		
desvenlafaxine er 100 mg tab	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
desvenlafaxine succinate er (er 25 mg, er 50 mg)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
desvenlafaxine succnt er 100mg	$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
duloxetine hcl (dr 20 mg cap, dr 30 mg cap, dr 60 mg cap)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
escitalopram oxalate (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
escitalopram oxalate (oxalate 5 mg/5 ml, 10 mg/10 ml cup)	$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

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antidepressants		
fluoxetine hcl (10 mg capsule, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
fluoxetine hcl (20 mg capsule, 20 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
fluoxetine hcl (20 mg/5 ml soln cup, 20 mg/5 ml solution)	$0 (Tier 1)	QL (600 per 30 days)
fluoxetine hcl 40 mg capsule	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
fluvoxamine maleate (25 mg tab, 50 mg tab)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
fluvoxamine maleate 100 mg tab	$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
nefazodone hcl (150 mg tablet, 250 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
nefazodone hcl (50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
paroxetine hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
paroxetine hcl 10 mg/5 ml susp	$0 (Tier 1)	PA NSO
paroxetine hcl 30 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antidepressants		
pmdd fluoxetine 10mg tablet	$0 (Tier 1)	
pmdd fluoxetine 20mg tablet	$0 (Tier 1)	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	$0 (Tier 1)	PA NSO
sertraline 20 mg/ml oral conc	$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
sertraline hcl (25 mg tablet, 50 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
sertraline hcl 100 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
trazodone hcl (50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
TRINTELLIX (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
venlafaxine bes er 112.5 mg tb	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
venlafaxine hcl (25 mg tablet, 37.5 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap, er 75 mg cap, er 150 mg cap)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antidepressants		
venlafaxine hcl er (er 37.5 mg tab, er 75 mg tab, er 225 mg tab)	$0 (Tier 1)	ST, QL (30 per 30 days)
venlafaxine hcl er 150 mg tab	$0 (Tier 1)	ST, QL (60 per 30 days)
vilazodone hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
Tricyclics		
amitriptyline hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	$0 (Tier 1)	PA NSO
amoxapine (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
clomipramine hcl (25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule)	$0 (Tier 1)	PA NSO
desipramine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA NSO
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)	$0 (Tier 1)	PA NSO

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antidepressants		
imipramine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA NSO
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)	$0 (Tier 1)	
protriptyline hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
trimipramine maleate (25 mg cap, 50 mg cap)	$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
trimipramine maleate 100 mg cp	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antiemetics		
Antiemetics, Other		
GIMOTI 15 MG NASAL SPRAY	$0 (Tier 1)	PA, QL (9.8 per 28 days)
meclizine hcl (12.5 mg tablet, 25 mg tablet, 25 mg tablet chew, 50 mg tablet)	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antiemetics		
metoclopramide hcl (5 mg tablet, 5 mg/5 ml soln, 10 mg tablet, 10 mg/10 ml cup, 10 mg/10 ml sol)	$0 (Tier 1)	
NEREUS 85 MG CAPSULE	$0 (Tier 1)	PA, QL (8 per 30 days)
prochlorperazine 25 mg supp	$0 (Tier 1)	
prochlorperazine maleate (5 mg tablet, 10 mg tab)	$0 (Tier 1)	
promethazine hcl (12.5 mg suppos, 25 mg suppository)	$0 (Tier 1)	
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)	$0 (Tier 1)	PA
PROMETHEGAN (25 MG, 50 MG)	$0 (Tier 1)	
scopolamine 1 mg/3 day patch	$0 (Tier 1)	PA, QL (10 per 30 days)
trimethobenzamide 300 mg cap	$0 (Tier 1)	
Emetogenic Therapy Adjuncts		
aprepitant (80 mg capsule, 125 mg capsule)	$0 (Tier 1)	PA, QL (12 per 30 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antiemetics		
aprepitant 125-80-80 mg pack	$0 (Tier 1)	PA, NDS
aprepitant 40 mg capsule	$0 (Tier 1)	PA, QL (10 per 30 days)
dronabinol (2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)	$0 (Tier 1)	PA
granisetron hcl 1 mg tablet	$0 (Tier 1)	PA
ondansetron hcl (4 mg tablet, 8 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ondansetron hcl (4 mg/5 ml soln cup, 4 mg/5 ml solution)	$0 (Tier 1)	
ondansetron odt (odt 4 mg tablet, odt 8 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antifungals		
Antifungals		
amphotericin b 50 mg vial	$0 (Tier 1)	PA
amphotericin b liposome 50 mg	$0 (Tier 1)	PA, NDS
caspofungin acetate (50 mg vial, 70 mg vial)	$0 (Tier 1)	PA, NDS

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antifungals		
clotrimazole (1% solution, 1% solution spray, 1% topical cream, 10 mg lozenge, 10 mg troche)	$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
fluconazole (10 mg/ml susp, 40 mg/ml susp, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
fluconazole-nacl (200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml)	$0 (Tier 1)	
fluconazole-ns 200 mg/100 ml	$0 (Tier 1)	
flucytosine 250 mg capsule	$0 (Tier 1)	PA
flucytosine 500 mg capsule	$0 (Tier 1)	PA, NDS
griseofulvin (125 mg/5 ml susp, micro 500 mg tab)	$0 (Tier 1)	
griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antifungals		
itraconazole (10 mg/ml solution, 100 mg capsule, 100 mg/10 ml cup)	$0 (Tier 1)	
ketoconazole (2% cream, 2% shampoo, 200 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
micafungin (50 mg vial, 100 mg vial)	$0 (Tier 1)	NDS
miconazole 3 200 mg vag supp	$0 (Tier 1)	
NYAMYC 100,000 UNIT/GM POWDER	$0 (Tier 1)	
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)	$0 (Tier 1)	
NYSTOP 100,000 UNIT/GM POWDER	$0 (Tier 1)	
posaconazole (dr 100 mg tablet, 200 mg/5 ml susp)	$0 (Tier 1)	PA, NDS
terbinafine hcl 250 mg tablet	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antifungals		
terconazole (0.4% cream, 0.8% cream, 80 mg suppository)	$0 (Tier 1)	
voriconazole (50 mg tablet, 200 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA
voriconazole 200 mg vial	$0 (Tier 1)	PA
voriconazole 40 mg/ml susp	$0 (Tier 1)	PA, NDS

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antigout Agents		
Antigout Agents		
allopurinol (100 mg tablet, 300 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
colchicine (0.6 mg capsule, 0.6 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
febuxostat (40 mg tablet, 80 mg tablet)	$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)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antigout Agents		
probenecid 500 mg tablet	$0 (Tier 1)	
probenecid-colchicine tablet	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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		
dihydroergotamine 4 mg/ml spry	$0 (Tier 1)	PA
MIGERGOT (, 2-100 MG)	$0 (Tier 1)	QL (24 per 30 days), NDS
Serotonin (5-HT) Receptor Agonists		
naratriptan 1 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
naratriptan 2.5 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
rizatriptan (5 mg odt, 5 mg tablet, 10 mg odt, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (18 per 28 days)
sumatriptan (5 mg nasal spray, 20 mg nasal spray)	$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antimigraine Agents		
sumatriptan succinate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (9 per 30 days)
sumatriptan succinate (6 mg/0.5 ml vial, 6 mg/0.5ml autoinj)	$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
zolmitriptan (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (6 per 30 days)
zolmitriptan odt (2.5 mg odt, 5 mg odt)	$0 (Tier 1)	QL (6 per 30 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antimyasthenic Agents		
Parasympathomimetics		
pyridostigmine bromide (br 30 mg tablet, 60 mg/5 ml cup, 60 mg/5 ml soln, br 60 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
pyridostigmine er 180 mg tab	$0 (Tier 1)	
VYVGART HYTRULO 1,000MG-10,000	$0 (Tier 1)	PA, QL (20 per 28 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antimycobacterials		
Antimycobacterials, Other		
dapsone (25 mg tablet, 100 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
rifabutin 150 mg capsule	$0 (Tier 1)	NDS
Antituberculars		
ethambutol hcl (100 mg tablet, 400 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
isoniazid (50 mg/5 ml solution, 100 mg tablet, 300 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
pretomanid 200 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
PRIFTIN 150 MG TABLET	$0 (Tier 1)	
pyrazinamide 500 mg tablet	$0 (Tier 1)	
rifampin (150 mg capsule, 300 mg capsule, iv 600 mg vial)	$0 (Tier 1)	
SIRTURO 100 MG TABLET	$0 (Tier 1)	PA, NDS
SIRTURO 20 MG TABLET	$0 (Tier 1)	PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antineoplastics		
Alkylating Agents		
cyclophosphamide (25 mg capsule, 50 mg capsule, 50 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA BVD
LEUKERAN 2 MG TABLET	$0 (Tier 1)	
lomustine (10 mg capsule, 40 mg capsule, 100 mg capsule)	$0 (Tier 1)	PA NSO
MATULANE 50 MG CAPSULE	$0 (Tier 1)	
Antiandrogens		
abiraterone acetate 250 mg tab	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
abiraterone acetate 500 mg tab	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ABIRTEGA 250 MG TABLET	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
bicalutamide 50 mg tablet	$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

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antineoplastics		
EULEXIN 125 MG CAPSULE	$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO
nilutamide 150 mg tablet	$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		
lenalidomide (2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule, 15 mg capsule, 20 mg capsule, 25 mg capsule)	$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

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)	
tamoxifen citrate (10 mg tablet, 20 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
toremifene citrate 60 mg tab	$0 (Tier 1)	PA NSO
Antimetabolites		
mercaptopurine (20 mg/ml suspen, 50 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
ONUREG (200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	$0 (Tier 1)	PA NSO
TABLOID 40 MG TABLET	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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
hydroxyurea 500 mg capsule	$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

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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		
anastrozole 1 mg tablet	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antineoplastics		
exemestane 25 mg tablet	$0 (Tier 1)	
letrozole 2.5 mg tablet	$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

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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
bosutinib 400 mg tablet	$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

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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
dasatinib (50 mg tablet, 80 mg tablet, 100 mg tablet, 140 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
dasatinib 20 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
dasatinib 70 mg tablet	$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

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antineoplastics		
erlotinib hcl (25 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
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)	$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
gefitinib 250 mg tablet	$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

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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
imatinib mesylate (100 mg tab, 400 mg tab)	$0 (Tier 1)	PA NSO

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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
lapatinib 250 mg tablet	$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

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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
nilotinib d-tartrate (50 mg cap, 150 mg cp, 200 mg cp)	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
nilotinib hcl (50 mg capsule, 150 mg capsule, 200 mg capsule)	$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

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antineoplastics		
OJJAARA (100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
pazopanib hcl 200 mg tablet	$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

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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
sorafenib 200 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
STIVARGA 40 MG TABLET	$0 (Tier 1)	QL (84 per 28 days), PA NSO
sunitinib malate (12.5 mg cap, 25 mg capsule, 37.5 mg cap, 50 mg capsule)	$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
TAGRISSO (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

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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		
bexarotene 1% gel	$0 (Tier 1)	PA NSO, NDS
bexarotene 75 mg capsule	$0 (Tier 1)	PA NSO
PANRETIN 0.1% GEL	$0 (Tier 1)	
tretinoin 10 mg capsule	$0 (Tier 1)	
Treatment Adjuncts		
HEMADY 20 MG TABLET	$0 (Tier 1)	PA NSO
leucovorin calcium (calcium 5 mg tab, calcium 10 mg tab, calcium 15 mg tab, calcium 25 mg tab, lederle 5 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
mesna 400 mg tablet	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antiparasitics		
Anthelminthics		
albendazole 200 mg tablet	$0 (Tier 1)	NDS
ivermectin 3 mg tablet	$0 (Tier 1)	NDS
praziquantel 600 mg tablet	$0 (Tier 1)	
Antiprotozoals		
atovaquone (750 mg/5 ml susp, 750 mg/5ml susp cup, 1,500 mg/10 ml cup)	$0 (Tier 1)	PA
atovaquone-proguanil hcl (62.5-25, 250-100)	$0 (Tier 1)	
benznidazole (12.5 mg tablet, 100 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
chloroquine phosphate (250 mg tablet, 500 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
COARTEM TABLETS	$0 (Tier 1)	QL (24 per 3 days)
hydroxychloroquine 200 mg tab	$0 (Tier 1)	
KRINTAFEL 150 MG TABLET	$0 (Tier 1)	QL (4 per 30 days)
mefloquine hcl 250 mg tablet	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antiparasitics		
nitazoxanide 500 mg tablet	$0 (Tier 1)	PA, NDS
pentamidine isethionate (300 mg inhal powdr, 300 mg inject vial)	$0 (Tier 1)	
primaquine 26.3 mg tablet	$0 (Tier 1)	
pyrimethamine 25 mg tablet	$0 (Tier 1)	PA, NDS
quinine sulfate 324 mg capsule	$0 (Tier 1)	PA

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antiparkinson Agents		
Anticholinergics		
benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tablet, 2 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
trihexyphenidyl hcl (2 mg tablet, 2 mg/5 ml soln, 5 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
Antiparkinson Agents, Other		
amantadine (50 mg/5 ml solution, 100 mg capsule, 100 mg tablet, 100 mg/10 ml cup, 100 mg/10 ml soln)	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antiparkinson Agents		
carbidopa-levodopa-entacapone (50, 75, 100, 125, 150, 200)	$0 (Tier 1)	
entacapone 200 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
NOURIANZ (20 MG TABLET, 40 MG TABLET)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
tolcapone 100 mg tablet	$0 (Tier 1)	
Dopamine Agonists		
bromocriptine mesylate (2.5 mg tablet, 5 mg capsule)	$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)
pramipexole 0.75 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1.5 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antiparkinson Agents		
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)	$0 (Tier 1)	
Dopamine Precursors and/or L-Amino Acid Decarboxylase Inhibitors		
carbidopa 25 mg tablet	$0 (Tier 1)	
carbidopa-levodopa (carbidopa-levo 10-100 mg odt, carbidopa-levo 25-100 mg odt, carbidopa-levo 25-250 mg odt, carbidopa-levodopa 10-100 tab, carbidopa-levodopa 25-100 tab, carbidopa-levodopa 25-250 tab)	$0 (Tier 1)	
carbidopa-levodopa er (er 25-100 tab, er 50-200 tab)	$0 (Tier 1)	
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors		
rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)	$0 (Tier 1)	
selegiline hcl (5 mg capsule, 5 mg tablet)	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antipsychotics		
1st Generation/Typical		
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)	$0 (Tier 1)	
fluphenazine dec 125 mg/5 ml	$0 (Tier 1)	
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)	$0 (Tier 1)	
haloperidol (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
haloperidol dec 100 mg/ml amp	$0 (Tier 1)	
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)	$0 (Tier 1)	
haloperidol lactate (2 mg/ml conc, 5 mg/ml ampul, 5 mg/ml vial, 10 mg/5 ml cup, 50 mg/10 ml vl)	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antipsychotics		
loxapine (5 mg capsule, 10 mg capsule, 25 mg capsule, 50 mg capsule)	$0 (Tier 1)	
molindone hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 25 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
perphenazine (2 mg tablet, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
pimozide (1 mg tablet, 2 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
thioridazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
thiothixene (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)	$0 (Tier 1)	
trifluoperazine hcl (1 mg tablet, 2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
2nd Generation/Atypical		
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4ML	$0 (Tier 1)	QL (2.4 per 56 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)
aripiprazole (2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
aripiprazole 1 mg/ml solution	$0 (Tier 1)	QL (900 per 30 days)
aripiprazole odt (odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet)	$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)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antipsychotics		
ARISTADA INITIO ER 675 MG/2.4	$0 (Tier 1)	QL (4.8 per 365 days)
asenapine maleate (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)	$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

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)
lurasidone hcl (20 mg tablet, 40 mg tablet, 60 mg tablet, 120 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
lurasidone hcl 80 mg tablet	$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
olanzapine (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet, 10 mg vial, 15 mg tablet, 20 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
olanzapine odt (odt 5 mg tablet, odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet, odt 20 mg tablet)	$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

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antipsychotics		
OPIPZA 10 MG FILM	$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
paliperidone er (er 1.5 mg tablet, er 3 mg tablet, er 9 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
paliperidone er 6 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
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)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
quetiapine fumarate er (er 150 mg tablet, er 200 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
quetiapine fumarate er (er 50 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet)	$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
risperidone (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antipsychotics		
risperidone 1 mg/ml solution	$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
risperidone er (er 12.5 mg vial, er 25 mg vial, er 37.5 mg vial, er 50 mg vial)	$0 (Tier 1)	QL (2 per 28 days)
risperidone odt (0.25 mg odt, 0.5 mg odt, 1 mg odt, 2 mg odt, 3 mg odt, 4 mg odt)	$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)
ziprasidone 20 mg/ml vial	$0 (Tier 1)	
ziprasidone hcl (20 mg capsule, 40 mg capsule, 60 mg capsule, 80 mg capsule)	$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

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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		
clozapine (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
clozapine odt (odt 12.5 mg tablet, odt 25 mg tablet, odt 100 mg tablet, odt 150 mg tablet, odt 200 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antispasticity Agents		
Antispasticity Agents		
baclofen (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antispasticity Agents		
dantrolene sodium (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	$0 (Tier 1)	
tizanidine hcl (2 mg tablet, 4 mg tablet)	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)	
efavir-emtri-tenof 600-200-300	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
efavirenz 600 mg tablet	$0 (Tier 1)	
efavirenz-lamivu-tenofov disop (400-300-300, 600-300-300)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
emtricit-rilp-tenof 200-25-300	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
etravirine (100 mg tablet, 200 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
IDVYNSO 100 MG-0.25 MG TABLET	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antivirals		
INTELENCE 25 MG TABLET	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
nevirapine (50 mg/5 ml susp, 200 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
nevirapine er 400 mg tablet	$0 (Tier 1)	
PIFELTRO 100 MG TABLET	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
rilpivirine 25 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
rilpivirine 25 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Anti-HIV Agents, Nucleoside and Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)		
abacavir 20 mg/ml solution	$0 (Tier 1)	QL (900 per 30 days)
abacavir 300 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
abacavir-lamivudine 600-300 mg	$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)
emtricitabine 200 mg capsule	$0 (Tier 1)	
emtricitabine-tenofovir disop (100-150mg, 133-200mg, 167-250mg)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antivirals		
emtricitabine-tenofv 200-300mg	$0 (Tier 1)	
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	$0 (Tier 1)	
lamivudine (10 mg/ml oral soln, 150 mg tablet, 300 mg tablet, 300 mg/30ml sol cup)	$0 (Tier 1)	
lamivudine-zidovudine tablet	$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)
zidovudine (50 mg/5 ml syrup, 100 mg capsule, 300 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
Anti-HIV Agents, Other		
maraviroc 150 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
maraviroc 300 mg tablet	$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)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)	
atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)	$0 (Tier 1)	
darunavir (600 mg tablet, 800 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
fosamprenavir 700 mg tablet	$0 (Tier 1)	
lopinavir-ritonavir (100-25mg tb, 200-50mg tb)	$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)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antivirals		
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	$0 (Tier 1)	
ritonavir 100 mg tablet	$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
valganciclovir 450 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (102 per 30 days)
valganciclovir hcl 50 mg/ml	$0 (Tier 1)	
Anti-hepatitis B (HBV) Agents		
adefovir dipivoxil 10 mg tab	$0 (Tier 1)	PA
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antivirals		
entecavir (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
lamivudine 100 mg tablet	$0 (Tier 1)	PA NSO
tenofovir disop fum 300 mg tb	$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)
ribavirin (200 mg capsule, 200 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, NDS
sofosbuvir-velpatasvir 400-100	$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		
oseltamivir 6 mg/ml suspension	$0 (Tier 1)	QL (1050 per 180 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antivirals		
oseltamivir phos 30 mg capsule	$0 (Tier 1)	QL (84 per 180 days)
oseltamivir phosphate (45 mg capsule, 75 mg capsule)	$0 (Tier 1)	QL (42 per 180 days)
RELENZA 5 MG DISKHALER	$0 (Tier 1)	QL (60 per 180 days)
rimantadine hcl 100 mg tablet	$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		
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)	$0 (Tier 1)	
acyclovir sodium (500 mg/10 ml vial, 1,000 mg/20 ml vial)	$0 (Tier 1)	PA
famciclovir (250 mg tablet, 500 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
famciclovir 125 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
penciclovir 1% cream	$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days), NDS

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antivirals		
valacyclovir (1 gram tablet, 500 mg tablet)	$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)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Anxiolytics		
Anxiolytics, Other		
buspirone hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 30 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
hydroxyzine 2 mg/ml oral solution	$0 (Tier 1)	PA

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Anxiolytics		
hydroxyzine hcl (10 mg/5 ml soln, hcl 10 mg tablet, hcl 25 mg tablet, 50 mg/25 ml cup, hcl 50 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA
hydroxyzine pamoate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	$0 (Tier 1)	PA
meprobamate (200 mg tablet, 400 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
Benzodiazepines		
alprazolam (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
alprazolam 2 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (150 per 30 days), NDS
chlordiazepoxide hcl (5 mg capsule, 10 mg capsule, 25 mg capsule)	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
diazepam (2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
diazepam (5 mg/5 ml oral cup, 5 mg/5 ml solution, 5 mg/ml oral conc, 25 mg/5 ml oral conc)	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Anxiolytics		
lorazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
lorazepam 2 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (150 per 30 days), NDS
LORAZEPAM INTENSOL 2 MG/ML	$0 (Tier 1)	NDS
oxazepam (10 mg capsule, 15 mg capsule, 30 mg capsule)	$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days), NDS

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Bipolar Agents		
Mood Stabilizers		
lithium carbonate (150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg cap)	$0 (Tier 1)	
lithium carbonate er (er 300 mg tb, er 450 mg tb)	$0 (Tier 1)	
lithium citrate (8 meq/5 ml soln cup, 8 meq/5 ml solution)	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Blood Glucose Regulators		
Antidiabetic Agents		
acarbose (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
alogliptin (6.25 mg tablet, 12.5 mg tablet, 25 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
alogliptin-metformin (12.5-1000, 12.5-500)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
colesevelam hcl 3.75 g packet	$0 (Tier 1)	
dapagliflozin (5 mg tablet, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
dapagliflozin-metformin er (er 5-500, er 10-500)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
FARXIGA (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
glimepiride (1 mg tablet, 2 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
glimepiride 4 mg tablet	$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
glipizide 10 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
glipizide 5 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Blood Glucose Regulators		
glipizide er (er 2.5 mg tablet, er 5 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
glipizide er 10 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
glipizide xl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
glipizide xl 10 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
glipizide-metformin (2.5-500 mg, 5-500 mg)	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
glipizide-metformin 2.5-250 mg	$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
glyburid-metformin 1.25-250 mg	$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
glyburide (1.25 mg tablet, 2.5 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
glyburide 5 mg tablet	$0 (Tier 1)	PA, QL (240 per 30 days)
glyburide-metformin hcl (2.5-500 mg, 5-500 mg)	$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)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)
metformin hcl (750 mg tablet, 850 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
metformin hcl 1,000 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
metformin hcl 500 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
metformin hcl er 500 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
metformin hcl er 750 mg tablet	$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)
nateglinide (60 mg tablet, 120 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)
pioglitazone hcl (15 mg tablet, 30 mg tablet, 45 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
repaglinide (1 mg tablet, 2 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
repaglinide 0.5 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
sitaglip phos-metf er 50-1,000	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
sitagliptin (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
sitagliptin phos-metformin (phos-metf 50-1,000, phos-metfor 50-500)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
sitagliptin phos-metformin er (er 50-500, er 100-1000)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
sitagliptin phosphate (phos 100 mg tablet, phosphate 25 mg tb, phosphate 50 mg tb)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Blood Glucose Regulators		
sitagliptin-metfor er 50-1,000	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
sitagliptin-metformin (50-1000, 50-500)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
sitagliptin-metformin er (sitagliptin-metfo er 100-1,000, sitagliptin-metform er 50-500)	$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)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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
diazoxide 50 mg/ml oral susp	$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

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)
insulin glargine max solo u300	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin glargine solostar u300	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin glargine-yfgn (u100 pen, u100 vl)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin lispro 100 unit/ml pen	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Blood Glucose Regulators		
insulin lispro 100 unit/ml vl	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin lispro jr 100 unit/ml	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin lispro mix 75-25 kwkpn	$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)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Blood Products and Modifiers		
Anticoagulants		
dabigatran etexilate (75 mg cap, 110 mg cp, 150 mg cp)	$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)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Blood Products and Modifiers		
ELIQUIS 0.5 MG PKT(1X0.5MG TB)	$0 (Tier 1)	QL (28 per 14 days)
ELIQUIS 1.5 MG PKT(3X0.5MG TB)	$0 (Tier 1)	QL (84 per 14 days)
ELIQUIS 2 MG PKT(4X 0.5 MG TB)	$0 (Tier 1)	QL (112 per 14 days)
ELIQUIS 2.5 MG TABLET	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS SPRINKLE 0.15 MG CAP	$0 (Tier 1)	QL (112 per 28 days)
enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr	$0 (Tier 1)	QL (8.4 per 30 days)
enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr	$0 (Tier 1)	QL (11.2 per 30 days)
enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr	$0 (Tier 1)	QL (16.8 per 30 days)
enoxaparin sodium (100 mg/ml syringe, 150 mg/ml syringe)	$0 (Tier 1)	QL (28 per 30 days)
enoxaparin sodium (80 mg/0.8 ml syr, 120 mg/0.8 ml syr)	$0 (Tier 1)	QL (22.4 per 30 days)
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)	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Blood Products and Modifiers		
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)
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)
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)	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Blood Products and Modifiers		
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)	$0 (Tier 1)	
rivaroxaban 1 mg/ml suspension	$0 (Tier 1)	
rivaroxaban 2.5 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
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)	$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		
anagrelide hcl (0.5 mg capsule, 1 mg capsule)	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Blood Products and Modifiers		
AQVESME 100 MG TABLET	$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
eltrombopag 12.5 mg susp pkt	$0 (Tier 1)	PA, QL (360 per 30 days)
eltrombopag 25 mg susp packet	$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
eltrombopag 50 mg tablet	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
eltrombopag 75 mg tablet	$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
eltrombopag olamine (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)	$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

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Blood Products and Modifiers		
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
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 SYRING	$0 (Tier 1)	PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Blood Products and Modifiers		
STIMUFEND 6 MG/0.6 ML SYRINGE	$0 (Tier 1)	PA
XOLREMDI 100 MG CAPSULE	$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
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		
tranexamic acid 650 mg tablet	$0 (Tier 1)	
Platelet Modifying Agents		
aspirin-dipyridam er 25-200 mg	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
CABLIVI 11 MG VIAL KIT	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
cilostazol (50 mg tablet, 100 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
clopidogrel 300 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (1 per 1 days)
clopidogrel 75 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
dipyridamole (25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet)	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Blood Products and Modifiers		
DOPTELET ((10 TAB PK) 20 MG TAB, (15 TAB PK) 20 MG TAB)	$0 (Tier 1)	PA, QL (15 per 5 days)
DOPTELET (30 TAB PK) 20 MG TAB	$0 (Tier 1)	PA
prasugrel hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
ticagrelor (60 mg tablet, 90 mg tablet)	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Cardiovascular Agents		
Alpha-adrenergic Agonists		
clonidine (0.1 patch, 0.2 patch, 0.3 patch)	$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
clonidine hcl (0.1 mg tablet, 0.2 mg tablet, 0.3 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
droxidopa (100 mg capsule, 200 mg capsule, 300 mg capsule)	$0 (Tier 1)	PA, QL (84 per 14 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Cardiovascular Agents		
guanfacine hcl (1 mg tablet, 2 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
midodrine hcl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
Alpha-adrenergic Blocking Agents		
doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	$0 (Tier 1)	
phenoxybenzamine hcl 10 mg cap	$0 (Tier 1)	PA
prazosin hcl (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule)	$0 (Tier 1)	
terazosin hcl (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)	$0 (Tier 1)	
Angiotensin II Receptor Antagonists		
candesartan cilexetil (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tb, 32 mg tb)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
irbesartan (75 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
losartan potassium (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Cardiovascular Agents		
olmesartan medoxomil (5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
telmisartan (20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
valsartan (40 mg tablet, 80 mg tablet, 160 mg tablet, 320 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors		
benazepril hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
benazepril hcl 40 mg tablet	$0 (Tier 1)	
enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tablet, 10 mg tab, 20 mg tab)	$0 (Tier 1)	
fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	$0 (Tier 1)	
lisinopril (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
lisinopril (30 mg tablet, 40 mg tablet)	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Cardiovascular Agents		
moexipril hcl (7.5 mg tablet, 15 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
perindopril erbumine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	$0 (Tier 1)	
quinapril hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ramipril (1.25 mg capsule, 2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)	$0 (Tier 1)	
trandolapril (1 mg tablet, 2 mg tablet, 4 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
Antiarrhythmics		
amiodarone hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 400 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
digoxin 0.05 mg/ml solution	$0 (Tier 1)	
digoxin 125 mcg tablet	$0 (Tier 1)	
digoxin 250 mcg tablet	$0 (Tier 1)	
disopyramide phosphate (100 mg capsule, 150 mg capsule)	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Cardiovascular Agents		
dofetilide (125 mcg capsule, 250 mcg capsule, 500 mcg capsule)	$0 (Tier 1)	
flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	$0 (Tier 1)	
mexiletine hcl (150 mg capsule, 200 mg capsule, 250 mg capsule)	$0 (Tier 1)	
MULTAQ 400 MG TABLET	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
propafenone hcl (150 mg tablet, 225 mg tab, 300 mg tab)	$0 (Tier 1)	
propafenone hcl er (er 225 mg cap, er 325 mg cap, er 425 mg cap)	$0 (Tier 1)	
quinidine gluc er 324 mg tab	$0 (Tier 1)	
quinidine sulfate (200 mg tab, 300 mg tab)	$0 (Tier 1)	
sotalol (80 mg tablet, 120 mg tablet, 160 mg tablet, 240 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
SOTALOL AF (80 MG TABLET, 120 MG TABLET, 160 MG TABLET)	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Cardiovascular Agents		
Beta-adrenergic Blocking Agents		
acebutolol hcl (200 mg capsule, 400 mg capsule)	$0 (Tier 1)	
atenolol (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
betaxolol hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
bisoprolol fumarate (5 mg tab, 10 mg tab)	$0 (Tier 1)	
carvedilol (3.125 mg tablet, 6.25 mg tablet, 12.5 mg tablet, 25 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
labetalol hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 300 mg tablet, 400 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
metoprolol succ er 200 mg tab	$0 (Tier 1)	
metoprolol succinate (er 25 mg tab, er 50 mg tab, er 100 mg tab)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
metoprolol tartrate (25 mg tab, 37.5 mg tb, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Cardiovascular Agents		
nadolol (20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
nebivolol hcl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
pindolol (5 mg tablet, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
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)	$0 (Tier 1)	
propranolol hcl er (er 60 mg capsule, er 80 mg capsule, er 120 mg capsule, er 160 mg capsule)	$0 (Tier 1)	
timolol maleate (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines		
amlodipine besylate (2.5 mg tab, 5 mg tab)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
amlodipine besylate 10 mg tab	$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Cardiovascular Agents		
felodipine er (er 2.5 mg tablet, er 5 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
felodipine er 10 mg tablet	$0 (Tier 1)	
nifedipine (10 mg capsule, 20 mg capsule)	$0 (Tier 1)	
nifedipine er (er 30 mg tablet, er 60 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
nifedipine er 90 mg tablet	$0 (Tier 1)	
nimodipine 30 mg capsule	$0 (Tier 1)	
nimodipine 60 mg/20 ml soln	$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)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Cardiovascular Agents		
diltiazem 12hr er (12hr er 120 mg cap, 12hr er 60 mg cap, 12hr er 90 mg cap)	$0 (Tier 1)	
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)	$0 (Tier 1)	
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)	$0 (Tier 1)	
diltiazem 24hr er (xr) (24h er(xr) 120 mg cp, 24h er(xr) 180 mg cp, 24h er(xr) 240 mg cp)	$0 (Tier 1)	
diltiazem hcl (30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet, 120 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
TIADYLT 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)	

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Cardiovascular Agents		
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)	$0 (Tier 1)	
verapamil er pm (er 100 mg capsule, er 200 mg capsule, er 300 mg capsule)	$0 (Tier 1)	
verapamil hcl (40 mg tablet, 80 mg tablet, 120 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
verapamil sr (sr 120 mg capsule, sr 180 mg capsule, sr 240 mg capsule, sr 360 mg capsule)	$0 (Tier 1)	
Cardiovascular Agents, Other		
acetazolamide (125 mg tablet, 250 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
aliskiren (150 mg tablet, 300 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
amiloride hcl-hctz 5-50 mg tab	$0 (Tier 1)	
amlodipine besylate-benazepril (2.5-10, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 10-20 mg, 10-40 mg)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Cardiovascular Agents		
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)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
amlodipine-olmesartan (5-20 mg, 5-40 mg, 10-20 mg, 10-40 mg)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
amlodipine-valsartan (5-160 mg, 5-320 mg, 10-160 mg, 10-320 mg)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
amlodipine-valsartan-hctz (5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg, 10-160-12.5mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
atenolol-chlorthalidone (50-25, 100-25)	$0 (Tier 1)	
benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tb, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)
digoxin 62.5 mcg tablet	$0 (Tier 1)	
enalapril-hydrochlorothiazide (5-12.5 mg tab, 10-25 mg tablet)	$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)
fosinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)	$0 (Tier 1)	
irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tb, 300-12.5 mg tb)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
ivabradine hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	$0 (Tier 1)	
losartan-hydrochlorothiazide (50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Cardiovascular Agents		
metoprolol-hydrochlorothiazide (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)	$0 (Tier 1)	
metyrosine 250 mg capsule	$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)
olmesartan-hydrochlorothiazide (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
pentoxifylline er 400 mg tab	$0 (Tier 1)	
ranolazine er (er 500 mg tablet, er 1,000 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
sacubitril-valsartan (49-51 mg, 97-103 mg)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
sacubitril-valsartan 24-26 mg	$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
spironolactone-hctz 25-25 tab	$0 (Tier 1)	
triamterene-hydrochlorothiazid (37.5-25 mg cp, 37.5-25 mg tb, 75-50 mg tab)	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Cardiovascular Agents		
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)	$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		
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)	$0 (Tier 1)	
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 vl)	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Cardiovascular Agents		
torsemide (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 100 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
Diuretics, Potassium-sparing		
amiloride hcl 5 mg tablet	$0 (Tier 1)	
triamterene 100 mg capsule	$0 (Tier 1)	
Diuretics, Thiazide		
chlorthalidone (25 mg tablet, 50 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
hydrochlorothiazide (12.5 mg cp, 12.5 mg tb, 25 mg tab, 50 mg tab)	$0 (Tier 1)	
indapamide (1.25 mg tablet, 2.5 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
metolazone (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
Dyslipidemics, Fibric Acid Derivatives		
fenofibrate (48 mg tablet, 54 mg tablet, 145 mg tablet, 160 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Cardiovascular Agents		
fenofibric acid (dr 45 mg cap, dr 135 mg cap)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
gemfibrozil 600 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors		
atorvastatin calcium (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
lovastatin (10 mg tablet, 20 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
lovastatin 40 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
rosuvastatin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
simvastatin (5 mg tablet, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
simvastatin 20 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (45 per 30 days)
simvastatin 40 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Cardiovascular Agents		
Dyslipidemics, Other		
cholestyramine (packet, powder)	$0 (Tier 1)	
cholestyramine light (packet, powder)	$0 (Tier 1)	
colesevelam 625 mg tablet	$0 (Tier 1)	
colestipol hcl (1 gm tablet, granules, granules packet)	$0 (Tier 1)	
ezetimibe 10 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
icosapent ethyl (0.5 gm capsule, 1 gram capsule, 500 mg capsule)	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
NEXLIZET 180-10 MG TABLET	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
niacin er (er 500 mg tablet, er 750 mg tablet, er 1,000 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
omega-3 ethyl esters 1 gm cap	$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)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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		
eplerenone (25 mg tablet, 50 mg tablet)	$0 (Tier 1)	ST
KERENDIA (10 MG TABLET, 20 MG TABLET, 40 MG TABLET)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
spironolactone (25 mg tablet, 25 mg/5 ml susp, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
Vasodilators, Direct-acting Arterial		
hydralazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
minoxidil (2.5 mg tablet, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Cardiovascular Agents		
Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venous		
isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)	$0 (Tier 1)	
isosorbide mononit er 60 mg tb	$0 (Tier 1)	
isosorbide mononitrate er (er 30 mg tb, er 120 mg)	$0 (Tier 1)	
NITRO-BID 2% OINTMENT	$0 (Tier 1)	
nitroglycerin (0.3 mg tablet sl, 0.4 mg tablet sl, lingual 0.4 mg, 0.6 mg tablet sl, 400 mcg spray)	$0 (Tier 1)	
nitroglycerin 0.4% ointment	$0 (Tier 1)	QL (30 per 21 days), NDS
nitroglycerin patch (0.1 patch, 0.2 patch, 0.4 patch, 0.6 patch)	$0 (Tier 1)	
NITROSTAT 0.6 MG TABLET SL	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)
riluzole 50 mg tablet	$0 (Tier 1)	
TIGLUTIK 50 MG/10 ML SUSP	$0 (Tier 1)	PA, QL (600 per 30 days)
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Amphetamines		
dextroamp-amphetamin 30 mg tab	$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
dextroamphetamine 10 mg tab	$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
dextroamphetamine 5 mg tab	$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
dextroamphetamine er 10 mg cap	$0 (Tier 1)	PA, QL (150 per 30 days)
dextroamphetamine er 15 mg cap	$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
dextroamphetamine er 5 mg cap	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
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)	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Central Nervous System Agents		
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)	$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-amphetamines		
atomoxetine hcl (10 mg capsule, 18 mg capsule, 25 mg capsule, 40 mg capsule)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
atomoxetine hcl (60 mg capsule, 80 mg capsule, 100 mg capsule)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
clonidine hcl er 0.1 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
guanfacine hcl er (er 1 mg tablet, er 2 mg tablet, er 3 mg tablet, er 4 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
methylphenidate (10 mg/9hr, 15 mg/9hr, 20 mg/9hr, 30 mg/9hr)	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Central Nervous System Agents		
methylphenidate 10 mg/5 ml sol	$0 (Tier 1)	PA, QL (900 per 30 days)
methylphenidate 5 mg/5 ml soln	$0 (Tier 1)	PA, QL (1800 per 30 days)
methylphenidate er (er 10 mg tab, er 20 mg tab)	$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
methylphenidate er (er 18 mg tab, er 27 mg tab, er 54 mg tab, er 72 mg tab)	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
methylphenidate er (la) (er(la) 10mg cp, er(la) 20mg cp, er(la) 30mg cp, er(la) 40mg cp, er(la) 60mg cp)	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
methylphenidate er 36 mg tab	$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
methylphenidate hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
methylphenidate hcl cd (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, 50 mg cap, 60 mg cap)	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
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)	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Central Nervous System Agents		
methylphenidate la (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap)	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
methylphenidate sr 20 mg tab	$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)
dextromethorphan-quinidn 20-10	$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)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)
pregabalin er (er 82.5 mg tablet, er 165 mg tablet, er 330 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
SKYCLARYS 50 MG CAPSULE	$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
tetrabenazine (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA NSO
VEOZAH 45 MG TABLET	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
Fibromyalgia Agents		
milnacipran hcl (12.5 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	$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

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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
dalfampridine er 10 mg tablet	$0 (Tier 1)	PA
dimethyl fumarate (30d start pk, dr 120 mg cp, dr 240 mg cp)	$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
fingolimod 0.5 mg capsule	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
glatiramer acetate (20 mg/ml syringe, 40 mg/ml syringe)	$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)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Central Nervous System Agents		
teriflunomide (7 mg tablet, 14 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
VUMERITY DR 231 MG CAPSULE	$0 (Tier 1)	PA

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Dental and Oral Agents		
Dental and Oral Agents		
cevimeline hcl 30 mg capsule	$0 (Tier 1)	
chlorhexidine gluconate (0.12% 15 ml cup, 0.12% rinse)	$0 (Tier 1)	
doxycycline hyclate (20 mg tab, 50 mg cap)	$0 (Tier 1)	
KOURZEQ 0.1% DENTAL PASTE	$0 (Tier 1)	
pilocarpine hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
triamcinolone 0.1% paste	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Dermatological Agents		
Acne and Rosacea Agents		
ACCUTANE (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	$0 (Tier 1)	PA NSO
acitretin (10 mg capsule, 17.5 mg capsule, 25 mg capsule)	$0 (Tier 1)	PA, NDS
AMNESTEEM (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	$0 (Tier 1)	PA NSO
azelaic acid 15% gel	$0 (Tier 1)	
CLARAVIS (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	$0 (Tier 1)	PA NSO
clind ph-benzoyl perox 1.2-5%	$0 (Tier 1)	
erythromycin-benzoyl gel	$0 (Tier 1)	
isotretinoin (10 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule)	$0 (Tier 1)	PA NSO
NEUAC GEL	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Dermatological Agents		
tazarotene (0.05% cream, 0.1% cream)	$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
tazarotene (0.05% gel, 0.1% gel)	$0 (Tier 1)	PA, QL (100 per 30 days)
tretinoin (0.01% gel, 0.025% cream, 0.025% gel, 0.05% cream, 0.05% gel, 0.1% cream)	$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)	
amcinonide (0.1% cream, 0.1% ointment)	$0 (Tier 1)	
ammonium lactate (12% cream, 12% lotion)	$0 (Tier 1)	PA
betamethasone diprop augmented (dp 0.05% crm, dp 0.05% gel, dp 0.05% lot, dp 0.05% oin)	$0 (Tier 1)	
betamethasone dipropionate (dp 0.05% crm, dp 0.05% lot, dp 0.05% oint, dp aug 0.05% crm)	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Dermatological Agents		
betamethasone valerate (va 0.1% cream, va 0.1% lotion, valer 0.1% ointm)	$0 (Tier 1)	
clobetasol emollient 0.05% crm	$0 (Tier 1)	
clobetasol propionate (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.05% solution, 0.05% topical lotn)	$0 (Tier 1)	
desonide (0.05% cream, 0.05% lotion, 0.05% ointment)	$0 (Tier 1)	
desoximetasone (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.25% cream, 0.25% ointment)	$0 (Tier 1)	
diflorasone diacetate (0.05% cream, 0.05% ointment)	$0 (Tier 1)	
doxepin 5% cream	$0 (Tier 1)	PA
fluocinolone acetonide (0.01% cream, 0.01% scalp oil, 0.01% solution, 0.025% cream, 0.025% ointment)	$0 (Tier 1)	
fluocinonide (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.05% solution)	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Dermatological Agents		
fluocinonide-e 0.05% cream	$0 (Tier 1)	
fluticasone propionate (0.005% oint, 0.05% cream, 0.05% lotion)	$0 (Tier 1)	
halobetasol propionate (0.05% cream, 0.05% ointmnt)	$0 (Tier 1)	
hydrocortisone (1% cream, 1% ointment, 2.5% cream, 2.5% lotion, 2.5% ointment)	$0 (Tier 1)	
hydrocortisone butyrate (buty 0.1% cream, butyr 0.1% oint, butyr 0.1% soln)	$0 (Tier 1)	
hydrocortisone valerate (0.2% cream, 0.2% ointmt)	$0 (Tier 1)	
mometasone furoate (0.1% cream, 0.1% oint, 0.1% soln)	$0 (Tier 1)	
pimecrolimus 1% cream	$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)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Dermatological Agents		
selenium sulfide 2.5% lotion	$0 (Tier 1)	
tacrolimus (0.03% ointment, 0.1% ointment)	$0 (Tier 1)	PA
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)	$0 (Tier 1)	
TRIDERM 0.5% CREAM	$0 (Tier 1)	
Dermatological Agents, Other		
calcipotriene (0.005% cream, 0.005% ointment, 0.005% solution)	$0 (Tier 1)	PA
clotrimazole-betamethasone (crm, lot)	$0 (Tier 1)	
diclofenac sodium 3% gel	$0 (Tier 1)	PA, NDS
EUCRISA 2% OINTMENT	$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
FILSUVEZ 10% GEL	$0 (Tier 1)	PA
fluorouracil (2% soln, 5% soln)	$0 (Tier 1)	PA NSO

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Dermatological Agents		
fluorouracil 0.5% cream	$0 (Tier 1)	NDS
fluorouracil 5% cream	$0 (Tier 1)	
imiquimod 5% cream packet	$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
methoxsalen (10 mg capsule, 10 mg softgel)	$0 (Tier 1)	NDS
nystatin-triamcinolone (cream, ointm)	$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)
podofilox 0.5% topical soln	$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)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Dermatological Agents		
silver sulfadiazine 1% cream	$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)
malathion 0.5% lotion	$0 (Tier 1)	
permethrin 5% cream	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
PRURADIK 10% LOTION	$0 (Tier 1)	PA, QL (454 per 30 days)
Topical Anti-infectives		
acyclovir 5% cream	$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
acyclovir 5% ointment	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
ciclopirox (0.77% cream, 0.77% topical susp, 8% solution)	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)	
SULFAMYLON 8.5% CREAM	$0 (Tier 1)	
ZELSUVMI 10.3% GEL	$0 (Tier 1)	PA

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
Electrolyte/Mineral Replacements		
carglumic acid 200 mg tab susp	$0 (Tier 1)	PA
fluoride (0.25 mg tablet chew, 0.5 mg tablet chew, 1 mg tablet chewable)	$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)	
magnesium sulfate 50% syringe	$0 (Tier 1)	
multiple electrolytes t1 ph7.4	$0 (Tier 1)	
PLASMA-LYTE A PH 7.4 SOLN.	$0 (Tier 1)	
PLASMA-LYTE A SOLUTION	$0 (Tier 1)	
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)	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
potassium chloride-0.9% nacl (20 meq/1,000ml-ns, 40 meq/1,000ml-ns)	$0 (Tier 1)	
potassium citrate er (er 5 tab, er 10 tb, er 15 tb)	$0 (Tier 1)	
potassium cl 20 meq-0.45% nacl	$0 (Tier 1)	
potassium cl 20 meq/10 ml conc	$0 (Tier 1)	
potassium cl 20meq/100ml-water	$0 (Tier 1)	
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)	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
sodium chloride 0.9%-water	$0 (Tier 1)	
sodium fluoride 2.2 mg (fluoride ion 1 mg) oral tablet	$0 (Tier 1)	
Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers		
CHEMET 100 MG CAPSULE	$0 (Tier 1)	
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)	$0 (Tier 1)	PA
deferiprone 1,000 mg tb(3x/dy)	$0 (Tier 1)	PA
deferiprone 500 mg tablet	$0 (Tier 1)	PA
DOJOLVI LIQUID	$0 (Tier 1)	PA
FERRIPROX 100 MG/ML SOLUTION	$0 (Tier 1)	PA
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)	$0 (Tier 1)	PA
trientine hcl 250 mg capsule	$0 (Tier 1)	PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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
dextrose 10%-0.2% nacl iv soln	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
dextrose 10%-0.45% nacl iv sol	$0 (Tier 1)	
dextrose 2.5%-0.45% nacl iv	$0 (Tier 1)	
dextrose 5%-0.2% nacl iv soln	$0 (Tier 1)	
dextrose 5%-0.225% nacl iv sol	$0 (Tier 1)	
dextrose 5%-0.45% nacl iv soln	$0 (Tier 1)	
dextrose 5%-0.9% nacl iv soln	$0 (Tier 1)	
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)	$0 (Tier 1)	
EMBRIVA PRENATAL TABLET	$0 (Tier 1)	
FOLATEXCEL PRENATAL TABLET	$0 (Tier 1)	
GESTYRA PRENATAL TABLET	$0 (Tier 1)	
glucose in water (5%-water 100 ml, 5%-water 50 ml)	$0 (Tier 1)	
INTRALIPID (20% IV EMUL, 30% IV EMUL)	$0 (Tier 1)	PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
ISOLYTE P-DEXTROSE 5% SOLN	$0 (Tier 1)	
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)	$0 (Tier 1)	
levocarnitine (1 g/10 ml cup, 1 g/10 ml soln, 330 mg tablet, 500 mg/5 ml cup)	$0 (Tier 1)	
magnesium sulfate (50% 1 g/2 ml, 50% 10g/20ml, 50% 25g/50ml, 50% 5 g/10ml)	$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)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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
prenatal vitamin with minerals and folic acid greater than 0.8 mg oral tablet	$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)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
Phosphate Binders		
calcium acetate (667 mg capsule, 667 mg gelcap)	$0 (Tier 1)	PA
sevelamer carbonate (0.8 gm powder packet, 2.4 gm powder packet, carbonate 800 mg tab)	$0 (Tier 1)	PA
sevelamer hcl (400 mg tablet, 800 mg tablet)	$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)
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)	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
SPS (15 GM/60 ML SUSPENSION, 30 GM/120 ML ENEMA SUSP)	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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
lactulose (10 gm packet, 20 gm packet)	$0 (Tier 1)	PA
lactulose (10 gm/15 ml soln cup, 10 gm/15 ml solution, 20 gm/30 ml soln cup, 20 gm/30 ml solution)	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Gastrointestinal Agents		
LINZESS (72 MCG CAPSULE, 145 MCG CAPSULE, 290 MCG CAPSULE)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
lubiprostone (8 mcg capsule, 24 mcg capsule)	$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		
alosetron hcl (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA
diphenoxylate-atropine (diphenoxylat-atrop 2.5-0.025/5, diphenoxylate-atrop 2.5-0.025)	$0 (Tier 1)	PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Gastrointestinal Agents		
loperamide 2 mg capsule	$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		
dicyclomine hcl (10 mg capsule, 10 mg/5 ml soln, 20 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA
glycopyrrolate (1 mg tablet, 1.5 mg tablet, 2 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
Gastrointestinal Agents, Other		
bismuth-metro-tetr 140-125-125	$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)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Gastrointestinal Agents		
GOLYTELY SOLUTION	$0 (Tier 1)	
lansoprazol-amoxicil-clarithro	$0 (Tier 1)	NDS
peg 3350-electrolyte solution	$0 (Tier 1)	
peg-3350 and electrolytes soln	$0 (Tier 1)	
peg3350 100-7.5-2.691-1.01-5.9	$0 (Tier 1)	
sod sul-potass sul-mag sul sol	$0 (Tier 1)	
TALICIA DR 10-250-12.5 MG CAP	$0 (Tier 1)	PA, QL (168 per 14 days), NDS
ursodiol (250 mg tablet, 300 mg capsule, 500 mg tablet)	$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		
cimetidine (200 mg tablet, 300 mg tablet, 400 mg tablet, 800 mg tablet)	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Gastrointestinal Agents		
famotidine (20 mg tablet, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml susp)	$0 (Tier 1)	
nizatidine (150 mg capsule, 300 mg capsule)	$0 (Tier 1)	
Protectants		
misoprostol (100 mcg tablet, 200 mcg tablet)	$0 (Tier 1)	
sucralfate 1 gm tablet	$0 (Tier 1)	
Proton Pump Inhibitors		
esomeprazole magnesium (dr 20 mg cap, dr 40 mg cap)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
lansoprazole (dr 15 mg capsule, dr 30 mg capsule)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
omeprazole (dr 10 mg capsule, dr 40 mg capsule)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
omeprazole dr 20 mg capsule	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
pantoprazole sod dr 20 mg tab	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
pantoprazole sod dr 40 mg tab	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
rabeprazole sod dr 20 mg tab	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)
betaine 1 gram/scoop powder	$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)
dichlorphenamide 50 mg tablet	$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)
glycerol phenylbut 1.1 gram/ml	$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
l-glutamine 5 gram powder pkt	$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
LOARGYS 2 MG/0.4 ML VIAL	$0 (Tier 1)	PA
miglustat 100 mg capsule	$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)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)
sapropterin dihydrochloride (100 mg powder pkt, 100 mg tablet, 500 mg powder pkt)	$0 (Tier 1)	PA
SIKLOS (100 MG TABLET, 1,000 MG TABLET)	$0 (Tier 1)	
sodium phenylbutyrate (500mg tb, powder)	$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

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Genitourinary Agents		
Antispasmodics, Urinary		
darifenacin er (er 7.5 mg tablet, er 15 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
fesoterodine fumarate er (er 4 mg tablet, er 8 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
flavoxate hcl 100 mg tablet	$0 (Tier 1)	
GEMTESA 75 MG TABLET	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
mirabegron er (er 25 mg tablet, er 50 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
mirabegron er 8 mg/ml susp	$0 (Tier 1)	QL (100 per 10 days)
oxybutynin chloride (5 mg tablet, 5 mg/5 ml soln cup, 5 mg/5 ml solution, 5 mg/5 ml syrup)	$0 (Tier 1)	
oxybutynin chloride er (er 5 mg tablet, er 10 mg tablet, er 15 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
solifenacin succinate (5 mg tablet, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Genitourinary Agents		
tolterodine tartrate er (er 2 mg cap, er 4 mg cap)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
trospium chloride 20 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
trospium chloride er 60 mg cap	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Benign Prostatic Hypertrophy Agents		
alfuzosin hcl er 10 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
dutasteride 0.5 mg capsule	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
finasteride 5 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
tadalafil (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
tamsulosin hcl 0.4 mg capsule	$0 (Tier 1)	
Genitourinary Agents, Other		
bethanechol chloride (5 mg tablet, 10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
ELMIRON 100 MG CAPSULE	$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
LITHOSTAT 250 MG TABLET	$0 (Tier 1)	PA
penicillamine 250 mg tablet	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Genitourinary Agents		
tiopronin (100 mg tablet, dr 100 mg tablet, dr 300 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA
VENXXIVA (DR 100 MG TABLET, DR 300 MG TABLET)	$0 (Tier 1)	PA

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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
deflazacort (6 mg tablet, 18 mg tablet, 22.75 mg/ml susp, 30 mg tablet, 36 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA
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)	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
fludrocortisone 0.1 mg tablet	$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
methylprednisolone (4 mg dosepk, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tab, 32 mg tab)	$0 (Tier 1)	
prednisolone (15 mg/5 ml soln, 15 mg/5 ml syrup, 15mg/5ml soln cup)	$0 (Tier 1)	
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)	$0 (Tier 1)	
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)	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML	$0 (Tier 1)	
PYQUVI 22.75 MG/ML ORAL SUSP	$0 (Tier 1)	PA

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)
desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr	$0 (Tier 1)	
desmopressin acetate (0.01% solution, acetate 0.1 mg tb, acetate 0.2 mg tb)	$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

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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 FLEXPRO (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

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
testosterone enanthate (testosteron 1,000 mg/5 ml, testosterone 200 mg/ml)	$0 (Tier 1)	PA NSO
Estrogens		
ANNOVERA VAGINAL RING	$0 (Tier 1)	
conjugated estrogens (estrogen 0.625mg tb, estrogens 0.3 mg tb, estrogens 0.45mg tb, estrogens 0.9 mg tb, estrogens 1.25mg tb)	$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)	
estradiol (0.01% cream, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 10 mcg vaginal insrt)	$0 (Tier 1)	
estradiol (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)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
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))	$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
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))	$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
estradiol 0.05 mg patch (1/wk)	$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
estradiol valerate (20 mg/ml vl, 40 mg/ml vl, 50 mg/5 ml, 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml)	$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)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)	
drosp-ee-levomef 3-0.02-0.451	$0 (Tier 1)	
drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)	$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)	
estradiol-norethindrone acetat (0.5-0.1 mg tb, 1-0.5 mg tab)	$0 (Tier 1)	
etonogestrel-ee vaginal ring	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)	
levonor-e estrad 0.1-0.02-0.01	$0 (Tier 1)	
levonorg-ee-fe bis 0.1-0.02-36	$0 (Tier 1)	
levonorgestrel-eth estradiol (estra 0.09-0.02 mg, estrad 0.1-0.02 mg, estrad 0.15-0.03, estrad triphasic)	$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)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)	
norelgestrom-ee 150-35 mcg/day	$0 (Tier 1)	
norethindron-ethinyl estradiol (norethin-eth 1 mg-5 mcg, norethind-eth 0.5-2.5, norethind-eth 1-0.02 mg)	$0 (Tier 1)	
norethindrone-e.estradiol-iron (1-0.02(24)-75 cap, 1-0.02(24)-75 chw)	$0 (Tier 1)	
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)	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)	
medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 150 mg/ml)	$0 (Tier 1)	
megestrol 400 mg/10ml susp cup	$0 (Tier 1)	PA
megestrol acetate (20 mg tablet, 40 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA NSO
megestrol acetate 40mg/ml oral suspension	$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)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
norethindrn 5 mg tb (lupaneta)	$0 (Tier 1)	
norethindrone 0.35 mg tablet	$0 (Tier 1)	
norethindrone 5 mg tablet	$0 (Tier 1)	
ORQUIDEA 0.35 MG TABLET	$0 (Tier 1)	
progesterone (100 mg capsule, 200 mg capsule)	$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)	
raloxifene hcl 60 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)		

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)	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)	

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)		
liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)	$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)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
cabergoline 0.5 mg tablet	$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

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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
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)	$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
mifepristone 300 mg tablet	$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
MYFEMBREE 40 MG-1 MG-0.5 MG TB	$0 (Tier 1)	PA
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)	$0 (Tier 1)	PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Hormonal Agents, Suppressant (Thyroid)		
Antithyroid Agents		
methimazole (5 mg tablet, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
propylthiouracil 50 mg tablet	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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
icatibant 30 mg/3 ml syringe	$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

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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
tofacitinib 1 mg/ml solution	$0 (Tier 1)	PA, QL (300 per 30 days)
tofacitinib citrate (5 mg tablet, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Immunological Agents		
tofacitinib citrate er (er 11 mg tablet, er 22 mg tablet)	$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)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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		
adalimumab-aaty(cf) (adalimumab-aaty(cf) 20mg/0.2ml, adalimumab-aaty(cf) 40mg/0.4ml)	$0 (Tier 1)	PA
adalimumab-aaty(cf) autoinject (adalimumab-aaty(cf) 40mg/0.4ml, adalimumab-aaty(cf) 80mg/0.8ml)	$0 (Tier 1)	PA

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Immunological Agents		
adalimumab-aaty(cf) crohn 80mg	$0 (Tier 1)	PA
adalimumab-fkjp(cf) (adalimumab-fkjp(cf) 20 mg, adalimumab-fkjp(cf) 40 mg)	$0 (Tier 1)	PA
adalimumab-fkjp(cf) pen 40 mg	$0 (Tier 1)	PA
AZASAN (75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	$0 (Tier 1)	PA BVD
azathioprine (50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)	$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
cyclosporine (25 mg capsule, 100 mg capsule)	$0 (Tier 1)	PA BVD
cyclosporine modified (25 mg, 50 mg, 100 mg, 100mg/ml)	$0 (Tier 1)	PA BVD

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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
ENVARSUS XR (0.75 MG TABLET, 1 MG TABLET, 4 MG TABLET)	$0 (Tier 1)	PA BVD
everolimus (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet)	$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

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)	
leflunomide (10 mg tablet, 20 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
methotrexate (2.5 mg tablet, 50 mg/2 ml vial, 250 mg/10 ml vial)	$0 (Tier 1)	
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)	$0 (Tier 1)	
mycophenolate mofetil (200 mg/ml susp, 250 mg capsule, 500 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA BVD
mycophenolic acid (dr 180 mg tb, dr 360 mg tb)	$0 (Tier 1)	PA BVD
MYFORTIC (180 MG TABLET, 360 MG TABLET)	$0 (Tier 1)	PA BVD

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)
sirolimus (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/ml solution, 2 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA BVD

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Immunological Agents		
tacrolimus (0.5 mg capsule, 0.5 mg capsule (ir), 1 mg capsule, 1 mg capsule (ir), 5 mg capsule, 5 mg capsule (ir))	$0 (Tier 1)	PA BVD
tacrolimus xl (0.5 mg capsule, 1 mg capsule, 5 mg capsule)	$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)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)	
bcg vaccine (tice strain) vial	$0 (Tier 1)	
BEXSERO PREFILLED SYRINGE	$0 (Tier 1)	
BOOSTRIX TDAP VACCINE SYRINGE	$0 (Tier 1)	
DAPTACEL DTAP VACCINE	$0 (Tier 1)	
ENGERIX-B ADULT (20 MCG/ML SYRN, 20 MCG/ML VIAL)	$0 (Tier 1)	PA
ENGERIX-B PEDI 10 MCG/0.5 SYRN	$0 (Tier 1)	PA
GARDASIL 9 (9 SYRINGE, 9 VIAL)	$0 (Tier 1)	PA

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Inflammatory Bowel Disease Agents		
Aminosalicylates and/or Prodrugs		
balsalazide disodium 750 mg cp	$0 (Tier 1)	
mesalamine (4 gm/60 ml enema, 800 mg dr tablet, 1,000 mg supp)	$0 (Tier 1)	
mesalamine dr 1.2 gm tablet	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
mesalamine dr 400 mg capsule	$0 (Tier 1)	
mesalamine er 500 mg capsule	$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
PENTASA 250 MG CAPSULE	$0 (Tier 1)	QL (480 per 30 days)
sulfasalazine 500 mg tablet	$0 (Tier 1)	
sulfasalazine dr 500 mg tab	$0 (Tier 1)	
Glucocorticoids		
ANUSOL-HC 2.5% CREAM	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
budesonide 2 mg rectal foam	$0 (Tier 1)	PA
budesonide dr 3 mg capsule	$0 (Tier 1)	
budesonide ec 3 mg capsule	$0 (Tier 1)	
hydrocortisone (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 100 mg/60 ml)	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Metabolic Bone Disease Agents		
Metabolic Bone Disease Agents		
alendronate sod 70 mg/75 ml	$0 (Tier 1)	
alendronate sodium (35 mg tab, 70 mg tab)	$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
alendronate sodium 10 mg tab	$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
calcitonin-salmon (200 unit spr, 200 units sp)	$0 (Tier 1)	
calcitriol (0.25 mcg capsule, 0.5 mcg capsule, 1 mcg/ml solution)	$0 (Tier 1)	
cinacalcet hcl (30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA BVD

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Metabolic Bone Disease Agents		
CONEXXENCE 60 MG/ML SYRINGE	$0 (Tier 1)	PA NSO
doxercalciferol (0.5 mcg cap, 1 mcg capsule, 2.5 mcg cap)	$0 (Tier 1)	
ibandronate sodium 150 mg tab	$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)
paricalcitol (1 mcg capsule, 2 mcg capsule, 4 mcg capsule)	$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)
risedronate sodium 150 mg tab	$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)
risedronate sodium 35 mg tab	$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
risedronate sodium 35 mg tab (dose pack of 12)	$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
teriparatide 560mcg/2.24ml pen	$0 (Tier 1)	PA

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Metabolic Bone Disease Agents		
TYMLOS 80 MCG DOSE PEN INJECTR	$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 30 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Ophthalmic Agents		
Ophthalmic Agents, Other		
atropine 1% eye drop	$0 (Tier 1)	PA
cyclosporine 0.05% eye emuls	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
dorzolamide-timolol eye drops	$0 (Tier 1)	
MIEBO 100% EYE DROP	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
neo-bacit-poly-hc eye ointment	$0 (Tier 1)	
neomyc-bacit-polymix eye oint	$0 (Tier 1)	
neomyc-polym-gramicid eye drop	$0 (Tier 1)	
neomycin-poly-hc eye drops	$0 (Tier 1)	
neomycin-polymyxin-dexameth (neomyc-polym-dexamet ointm, neomyc-polym-dexameth drop)	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Ophthalmic Agents		
pilocarpine hcl 1.25% eye drop	$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
sulf-pred 10-0.23% eye drops	$0 (Tier 1)	
TOBRADEX EYE OINTMENT	$0 (Tier 1)	QL (7 per 30 days), NDS
tobramycin-dexameth ophth susp	$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)	
bacitracin-polymyxin eye oint	$0 (Tier 1)	
besifloxacin 0.6% eye drop	$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
CILOXAN 0.3% OINTMENT	$0 (Tier 1)	PA
ciprofloxacin 0.3% eye drop	$0 (Tier 1)	
erythromycin 0.5% eye ointment	$0 (Tier 1)	
gatifloxacin 0.5% eye drops	$0 (Tier 1)	
gentamicin 0.3% eye drop	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Ophthalmic Agents		
moxifloxacin (0.5% drops, 0.5% drp-visc)	$0 (Tier 1)	
NATACYN 5% EYE DROPS	$0 (Tier 1)	
ofloxacin 0.3% eye drops	$0 (Tier 1)	
polymyxin b-tmp eye drops	$0 (Tier 1)	
sulfacetamide 10% eye drops	$0 (Tier 1)	
tobramycin 0.3% eye drop	$0 (Tier 1)	
TOBREX 0.3% EYE OINTMENT	$0 (Tier 1)	
trifluridine 1% eye drops	$0 (Tier 1)	
XDEMVY 0.25% DROP	$0 (Tier 1)	PA, NDS
ZIRGAN 0.15% OPHTHALMIC GEL	$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Anti-allergy Agents		
azelastine hcl 0.05% drops	$0 (Tier 1)	
cromolyn 4% eye drops	$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Anti-inflammatories		
bromfenac sodium 0.09% eye drp	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Ophthalmic Agents		
dexamethasone 0.1% eye drop	$0 (Tier 1)	
diclofenac 0.1% eye drops	$0 (Tier 1)	
difluprednate 0.05% eye drop	$0 (Tier 1)	
FLAREX 0.1% EYE DROPS	$0 (Tier 1)	
fluorometholone (0.1% drops, 0.1% eye drop)	$0 (Tier 1)	
flurbiprofen 0.03% eye drop	$0 (Tier 1)	
FML FORTE 0.25% EYE DROPS	$0 (Tier 1)	
ketorolac tromethamine (0.4% solution, 0.5% solution)	$0 (Tier 1)	
LOTEMAX 0.5% EYE OINTMENT	$0 (Tier 1)	QL (10 per 180 days)
loteprednol 0.5% ophthalmc gel	$0 (Tier 1)	QL (10 per 180 days)
loteprednol etabonate 0.2% drp	$0 (Tier 1)	NDS
loteprednol etabonate 0.5% drp	$0 (Tier 1)	
NEVANAC (0.1% DROPTAINER, 0.1% EYE DROP)	$0 (Tier 1)	QL (6 per 180 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Ophthalmic Agents		
PRED MILD 0.12% EYE DROPS	$0 (Tier 1)	
prednisolone ac 1% eye drop	$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents		
betaxolol hcl 0.5% eye drop	$0 (Tier 1)	
carteolol hcl 1% eye drops	$0 (Tier 1)	
levobunolol 0.5% eye drops	$0 (Tier 1)	
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)	$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other		
acetazolamide er 500 mg cap	$0 (Tier 1)	
apraclonidine hcl 0.5% drops	$0 (Tier 1)	
bimatoprost 0.03% eye drops	$0 (Tier 1)	ST
brimonidine tartrate (tartrate 0.1% drop, tartrate 0.15% drp, 0.2% eye drop)	$0 (Tier 1)	
brimonidine-timolol 0.2%-0.5%	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Ophthalmic Agents		
brinzolamide 1% eye drops	$0 (Tier 1)	
dorzolamide hcl 2% eye drops	$0 (Tier 1)	
IOPIDINE 1% EYE DROP	$0 (Tier 1)	
latanoprost 0.005% eye drops	$0 (Tier 1)	
methazolamide (25 mg tablet, 50 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
pilocarpine hcl (1% drops, 2% drops, 4% drops)	$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)
travoprost 0.004% eye drop	$0 (Tier 1)	ST
VYZULTA 0.024% OPHTH SOLUTION	$0 (Tier 1)	ST

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Otic Agents		
Otic Agents		
acetic acid 2% ear solution	$0 (Tier 1)	
ciproflox-dexameth otic susp	$0 (Tier 1)	
ciprofloxacin-hydrocort 0.2-1%	$0 (Tier 1)	
fluocinolone oil 0.01% ear drp	$0 (Tier 1)	
neomycin-polymyxin-hc ear soln	$0 (Tier 1)	
neomycin-polymyxin-hc ear susp	$0 (Tier 1)	
ofloxacin 0.3% ear drops	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
Anti-inflammatories, Inhaled Corticosteroids		
ARNUITY ELLIPTA (50 MCG, 100 MCG, 200 MCG)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
budesonide (0.25 mg/2 ml susp, 0.5 mg/2 ml susp, 1 mg/2 ml inh susp)	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
flunisolide 0.025% spray	$0 (Tier 1)	ST, QL (50 per 30 days)
fluticasone prop 100mcg diskus	$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
fluticasone prop 250 mcg disk	$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
fluticasone prop 50 mcg diskus	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
fluticasone prop 50 mcg spray	$0 (Tier 1)	QL (16 per 30 days)
QVAR REDIHALER (40 MCG, 80 MCG)	$0 (Tier 1)	QL (21.2 per 30 days)
Antihistamines		
azelastine 0.1% (137 mcg) spry	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
cyproheptadine hcl (2 mg/5 ml soln, 2 mg/5 ml syrup, 4 mg tablet, 4 mg/10 ml syrp)	$0 (Tier 1)	PA
desloratadine 5 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
levocetirizine 2.5 mg/5 ml sol	$0 (Tier 1)	
levocetirizine 5 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Antileukotrienes		
montelukast sodium (4 mg granules, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
zafirlukast (10 mg tablet, 20 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Bronchodilators, Anticholinergic		
ATROVENT 17 MCG HFA INHALER	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
ipratropium br 0.02% soln	$0 (Tier 1)	
ipratropium bromide (0.03% spray, 0.06% spray)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG, 2.5 MCG)	$0 (Tier 1)	QL (4 per 30 days)
tiotropium 18 mcg cap-inhaler	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Bronchodilators, Sympathomimetic		
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)	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (proair generic)	$0 (Tier 1)	QL (17 per 30 days)
albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (proventil generic)	$0 (Tier 1)	QL (13.4 per 30 days)
albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (ventolin generic)	$0 (Tier 1)	QL (36 per 30 days)
arformoterol 15 mcg/2 ml soln	$0 (Tier 1)	PA NSO
epinephrine (0.15 mg auto-injct, 0.3 mg auto-inject)	$0 (Tier 1)	QL (2 per 30 days), NDS
levalbuterol conc 1.25 mg/0.5	$0 (Tier 1)	PA NSO
levalbuterol hcl (0.31 mg/3 ml sol, 0.63 mg/3 ml sol, 1.25 mg/3 ml sol)	$0 (Tier 1)	PA NSO
levalbuterol tar hfa 45mcg inh	$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)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
TOBI PODHALER 28 MG INHALE CAP	$0 (Tier 1)	PA
tobramycin (300 mg/4 ml, 300 mg/5 ml)	$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		
cromolyn sodium (20 mg/2 ml neb soln, 100 mg/5 ml oral conc)	$0 (Tier 1)	
Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease		
roflumilast (250 mcg tablet, 500 mcg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
theophylline 80 mg/15 ml cup	$0 (Tier 1)	
theophylline 80 mg/15ml oral solution	$0 (Tier 1)	
theophylline anhydrous (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tab, er 450 mg tab)	$0 (Tier 1)	

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
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)	$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)
ambrisentan (5 mg tablet, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
bosentan (62.5 mg tablet, 125 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, LA, QL (60 per 30 days)
bosentan 32 mg tablet for susp	$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

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT	$0 (Tier 1)	PA
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT	$0 (Tier 1)	PA
sildenafil 20 mg tablet	$0 (Tier 1)	PA
sildenafil citrate (10 mg/ml oral susp, 20 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA
tadalafil 20mg tablet (adcirca generic)	$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)
nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)	$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)
pirfenidone (267 mg capsule, 267 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, QL (270 per 30 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
pirfenidone (534 mg tablet, 801 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
Respiratory Tract Agents, Other		
acetylcysteine (10% vial, 20% vial)	$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)
budesonide-formoterol fumarate (80-4.5, 160-4.5)	$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

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم **1-877-412-2734** (TTY 711) ، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
FASENRA PEN 30 MG/ML	$0 (Tier 1)	PA
fluticasone prop hfa 220 mcg	$0 (Tier 1)	QL (24 per 30 days)
fluticasone propionate hfa (hfa 44 mcg, hfa 110 mcg)	$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
fluticasone-salmeterol (100-50, 250-50, 500-50)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
fluticasone-salmeterol (55-14, 113-14, 232-14)	$0 (Tier 1)	QL (1 per 30 days)
fluticasone-salmeterol hfa (45-21, 115-21, 230-21)	$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
fluticasone-vilanterol (100-25, 200-25)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
iprat-albut 0.5-3(2.5) mg/3 ml	$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)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Skeletal Muscle Relaxants		
Skeletal Muscle Relaxants		
carisoprodol 350 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
cyclobenzaprine hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
methocarbamol (500 mg tablet, 750 mg tablet)	$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Skeletal Muscle Relaxants		
orphenadrine er 100 mg tablet	$0 (Tier 1)	PA

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Sleep Disorder Agents		
Sleep Promoting Agents		
eszopiclone (1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
ramelteon 8 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
tasimelteon 20 mg capsule	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
temazepam (15 mg capsule, 30 mg capsule)	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days), NDS
triazolam (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days), NDS
zaleplon (5 mg capsule, 10 mg capsule)	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
zolpidem tartrate (5 mg tablet, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
zolpidem tartrate er (er 6.25 mg tab, er 12.5 mg tab)	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Sleep Disorder Agents		
Wakefulness Promoting Agents		
armodafinil (50 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet, 250 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
modafinil (100 mg tablet, 200 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
sodium oxybate 0.5 g/ml soln	$0 (Tier 1)	PA

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Supplies		
Supplies		
gauze pads & dressings - pads 2 x 2	$0 (Tier 1)	ST
insulin pen needle	$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
insulin syringe (disp) u-100 0.3 ml	$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
insulin syringe (disp) u-100 1/2 ml	$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Supplies		
insulin syringe (disp) u-100 1ml	$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
isopropyl alcohol 0.7ml/ml medicated pad	$0 (Tier 1)	ST
needles, insulin disp., safety	$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)

فهرس الأدوية المغطاة

في هذا القسم ، يمكنك العثور على دواء من خلال البحث عن اسمه أبجديًا. سيخبرك هذا برقم الصفحة حيث يمكنك العثور على معلومات تغطية إضافية لدوائك.

1

1st Generation/Typical....95

2

2nd Generation/Atypical....96

A

abacavir....106
abacavir-lamivudine....106
ABIGALE....191
ABIGALE LO....191
ABILIFY ASIMTUFII....96,97
ABILIFY MAINTENA....97
abiraterone acetate....69
ABIRTEGA....69
ABRYSVO VIAL....223
acamprosate calcium....28
acarbose....115
ACCUTANE....157
acebutolol hcl....136
acetaminophen-codeine....22
acetaminophen-codeine 120-12 mg/5....22
acetazolamide....140
acetazolamide er....234
acetic acid....236
acetylcysteine....244
acitretin....157
Acne and Rosacea Agents....157
ACTEMRA....211
ACTEMRA ACTPEN....211
ACTHIB VACCINE....223
ACTIMMUNE....217
ACTIVELLA....191
acyclovir....111,163
acyclovir sodium....111
ADACEL TDAP....223
adalimumab-aaty(cf)....217
adalimumab-aaty(cf) ai crohns....218
adalimumab-aaty(cf) autoinject....217
adalimumab-fkjp(cf)....218
adalimumab-fkjp(cf) pen....218
adefovir dipivoxil....109
ADEMPAS....242
AIMOVIG AUTOINJECTOR....65
AJOVY AUTOINJECTOR....65
AJOVY AUTOINJECTOR (3 PACK)....65
AJOVY SYRINGE....65
AKEEGA....74
ALA-CORT....158
albendazole....91
albuterol sulfate....238
albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (proair generic)....239
albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (proventil generic)....239
albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (ventolin generic)....239
Alcohol Deterrents/Anti-craving....28
ALECENSA....74
alendronate sodium....228
alfuzosin hcl er....183
aliskiren....140
Alkylating Agents....69
allopurinol....64
alogliptin....115
alogliptin-metformin....115
alosetron hcl....174
Alpha-adrenergic Agonists....131
Alpha-adrenergic Blocking Agents....132
alprazolam....113
ALTAVERA....191
ALTRIXA OB....168
ALUNBRIG....74
ALYACEN....191
ALYQ....242
amantadine....92
ambrisentan....242
amcinonide....158
amikacin sulfate....30
amiloride hcl....145
amiloride-hydrochlorothiazide....140
Aminoglycosides....30
Aminosalicylates and/or Prodrugs....227
amiodarone hcl....134
amitriptyline hcl....58
amlodipine besylate....137
amlodipine besylate-benazepril....140
amlodipine-atorvastatin....141
amlodipine-olmesartan....141
amlodipine-valsartan....141
amlodipine-valsartan-hctz....141
ammonium lactate....158
AMNESTEEM....157
amoxapine....58
amoxicillin....35
amoxicillin-clavulanate potass....36
amphotericin b....61
amphotericin b liposome....61
ampicillin sodium....36
ampicillin trihydrate....36
ampicillin-sulbactam....36
Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) Agents....150
anagrelide hcl....127
ANALGESICS....22
Analgesics....22

Analgesics Combinations....22
anastrozole....*73*
ANDEMBRY AUTOINJECTOR....211
Androgens....188
ANESTHETICS....27
ANGELIQ....191
Angioedema Agents....210
Angiotensin II Receptor Antagonists....132
Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors....133
ANNOVERA....189
Anthelminthics....91
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS....28
Anti-Constipation Agents....173
Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents....109
Anti-Diarrheal Agents....174
Anti-hepatitis B (HBV) Agents....109
Anti-hepatitis C (HCV) Agents....110
Anti-HIV Agents, Integrase Inhibitors (INSTI)....104
Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)....105
Anti-HIV Agents, Nucleoside and Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)....106
Anti-HIV Agents, Other....107
Anti-HIV Agents, Protease Inhibitors (PI)....108
Anti-inflammatories, Inhaled Corticosteroids....236
Anti-influenza Agents....110
Antiandrogens....69
Antiangiogenic Agents....70
Antiarrhythmics....134
ANTIBACTERIALS....30
Antibacterials, Other....30
Anticholinergics....92
Anticoagulants....124
ANTICONVULSANTS....42
Anticonvulsants, Other....42
ANTIDEMENTIA AGENTS....51
Antidementia Agents, Other....51
ANTIDEPRESSANTS....52
Antidepressants, Other....52
Antidiabetic Agents....115
ANTIEMETICS....59
Antiemetics, Other....59
Antiestrogens/Modifiers....71
ANTIFUNGALS....61
Antifungals....61
ANTIGOUT AGENTS....64
Antigout Agents....64
Antiherpetic Agents....111
Antihistamines....237
Antileukotrienes....237
Antimetabolites....71
ANTIMIGRAINE AGENTS....65
Antimigraine Agents....65
ANTIMYASTHENIC AGENTS....67
ANTIMYCOBACTERIALS....68
Antimycobacterials, Other....68
ANTINEOPLASTICS....69
Antineoplastics....72
Antineoplastics, Other....72
ANTIPARASITICS....91
ANTIPARKINSON AGENTS....92
Antiparkinson Agents, Other....92
Antiprotozoals....91
ANTIPSYCHOTICS....95
Antipsychotics....102
Antispasmodics, Gastrointestinal....175
Antispasmodics, Urinary....182
ANTISPASTICITY AGENTS....103
Antispasticity Agents....103
Antithyroid Agents....209
Antituberculars....68
Antiviral, Coronavirus Agents....112
ANTIVIRALS....104
ANUSOL-HC....227
ANXIOLYTICS....112
Anxiolytics, Other....112
apraclonidine hcl....*234*
aprepitant....*60,61*
APRI....192
APTIVUS....108
AQNEURSA....178
AQVESME....128
ARANELLE....192
ARCALYST....212
AREXVY VACCINE....223
arformoterol tartrate....*239*
ARIKAYCE....30
aripiprazole....*97*
aripiprazole odt....*97*
ARISTADA....97
ARISTADA INITIO....98
armodafinil....*248*
ARNUITY ELLIPTA....236
Aromatase Inhibitors, 3rd Generation....73
asenapine maleate....*98*
ASHLYNA....192
aspirin-dipyridamole er....*130*
atazanavir sulfate....*108*
atenolol....*136*
atenolol-chlorthalidone....*141*
atomoxetine hcl....*151*
atorvastatin calcium....*146*

atovaquone *91*
atovaquone-proguanil hcl *91*
atropine 1% eye drop *230*
ATROVENT HFA 238
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Amphetamines 150
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-amphetamines 151
AUBRA 192
AUBRA EQ 192
AUGTYRO 72
AUSTEDO 153
AUSTEDO XR 153
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 153
AUVELITY 52
AVIANE 192
AVMAPKI-FAKZYNJA 72
AVONEX 154
AVONEX (4 PACK) 154
AVONEX PEN 155
AVONEX PEN (4 PACK) 155
AVYCAZ 33
AYVAKIT 74
AZASAN 218
AZASITE 231
azathioprine *218*
azelaic acid *157*
azelastine hcl *232,237*
AZENTRA 168
azithromycin *39*
azithromycin 250 mg tablet (dose pack) *39*
azithromycin 500 mg tablet (dose pack) *39*
aztreonam *30,31*
AZURETTE 192

B

bacitracin-polymyxin *231*
baclofen *103*
BALCOLTRA 192
balsalazide disodium *227*
BALVERSA 74,75
BALZIVA 192
BAQSIMI 120
BARACLUDE 109
BAXDELA 40
bcg vaccine (tice strain) *223*
benazepril hcl *133*
benazepril-hydrochlorothiazide *141*
Benign Prostatic Hypertrophy Agents 183
BENLYSTA 212
benznidazole *91*
Benzodiazepines 113
benztropine mesylate *92*
besifloxacin hcl *231*
BESREMI 217
BESREMI PEN 217
Beta-adrenergic Blocking Agents 136
Beta-lactam, Cephalosporins 33
Beta-lactam, Penicillins 35
betaine anhydrous *178*
betamethasone diprop augmented *158*
betamethasone dipropionate *158*
betamethasone valerate *159*
BETASERON 0.3 MG INJECTION 155
betaxolol hcl *136,234*
bethanechol chloride *183*
bexarotene *90*
BEXSERO 223
BEYAZ 192
bicalutamide *69*
BICILLIN C-R 36
BICILLIN L-A 36,37
BIKTARVY 104
BILDYOS 228
BILPREVDA 228
bimatoprost *234*
BIPOLAR AGENTS 114
bismuth-metronidazole-tetracyc *175*
bisoprolol fumarate *136*
bisoprolol-hydrochlorothiazide *141*
BLISOVI 24 FE 192
BLISOVI FE 192
BLOOD GLUCOSE REGULATORS 115
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS 124
Blood Products and Modifiers, Other 127
BLUJEPA 31
BOMYNTRA 228
BONSITY 228
BOOSTRIX TDAP 223
bosentan *242*
BOSULIF 75
bosutinib *75*
BRAFTOVI 75
BREO ELLIPTA 244
BREYNA 244
BREZTRI AEROSPHERE . . 244
BRIELLYN 192
brimonidine tartrate *234*
brimonidine tartrate-timolol . *234*
BRINSUPRI 244
brinzolamide *235*
brivaracetam *42*
bromfenac sodium *232*
bromocriptine mesylate *93*

Bronchodilators, Anticholinergic....238
Bronchodilators, Sympathomimetic....238
BRUKINSA....75
budesonide....227,236
budesonide dr....227
budesonide ec....227
budesonide-formoterol fumarate....244
bumetanide....144
buprenorphine hcl....28
buprenorphine-naloxone....28
bupropion hcl....52,53
bupropion hcl sr....29,53
bupropion xl....53
buspirone hcl....112
butalbital-acetaminophen-caffeine 50-325-40 mg tablet 22

C

cabergoline....207
CABLIVI 11 MG VIAL KIT....130
CABOMETYX....75
calcipotriene....161
Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) Receptor Antagonists....65
calcitonin-salmon....228
calcitriol....228
calcium acetate....172
Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines....137
Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines....138
Calcium Channel Modifying Agents....45
CALQUENCE....75
CAMILA....202
CAMRESE LO....192
CAMZYOS....142
candesartan cilexetil....132
CAPLYTA....98
CAPRELSA....75
carbamazepine....48
carbamazepine er....49
Carbapenems....38
carbidopa....94
carbidopa-levodopa....94
carbidopa-levodopa er....94
carbidopa-levodopa-entacapone....93
CARDAMYST....138
CARDIOVASCULAR AGENTS....131
Cardiovascular Agents, Other....140
carglumic acid....165
carisoprodol....246
carteolol hcl....234
CARTIA XT....138
carvedilol....136
caspofungin acetate....61
CAYSTON....240
cefaclor....33
cefadroxil....33
cefazolin sodium....33
cefdinir....34
cefepime hcl....34
cefixime....34
cefotetan....34
cefoxitin....34
cefpodoxime proxetil....34
cefprozil....34
ceftaroline fosamil....34
ceftazidime....34
ceftriaxone....35
cefuroxime....35
cefuroxime sodium....35
celecoxib....23
CELLCEPT....218
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS....150
Central Nervous System Agents, Other....153
cephalexin....35
cevimeline hcl....156
CHEMET....167
chlordiazepoxide hcl....113
chlorhexidine gluconate....156
chloroquine phosphate....91
chlorpromazine hcl....95
chlorthalidone....145
CHOLBAM....178
cholestyramine....147
cholestyramine light....147
Cholinesterase Inhibitors....51
ciclopirox....163
cilostazol....130
CILOXAN....231
CIMDUO....106
cimetidine....176
CIMZIA (2 PACK)....218
CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT....218
cinacalcet hcl....228
CINRYZE....210
ciprofloxacin hcl....40,231
ciprofloxacin-d5w....40
ciprofloxacin-dexamethasone....236
ciprofloxacin-hydrocortisone....236
citalopram hbr....54
CLARAVIS....157
clarithromycin....39
CLEOCIN....164
CLIMARA PRO....192
clindamycin (pediatric)....31
clindamycin 1% gel....164
clindamycin hcl....31
clindamycin pediatric....31

clindamycin phos-benzoyl perox *157*
clindamycin phosphate .. *31,164*
clindamycin phosphate-d5w .. *31*
CLINIMIX 168
CLINIMIX E 168
CLINISOL 168
CLINOLIPID 168
clobazam *45*
clobetasol emollient *159*
clobetasol propionate *159*
clomipramine hcl *58*
clonazepam *45,46*
clonazepam 0.125 mg odt ... *46*
clonazepam 0.5 mg odt *46*
clonazepam 1 mg odt *46*
clonidine *131*
clonidine hcl *131*
clonidine hcl er *151*
clopidogrel *130*
clorazepate dipotassium *46*
clotrimazole *62*
clotrimazole-betamethasone *161*
clozapine *103*
clozapine odt *103*
COARTEM 91
COBENFY 102,103
COBENFY STARTER PACK 103
codeine sulfate *26*
colchicine *64*
colesevelam hcl *115,147*
colestipol hcl *147*
colistimethate *31*
COMBIPATCH 193
COMBIVENT RESPIMAT ... 244
COMETRIQ 75
CONEXXENCE 229
conjugated estrogens *189*
CONSTULOSE 173
COPIKTRA 76
CORTROPHIN 184
CORTROPHIN GEL 400 UNIT/5 ML 184
COSENTYX (2 SYRINGES) 212
COSENTYX SENSOREADY (2 PENS) 212
COSENTYX SENSOREADY PEN 212
COSENTYX SYRINGE 212
COSENTYX UNOREADY PEN 212
COTELLIC 76
CRENESSITY 186
CREON 178
CRESEMBA 62
CRINONE 202
cromolyn sodium *232,241*
CROTAN 163
CRYSELLE 193
CTEXLI 178
cyclobenzaprine hcl *246*
cyclophosphamide *69*
cyclosporine *218,230*
cyclosporine modified *218*
cyproheptadine hcl *237*
CYRED 193
CYRED EQ 193
CYSTAGON 178
CYSTARAN 178
Cystic Fibrosis Agents 240

D

dabigatran etexilate *124*
dalbavancin hcl *31*
dalfampridine er *155*
danazol *188*
dantrolene sodium *104*
DANZITEN 76
dapagliflozin *115*
dapagliflozin-metformin er .. *115*
dapsone *68*
DAPTACEL DTAP 223
daptomycin *31*
darifenacin er *182*
darunavir *108*
dasatinib *76*
DAURISMO 76
DAWNZERA 210
DAYBUE STIX 178
DEBLITANE 202
deferasirox *167*
deferiprone *167*
deferiprone (3 times a day) .. *167*
deflazacort *184*
DELSTRIGO 105
demeclocycline hcl *41*
DENTAL AND ORAL AGENTS 156
Dental and Oral Agents 156
DEPO-ESTRADIOL 189
DEPO-SUBQ PROVERA 104 202
Dermatitis and Pruritus Agents 158
DERMATOLOGICAL AGENTS 157
Dermatological Agents, Other 161
DESCOVY 106
desipramine hcl *58*
desloratadine *237*
desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr *186*
desmopressin acetate *186*
desonide *159*
desoximetasone *159*
desvenlafaxine er *54,55*
desvenlafaxine succinate er .. *55*
dexamethasone *184*
dexamethasone sodium phosphate *233*

dextroamphetamine sulfate 150
dextroamphetamine sulfate er 150
dextroamphetamine-amphet er 150
dextroamphetamine-amphetamine 150,151
dextromethorphan hbr-quinidine 153
dextrose 10%-0.2% nacl 168
dextrose 10%-0.45% nacl 169
dextrose 2.5%-0.45% nacl 169
dextrose 5%-0.2% nacl 169
dextrose 5%-0.225% nacl 169
dextrose 5%-0.45% nacl 169
dextrose 5%-0.9% nacl 169
dextrose in water 169
DIACOMIT 42
diazepam 46,113
diazoxide 120
dichlorphenamide 178
diclofenac epolamine 23
diclofenac potassium 23
diclofenac sodium 23,161,233
diclofenac sodium er 23
dicloxacillin sodium 37
dicyclomine hcl 175
DIFICID 39
diflorasone diacetate 159
difluprednate 233
digoxin 134,142
digoxin 125 mcg tablet 134
digoxin 250 mcg tablet 134
dihydroergotamine mesylate 66
DILANTIN 49
DILANTIN-125 49
DILT-XR 138
diltiazem 12hr er 139
diltiazem 24hr er 139
diltiazem 24hr er (cd) 139
diltiazem 24hr er (xr) 139
diltiazem hcl 139
dimethyl fumarate 155
diphenoxylate-atropine 174
dipyridamole 130
disopyramide phosphate 134
disulfiram 28
Diuretics, Loop 144
Diuretics, Potassium-sparing 145
Diuretics, Thiazide 145
divalproex sodium 42
divalproex sodium er 43
dofetilide 135
DOJOLVI 167
DOLISHALE 193
donepezil hcl 51
donepezil hcl odt 51
Dopamine Agonists 93
Dopamine Precursors and/or L-Amino Acid Decarboxylase Inhibitors 94
DOPTELET 131
dorzolamide hcl 235
dorzolamide-timolol 230
DOTTI 189
DOVATO 104
doxazosin mesylate 132
doxepin hcl 58,159
doxercalciferol 229
DOXY 100 41
doxycycline hyclate 41,156
doxycycline monohydrate 41
DRIZALMA SPRINKLE 55
dronabinol 61
drospirenone-eth estra-levomef 193
drospirenone-ethinyl estradiol 193
droxidopa 131
DUAVEE 204
duloxetine hcl 55
DUPIXENT PEN 212
DUPIXENT SYRINGE 212
dutasteride 183
DUVYZAT 179
Dyslipidemics, Fibric Acid Derivatives 145
Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors 146
Dyslipidemics, Other 147

E

ec-naproxen 23
econazole nitrate 164
EDURANT PED 105
efavirenz 105
efavirenz-emtric-tenofov disop 105
efavirenz-lamivu-tenofov disop 105
EGRIFTA WR 186
Electrolyte/Mineral Replacements 165
Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers 167
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS 165
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins 168
ELIGARD 207
ELIGARD 22.5 MG SYRINGE 207
ELIGARD 30 MG SYRINGE 207
ELIGARD 45 MG SYRINGE 207
ELIGARD 7.5 MG SYRINGE 207
ELIQUIS 124,125
ELIQUIS SPRINKLE 125
ELMIRON 183
eltrombopag olamine 128

ELURYNG 193
ELYXYB 65
EMBRIVA 169
Emetogenic Therapy Adjuncts 60
EMGALITY 300 MG (100 MG X 3 SYRINGE) 66
EMGALITY PEN 65
EMGALITY SYRINGE 66
EMPAVELI 213
EMSAM 54
emtricitabine *106*
emtricitabine-rilpivirne-tenof *105*
emtricitabine-tenofovir disop *106,107*
EMTRIVA 107
enalapril maleate *133*
enalapril-hydrochlorothiazide *142*
ENBREL 219
ENBREL MINI 219
ENBREL SURECLICK 219
ENGERIX-B ADULT 223
ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT 223
ENILLORING 193
enoxaparin sodium *125*
ENSACOVE 76
ENSKYCE 193
entacapone *93*
entecavir *110*
ENTRESTO SPRINKLE 142
ENTYVIO PEN 211
ENULOSE 173
ENVARSUS XR 219
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION 43
epinephrine *239*
eplerenone *148*
ERAXIS 62
Ergot Alkaloids 66
ERIVEDGE 76
ERLEADA 69
erlotinib hcl *77*
ERRIN 203
ertapenem *38*
ERYTHROCIN LACTOBIONATE 39
erythromycin *39,164,231*
erythromycin ethylsuccinate . . *40*
erythromycin-benzoyl peroxide *157*
ERZOFRI 98
escitalopram oxalate *55*
eslicarbazepine acetate *49*
esomeprazole magnesium . . *177*
ESTARYLLA 193
ESTRACE 189
estradiol *189*
estradiol (once weekly) *190*
estradiol (twice weekly) *190*
estradiol valerate *190*
estradiol-norethindrone acetat *193*
ESTRING 190
Estrogens 189
eszopiclone *247*
ethambutol hcl *68*
ethosuximide *45*
etodolac *23*
etonogestrel-ethinyl estradiol *193*
etravirine *105*
EUCRISA 161
EULEXIN 70
everolimus *77,219*
EVOTAZ 108
exemestane *74*
EXXUA 53
ezetimibe *147*

F

FALMINA 194
famciclovir *111*
famotidine *177*
FANAPT 98,99
FARXIGA 115
FASENRA 244
FASENRA PEN 245
febuxostat *64*
FEIRZA 194
felbamate *43*
felodipine er *138*
FEMLYV 194
FEMRING 190
fenofibrate *145*
fenofibric acid *146*
fentanyl *24*
FERRIPROX 167
fesoterodine fumarate er . . . *182*
FETZIMA 55
FIASP 121
FIASP FLEXTOUCH 121
FIASP PENFILL 121
Fibromyalgia Agents 154
fidaxomicin *40*
FILSPARI 142
FILSUVEZ 161
finasteride *183*
fingolimod *155*
FINTEPLA 43
FINZALA 194
FIRMAGON 208
FLAREX 233
flavoxate hcl *182*
flecainide acetate *135*
fluconazole *62*
fluconazole in saline *62*
fluconazole-nacl *62*
flucytosine *62*
fludrocortisone acetate *185*

flunisolide *237*
fluocinolone acetonide *159*
fluocinolone acetonide oil ... *236*
fluocinonide *159*
fluocinonide-e *160*
fluoride *165*
fluorometholone *233*
fluorouracil *161,162*
fluoxetine hcl *56*
fluphenazine decanoate *95*
fluphenazine hcl *95*
flurbiprofen sodium *233*
fluticasone propionate .. *160,237*
fluticasone propionate hfa .. *245*
fluticasone-salmeterol *245*
fluticasone-salmeterol hfa .. *245*
fluticasone-vilanterol *245*
fluvoxamine maleate *56*
FML FORTE 233
FOLATEXCEL 169
fondaparinux sodium *125*
FORZINITY 179
fosamprenavir calcium *108*
fosfomycin tromethamine *31*
fosinopril sodium *133*
fosinopril-hydrochlorothiazide *142*
FOTIVDA *77*
FRAGMIN 126
FRUZAQLA *77*
FULPHILA 128
furosemide *144*
FYAVOLV 194
FYLNETRA 128

G

gabapentin *46,47*
galantamine er *51*
galantamine hbr *51*
galantamine hydrobromide ... *51*
GALBRIELA 194
GALLIFREY 203
Gamma-Aminobutyric Acid (GABA) Modulating Agents .. 45
GAMMAGARD LIQUID 210
GAMMAGARD LIQUID ERC 210
GAMMAGARD S-D 210
GAMUNEX-C 211
GARDASIL 9 223
GASTROINTESTINAL AGENTS 173
Gastrointestinal Agents, Other 175
gatifloxacin *231*
GATTEX 5 MG INJECTION 175
gauze pads & dressings - pads 2 x 2 ..... *248*
GAVILYTE-C 175
GAVILYTE-G 175
GAVILYTE-N 175
GAVRETO *77*
gefitinib *77*
gemfibrozil *146*
GEMMILY 194
GEMTESA 182
GENERLAC 173
GENETIC, ENZYME, OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT 178
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment 178
GENGRAF 219
GENITOURINARY AGENTS 182
Genitourinary Agents, Other 183
GENOTROPIN 186
gentamicin sulfate ... *30,164,231*
gentamicin sulfate in ns *30*
GENVOYA 104
GESTYRA 169
GILOTRIF 77
GIMOTI 59
glatiramer acetate *155*
GLATOPA 155
glimepiride *115*
glipizide *115*
glipizide er *116*
glipizide xl *116*
glipizide-metformin *116*
GLOPERBA 64
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT 120
Glucocorticoids 227
glucose in water *169*
glyburide *116*
glyburide-metformin hcl *116*
Glycemic Agents 120
glycerol phenylbutyrate *179*
glycopyrrolate *175*
GOLYTELY 176
GOMEKLI 77,78
granisetron hcl *61*
GRANIX 128
GRASTEK 211
griseofulvin *62*
griseofulvin ultramicrosize ... *62*
guanfacine hcl *132*
guanfacine hcl er *151*
GVOKE 120
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 120
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 120
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE 121
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE 121

H

HADLIMA 219

HADLIMA PUSHTOUCH . . . 219
HADLIMA(CF) 219
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH 220
HAEGARDA 210
HAILEY 24 FE 194
HAILEY FE 194
halobetasol propionate *160*
haloperidol *95*
haloperidol decanoate *95*
haloperidol decanoate 100 . . . *95*
haloperidol lactate *95*
HARLIKU 179
HAVRIX 224
HEATHER 203
HEMADY 90
Hemostasis Agents 130
heparin sodium *126*
HEPLISAV-B 224
HERNEXEOS 78
HIBERIX VACCINE 224
Histamine-2 (H2) Receptor Antagonists 176
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/ MODIFYING (ADRENAL) . . . 184
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal) 184
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/ MODIFYING (PITUITARY) . . 186
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary) 186
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/ MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS) . 188
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers), Other 191
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/ MODIFYING (THYROID) . . . 204
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid) 204
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY) 207
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary) 207
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID) 209
HUMALOG 121
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 121
HUMALOG KWIKPEN U-100 121
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN 122
HUMALOG MIX 75-25 122
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN 122
HUMATROPE 187
HUMULIN 70-30 122
HUMULIN 70/30 KWIKPEN . 122
HUMULIN N 122
HUMULIN N KWIKPEN 122
HUMULIN R 122
hydralazine hcl *148*
hydrochlorothiazide *145*
hydrocodone-acetaminophen 10-325mg *22*
hydrocodone-acetaminophen 5-325mg *22*
hydrocodone-acetaminophen 7.5-325mg *22*
hydrocodone-ibuprofen *22*
hydrocortisone *160,227*
hydrocortisone butyrate *160*
hydrocortisone valerate *160*
hydromorphone hcl *26*
hydroxychloroquine sulfate . . *91*
hydroxyurea *72*
hydroxyzine 2 mg/ml oral solution *112*
hydroxyzine hcl *113*
hydroxyzine pamoate *113*
HYFTOR 220
HYRNUO 78

I

ibandronate sodium *229*
IBRANCE 78
IBTROZI 78
IBU 24
ibuprofen *24*
icatibant *210*
ICLEVIA 194
ICLUSIG 78
icosapent ethyl *147*
ICOTYDE 213
IDHIFA 78
IDVYNSO 105
imatinib mesylate *78*
IMBRUVICA 79
imipenem-cilastatin sodium . . *38*
imipramine hcl *59*
imiquimod *162*
IMKELDI 79
Immunoglobulins 210
IMMUNOLOGICAL AGENTS 210
Immunological Agents 211
Immunological Agents, Other 211

Immunostimulants 217
Immunosuppressants 217
IMOVAX RABIES VACCINE 224
IMULDOSA 213
IMVEXXY 190
INCASSIA 203
INCRELEX 187
indapamide 145
indomethacin 24
INFANRIX DTAP VACCINE 224
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS 227
INGREZZA 153
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) 154
INGREZZA SPRINKLE 154
INLURIYO 71
INLYTA 79
INQOVI 72
INREBIC 79
insulin glargine max solostar 122
insulin glargine solostar 122
insulin glargine-yfgn 122
insulin lispro 123
insulin lispro junior kwikpen 123
insulin lispro kwikpen u-100 122
insulin lispro protamine mix 123
insulin pen needle 248
insulin syringe (disp) u-100 0.3 ml 248
insulin syringe (disp) u-100 1/2 ml 248
insulin syringe (disp) u-100 1ml 249
Insulins 121
INTELENCE 106
INTRALIPID 169
INTRAROSA 194
INTROVALE 195
INVEGA HAFYERA 99
INVEGA SUSTENNA 99
INVEGA TRINZA 99,100
INVOKAMET 116
INVOKAMET XR 117
INVOKANA 117
IOPIDINE 235
IPOL 224
ipratropium bromide 238
ipratropium-albuterol 245
irbesartan 132
irbesartan-hydrochlorothiazide 142
ISENTRESS 104
ISENTRESS HD 104
ISIBLOOM 195
ISOLYTE P WITH DEXTROSE 170
ISOLYTE S 165
isoniazid 68
isopropyl alcohol 0.7ml/ml medicated pad 249
isosorbide dinitrate 149
isosorbide mononit er 60 mg tb 149
isosorbide mononitrate er 149
isotretinoin 157
ISTURISA 187
ITOVEBI 79
itraconazole 63
ivabradine hcl 142
ivermectin 91
IWILFIN 72
IXIARO VACCINE 224

J

JAIMIESS 195
JAKAFI 79
JAKAFI XR 80
jantoven 127
JARDIANCE 117
JASCAYD 243
JASMIEL 195
JAVYGTOR 179
JAYPIRCA 80
JAYTHARI 185
JIDEYTRO 80
JINTELI 195
JOENJA 179
JOURNAVX 22
JOYEAUX 195
JULEBER 195
JULUCA 105
JUNEL 195
JUNEL FE 195
JUNEL FE 24 195
JYLAMVO 220
JYNNEOS VACCINE 224

K

KAITLIB FE 195
KALYDECO 240
KARIVA 195
kcl-d5w-0.45% nacl 170
KELNOR 1-35 196
KERENDIA 148
ketoconazole 63
ketorolac tromethamine 233
KEVZARA 213
KINERET 213
KINRIX VACCINE 224
KIONEX 172
KISQALI 80
KLOR-CON 10 165
KLOR-CON 8 165
KLOXXADO 29
KOMZIFTI 72
KOSELUGO 80,81
KOURZEQ 156
KRAZATI 81
KRINTAFEL 91
KRISTALOSE 173

KURVELO....196
KYGEVVI....179
KYLEENA....196
KYMBEE....185

L

l-glutamine....179
labetalol hcl....136
lacosamide....49
lactulose....173
lamivudine....107
lamivudine 100 mg tablet....110
lamivudine-zidovudine....107
lamotrigine....43
lamotrigine (blue)....43
lamotrigine (green)....43
lamotrigine (orange)....43
lansoprazol-amoxicil-clarithro....176
lansoprazole....177
LANTUS....123
LANTUS SOLOSTAR....123
lapatinib....81
LARIN....196
LARIN FE....196
latanoprost....235
LAZCLUZE....81
leflunomide....220
lenalidomide....70
LENVIMA....81
LEQEMBI IQLIK....51
LEQSELVI....213
LESSINA....196
letrozole....74
leucovorin calcium....90
LEUKERAN....69
LEUKINE....217
leuprolide acetate....208
levalbuterol concentrate....239
levalbuterol hcl....239
levalbuterol tartrate hfa....239
levetiracetam....43
levetiracetam er....44
levobunolol hcl....234
levocarnitine....170
levocetirizine dihydrochloride....237
levofloxacin....40
levofloxacin-d5w....40
LEVONEST....196
levonorg-eth estrad eth estrad....196
levonorg-eth estrad-fe bisglyc....196
levonorgestrel-eth estradiol....196
levorphanol tartrate....25
levothyroxine sodium....204
LEVOXYL....205
lidocaine....27
lidocaine hcl....27
lidocaine hcl viscous....27
lidocaine-prilocaine....27
LIFYORLI....72
LILETTA....196
linezolid....32
linezolid-d5w....32
LINZESS....174
LIOMNY....205
liothyronine sodium....206
lisinopril....133
lisinopril-hydrochlorothiazide....142
LITFULO....213
lithium carbonate....114
lithium carbonate er....114
lithium citrate....114
LITHOSTAT....183
LIVTENCITY....109
LO LOESTRIN FE....196
LOARGYS....179
Local Anesthetics....27
LOESTRIN....196
LOESTRIN FE....197
lofexidine hcl....28
LOJAIMIESS....197
LOKELMA....172
lomustine....69
LONSURF....73
loperamide....175
lopinavir-ritonavir....108
lorazepam....114
LORAZEPAM INTENSOL....114
LORBRENA....81,82
LORYNA....197
losartan potassium....132
losartan-hydrochlorothiazide....142
LOTEMAX....233
loteprednol etabonate....233
lovastatin....146
LOW-OGESTREL....197
loxapine....96
lubiprostone....174
LUIZZA....197
LUMAKRAS....82
LUPRON DEPOT....208
LUPRON DEPOT (LUPANETA)....208
lurasidone hcl....100
LYBALVI....100
LYLEQ....203
LYLLANA....191
LYNPARZA....82
LYSODREN....73
LYTGOBI....82
LYZA....203

M

M-M-R II VACCINE....224
Macrolides....39
magnesium sulfate....165,170
malathion....163
maraviroc....107

MARLISSA....197
MARPLAN....54
Mast Cell Stabilizers....241
MATERNACEL....170
MATERVIA....170
MATRONEX....170
MATULANE....69
MAVYRET....110
meclizine hcl....59
medroxyprogesterone acetate....203
mefloquine hcl....91
megestrol acetate....203
megestrol acetate 40mg/ml oral suspension....203
MEKINIST....82
MEKTOVI....82
MELEYA....203
meloxicam....24
memantine hcl....52
memantine hcl er....52
memantine hcl-donepezil hcl er....51
MENOSTAR....191
MENQUADFI....224
MENVEO VACCINE....224
meperidine hcl....26
meprobamate....113
mercaptopurine....71
meropenem....38
mesalamine....227
mesalamine dr....227
mesalamine er....227
mesna....90
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS....228
Metabolic Bone Disease Agents....228
metformin hcl....117
metformin hcl er....117
methadone hcl....25
methazolamide....235
methenamine hippurate....32
methimazole....209
methocarbamol....246
methotrexate....220
methotrexate sodium....220
methoxsalen....162
methsuximide....45
methylphenidate....151
methylphenidate er....152
methylphenidate er (la)....152
methylphenidate hcl....152
methylphenidate hcl cd....152
methylphenidate hcl er (cd)....152
methylphenidate la....153
methylphenidate sr....153
methylprednisolone....185
methyltestosterone....188
metoclopramide hcl....60
metolazone....145
metoprolol succinate....136
metoprolol tartrate....136
metoprolol-hydrochlorothiazide....143
metronidazole....32
metyrosine....143
mexiletine hcl....135
MIBELAS 24 FE....197
micafungin....63
miconazole 3....63
MICROGESTIN....197
MICROGESTIN FE....197
midodrine hcl....132
MIEBO....230
mifepristone....208
MIGERGOT....66
miglustat....179
MILI....197
milnacipran hcl....154
MIMVEY....197
Mineralocorticoid Receptor Antagonists....148
minocycline hcl....42
minoxidil....148
MINZOYA....197
MIPLYFFA....179
mirabegron er....182
MIRENA....198
mirtazapine....53
misoprostol....177
modafinil....248
MODEYSO....83
moexipril hcl....134
Molecular Target Inhibitors....74
molindone hcl....96
mometasone furoate....160
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors....94
Monoamine Oxidase Inhibitors....54
montelukast sodium....237
Mood Stabilizers....114
morphine sulfate....26
morphine sulfate er....25
MOUNJARO....117
MOVANTIK....174
moxifloxacin....40,232
moxifloxacin hcl....41
MRESVIA....224
MULTAQ....135
multiple electrolytes t1 ph7.4....165
Multiple Sclerosis Agents....154
mupirocin....164
mycophenolate mofetil....220
mycophenolic acid....220
MYFEMBREE....208
MYFORTIC....220
MYHIBBIN....221
MYQORZO....143
MYTESI....175

N

N-methyl-D-aspartate (NMDA) Receptor Antagonist 52
nabumetone *24*
nadolol *137*
nafcillin sodium *37*
naftifine hcl *164*
naloxone hcl *29*
naltrexone hcl *28*
naproxen *24*
naratriptan 1 mg tablet *66*
naratriptan 2.5 mg tablet *66*
NATACYN 232
NATAL PNV 170
NATAZIA 198
nateglinide *117*
NAYZILAM 47
nebivolol hcl *137*
NECON 198
needles, insulin disp., safety *249*
nefazodone hcl *56*
NEFFY 239
NEO-VITAL RX 170
NEOMATERNA 171
neomycin sulfate *30*
neomycin-bacitracin-poly-hc *230*
neomycin-bacitracin-polymyxin *230*
neomycin-polymyxin-dexameth *230*
neomycin-polymyxin-gramicidin *230*
neomycin-polymyxin-hc *230,236*
neomycin-polymyxin-hydrocort *236*
NEORAL 221
NEREUS 60
NERLYNX 83
NEUAC 157
NEULASTA 128
NEUPOGEN 128
NEUPRO 93
NEVANAC 233
nevirapine *106*
nevirapine er *106*
NEXLETOL 143
NEXLIZET 147
NEXPLANON 203
NEXTSTELLIS 198
niacin er *147*
NICOTROL NS 29
nifedipine *138*
nifedipine er *138*
NIKKI 198
nilotinib d-tartrate *83*
nilotinib hcl *83*
nilutamide *70*
nimodipine *138*
NINLARO 83
nintedanib esylate *243*
nitazoxanide *92*
NITRO-BID 149
nitrofurantoin *32*
nitrofurantoin mono-macro . . . *32*
nitroglycerin *149*
nitroglycerin patch *149*
NITROSTAT 149
NIVESTYM 129
nizatidine *177*
Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs 23
NORA-BE 203
NORDITROPIN FLEXPRO . 187
norelgestromin-eth estradiol *198*
norethindron-ethinyl estradiol *198*
norethindrone *204*
norethindrone ac (lupaneta) *204*
norethindrone acetate *204*
norethindrone-e.estradiol-iron *198*
norgestimate-ethinyl estradiol *198*
NORTREL 199
nortriptyline hcl *59*
NOURIANZ 93
NOVOLIN 70-30 123
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN 123
NOVOLIN N 123
NOVOLIN N FLEXPEN 123
NOVOLIN R 123
NOVOLIN R FLEXPEN 123
NOVOLOG 124
NOVOLOG FLEXPEN 124
NOVOLOG MIX 70-30 124
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN 124
NOVOLOG PENFILL 124
NUBEQA 70
NUCALA 245
NUPLAZID 100
NURTEC ODT 66
NUTRILIPID 171
NUVARING 199
NYAMYC 63
NYLIA 199
NYMALIZE 60 MG/ML ORAL SOLUTION 138
nystatin *63*
nystatin-triamcinolone *162*
NYSTOP 63
NYVEPRIA 129

O

octreotide acetate *208*
ODACTRA 211
ODEFSEY 107
ODOMZO 83
OFEV 243
ofloxacin *41,232,236*
OGSIVEO 73
OJEMDA 83

OJJAARA 84
olanzapine *100*
olanzapine odt *100*
olanzapine-fluoxetine hcl *53*
olmesartan medoxomil *133*
olmesartan-hydrochlorothiazide *143*
OLUMIANT 213
omega-3 acid ethyl esters . . *147*
omeprazole *177*
OMNITROPE 187
OMVOH 213
OMVOH PEN 213
ONAPGO 93
ondansetron hcl *61*
ondansetron odt *61*
ONE NATAL RX 171
ONUREG 71
OPHTHALMIC AGENTS . . . 230
Ophthalmic Agents, Other . . 230
Ophthalmic Anti-allergy Agents 232
Ophthalmic Anti-Infectives . . 231
Ophthalmic Anti-inflammatories 232
Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents 234
Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other 234
Opioid Analgesics, Long-acting 24
Opioid Analgesics, Short-acting 26
Opioid Dependence 28
Opioid Reversal Agents 29
OPIPZA 100,101
OPVEE 29
ORENCIA 214
ORENCIA CLICKJECT 214
ORENITRAM ER 242
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT 242
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT 243
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT 243
ORGOVYX 73
ORIAHNN 209
ORKAMBI 240
ORLYNVAH 38
ORMALVI 179
orphenadrine citrate er *247*
ORQUIDEA 204
ORSERDU 71
oseltamivir phosphate . . *110,111*
OTEZLA 162
OTEZLA XR 162
OTIC AGENTS 236
Otic Agents 236
OTULFI 214
oxacillin *37*
oxacillin sodium *37*
oxazepam *114*
oxcarbazepine *49*
oxiconazole nitrate *164*
oxybutynin chloride *182*
oxybutynin chloride er *182*
oxycodone hcl *26*
oxycodone-acetaminophen . . *22*
oxymorphone hcl *27*
oxymorphone hcl er *25,26*
OZEMPIC 118

P

paliperidone er *101*
PANRETIN 90
pantoprazole sodium *177*
Parasympathomimetics 67
paricalcitol *229*
paroxetine hcl *56*
PAXLOVID 112
pazopanib hcl *84*
PEDIARIX 225
Pediculicides/Scabicides . . . 163
PEDVAXHIB 225
peg 3350-electrolyte *176*
peg-3350 and electrolytes . . *176*
peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c *176*
PEGASYS 217
PEMAZYRE 84
PENBRAYA VACCINE 225
penciclovir *111*
penicillamine *183*
penicillin g potassium *37*
penicillin g sodium *37*
penicillin gk-iso-osm dextrose *37*
penicillin v potassium *37*
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y 225
PENTACEL VACCINE 225
pentamidine isethionate *92*
PENTASA 227
pentoxifylline *143*
perampanel *44*
perindopril erbumine *134*
permethrin *163*
perphenazine *96*
perphenazine-amitriptyline . . . *53*
PERTZYE 180
phenelzine sulfate *54*
phenobarbital *47*
phenoxybenzamine hcl *132*
PHENYTEK 50
phenytoin *50*
phenytoin sodium extended . . *50*
Phosphate Binders 172
Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease 241
PHYRAGO 84
PIFELTRO 106

pilocarpine hcl *156,231,235*
pimecrolimus *160*
pimozide *96*
PIMTREA 199
pindolol *137*
pioglitazone hcl *118*
piperacillin-tazobactam *38*
PIQRAY 84
pirfenidone *243,244*
piroxicam *24*
PLASMA-LYTE A 165
PLASMA-LYTE A PH 7.4 ... 165
Platelet Modifying Agents ... 130
PLENAMINE 180
pmdd fluoxetine 10mg tablet *57*
pmdd fluoxetine 20mg tablet *57*
podofilox *162*
polymyxin b sul-trimethoprim *232*
polymyxin b sulfate *32*
POMALYST 70
PONVORY 155
PORTIA 199
posaconazole *63*
Potassium Binders 172
potassium chloride *165*
potassium chloride proamp *166*
potassium chloride-0.45% nacl *166*
potassium chloride-0.9% nacl *166*
potassium chloride-water ... *166*
potassium citrate er *166*
pramipexole dihydrochloride *93*
prasugrel hcl *131*
pravastatin sodium *146*
praziquantel *91*
prazosin hcl *132*
PRED MILD 234
prednisolone *185*
prednisolone acetate *234*
prednisolone sodium phosphate *185*
prednisone *185*
PREDNISONE INTENSOL ... 186
pregabalin *47*
pregabalin er *154*
PREMARIN 191
PREMASOL 171
PREMPHASE 199
PREMPRO 199
prenatal vitamin with minerals and folic acid greater than 0.8 mg oral tablet *171*
PRENOVA 171
pretomanid *68*
PREVALITE 147
PREVYMIS 109
PREZCOBIX 108
PREZISTA 108
PRIFTIN 68
primaquine *92*
primidone *47*
PRIORIX 225
probenecid *65*
probenecid-colchicine *65*
prochlorperazine *60*
prochlorperazine maleate *60*
PROCRIT 129
PROCTO-MED HC 160
PROCTOSOL-HC 160
PROCTOZONE-HC 160
progesterone *204*
Progestins 202
PROGRAF 221
PROLASTIN C 180
PROLIA 229
promethazine hcl *60*
PROMETHEGAN 60
propafenone hcl *135*
propafenone hcl er *135*
propranolol hcl *137*
propranolol hcl er *137*
propylthiouracil *209*
PROQUAD 225
PROSOL 171
Protectants 177
Proton Pump Inhibitors 177
protriptyline hcl *59*
PRURADIK 163
Pulmonary Antihypertensives 242
Pulmonary Fibrosis Agents 243
PULMOZYME 240
PYQUVI 186
pyrazinamide *68*
pyridostigmine bromide *67*
pyridostigmine bromide er ... *67*
pyrimethamine *92*
PYRUKYND 180
PYRUKYND 20 MG TABLET 180
PYRUKYND 5 MG TABLET 180
PYRUKYND 50 MG TABLET 180

Q

QBREXZA 162
QINLOCK 84
QUADRACEL DTAP-IPV ... 225
quetiapine fumarate *101*
quetiapine fumarate er *101*
quinapril hcl *134*
quinidine gluconate *135*
quinidine sulfate *135*
quinine sulfate *92*
Quinolones 40
QVAR REDIHALER 237

R

RABAVERT VACCINE 225
rabeprazole sodium *177*
RADICAVA ORS 150

RALDESY 57
raloxifene hcl *204*
ramelteon *247*
ramipril *134*
ranolazine er *143*
rasagiline mesylate *94*
RAYALDEE 229
RECLIPSEN 199
RECOMBIVAX HB 225
REDEMPLO 147
RELENZA 111
RELEUKO 129
RELISTOR 174
repaglinide *118*
REPATHA SURECLICK 148
REPATHA SYRINGE 148
Respiratory Tract Agents, Other 244
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS 236
RETACRIT 129
RETEVMO 85
Retinoids 90
REVCOVI 180
REVUFORJ 73
REXULTI 101
REYATAZ 109
REZDIFFRA 206
REZLIDHIA 85
REZUROCK 211
RHOPRESSA 235
ribavirin *110*
rifabutin *68*
rifampin *68*
rilpivirine *106*
rilpivirine hcl *106*
riluzole *150*
rimantadine hcl *111*
RINVOQ 214
RINVOQ LQ 214
risedronate sodium *229*
risedronate sodium 35 mg tab (dose pack of 12) *229*
risperidone *101,102*
risperidone er *102*
risperidone odt *102*
ritonavir *109*
rivaroxaban *127*
rivastigmine *51,52*
RIVELSA 199
RIVFLOZA 180,181
rizatriptan *66*
ROCKLATAN 235
roflumilast *241*
ROLVEDON 129
ROMVIMZA 85
ropinirole hcl *94*
rosuvastatin calcium *146*
ROSYRAH 199
ROTARIX 225
ROTATEQ 225
ROZLYTREK 85
RUBRACA 85
rufinamide *50*
RUKOBIA 107
RYDAPT 85

S

sacubitril-valsartan *143*
SAFYRAL 199
SAJAZIR 210
SANDIMMUNE 221
SANTYL 162
SAPHNELO 214
SAPHNELO PEN 214
sapropterin dihydrochloride . *181*
SCEMBLIX 86
scopolamine *60*
SECUADO 102
Selective Estrogen Receptor Modifying Agents 204
selegiline hcl *94*
selenium sulfide *161*
SEREVENT DISKUS 239
Serotonin (5-HT) Receptor Agonists 66
sertraline hcl *57*
SETLAKIN 199
sevelamer carbonate *172*
sevelamer hcl *172*
SHAROBEL 204
SHINGRIX VACCINE 225
SIGNIFOR 209
SIKLOS 181
sildenafil *243*
sildenafil citrate *243*
SILIQ 214
SILVADENE 162
silver sulfadiazine *163*
SIMPONI 221
simvastatin *146*
sirolimus *221*
SIRTURO 68
sitagliptin *118*
sitagliptin phos-metformin . . *118*
sitagliptin phos-metformin er *118*
sitagliptin phosphate *118*
sitagliptin-metformin *119*
sitagliptin-metformin er *119*
SIVEXTRO 32
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS 246
Skeletal Muscle Relaxants . 246
SKYCLARYS 154
SKYLA 200
SKYRIZI 214
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML ON-BODY 215
SKYRIZI ON-BODY 215

SKYRIZI PEN 215
SKYTROFA 187
SLEEP DISORDER AGENTS 247
Sleep Promoting Agents 247
SLYND 200
Smoking Cessation Agents 29
sod sulf-potass sulf-mag sulf *176*
Sodium Channel Agents 48
sodium chloride *166*
sodium chloride-water *167*
sodium fluoride 2.2 mg (fluoride ion 1 mg) oral tablet *167*
sodium oxybate *248*
sodium phenylbutyrate *181*
sodium polystyrene sulfonate *172*
sodium sulfacetamide *41*
sofosbuvir-velpatasvir *110*
SOGROYA 188
SOHONOS 229
solifenacin succinate *182*
SOLOSEC 32
SOLTAMOX 71
SOMAVERT 209
sorafenib *86*
sotalol *135*
SOTALOL AF 135
SOTYKTU 215
SPEVIGO 163,215
SPIRIVA RESPIMAT 238
spironolactone *148*
spironolactone-hctz *143*
SPRINTEC 200
SPS 173
SSD 163
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor) 54
STEQEYMA 215
STIMUFEND 130
STIOLTO RESPIMAT 245
STIVARGA 86
streptomycin sulfate *30*
STRIBILD 105
STRIVERDI RESPIMAT 239
SUBVENITE 44
SUBVENITE (BLUE) 44
SUBVENITE (GREEN) 44
SUBVENITE (ORANGE) 44
sucralfate *177*
sulfacetamide sodium *41,232*
sulfacetamide-prednisolone *231*
sulfadiazine *41*
sulfamethoxazole-trimethoprim *41*
SULFAMYLON 164
sulfasalazine *227*
sulfasalazine dr *227*
Sulfonamides 41
sulindac *24*
sumatriptan *66*
sumatriptan succinate *67*
sunitinib malate *86*
SUNLENCA 107,108
SUPPLIES 248
Supplies 248
SUTAB 174
SYEDA 200
SYMDEKO 240
SYMPAZAN 47
SYMTUZA 109
SYNAREL 209
SYNJARDY 119
SYNJARDY XR 119
SYNTHROID 206

T

TABLOID 71
TABRECTA 73
tacrolimus *161,222*
tacrolimus xl *222*
tadalafil *183*
tadalafil 20mg tablet (adcirca generic) *243*
TADLIQ 243
TAFINLAR 86
TAGRISSO 86
TAKHZYRO 210
TALICIA 176
TALTZ 80 MG/ML AUTOINJECTOR 215
TALTZ 80 MG/ML SYRINGE 215
TALTZ SYRINGE 215
TALZENNA 86,87
tamoxifen citrate *71*
tamsulosin hcl *183*
TARINA 24 FE 200
TARINA FE 200
TARINA FE 1-20 EQ 200
TARPEYO 211
TASCENSO ODT 155
tasimelteon *247*
TAVNEOS 211
tazarotene *158*
TAZICEF 35
telmisartan *133*
temazepam *247*
TENIVAC 226
tenofovir disoproxil fumarate *110*
TEPMETKO 73
terazosin hcl *132*
terbinafine hcl *63*
terconazole *64*

teriflunomide *156*
teriparatide *229*
testosterone *188*
testosterone cypionate *188*
testosterone enanthate *189*
tetrabenazine *154*
tetracycline hcl *42*
Tetracyclines 41
TEZSPIRE 246
THALOMID 70,71
theophylline *241*
theophylline 80 mg/15ml oral solution *241*
theophylline anhydrous *241*
theophylline er *242*
thioridazine hcl *96*
thiothixene *96*
THYQUIDITY 206
TIADYLT ER 139
tiagabine hcl *48*
TIBSOVO 87
ticagrelor *131*
TICOVAC 226
tigecycline *32*
TIGLUTIK 50 MG/10 ML SUSP 150
TILIA FE 200
timolol maleate *137,234*
tinidazole *33*
tiopronin *184*
tiotropium bromide *238*
TIROSINT-SOL 206
TIVICAY 105
TIVICAY PD 105
tizanidine hcl *104*
TOBI PODHALER 241
TOBRADEX 231
tobramycin *232,241*
tobramycin sulfate *30*
tobramycin-dexamethasone *231*
TOBREX 232
tofacitinib citrate *215*
tofacitinib citrate er *216*
tolcapone *93*
tolterodine tartrate *182*
tolterodine tartrate er *183*
tolvaptan *167*
Topical Anti-infectives 163
topiramate *45*
toremifene citrate *71*
TORPENZ 87
torsemide *145*
TPN ELECTROLYTES 171
TRADJENTA 119
tramadol hcl *27*
trandolapril *134*
tranexamic acid *130*
tranylcypromine sulfate *54*
TRAVASOL 171
travoprost *235*
trazodone hcl *57*
Treatment Adjuncts 90
Treatment-Resistant 103
TRELEGY ELLIPTA 246
TRELSTAR 209
TREMFYA 216
TREMFYA 100 MG/ML PEN 216
TREMFYA PEN 216
TREMFYA PEN INDUCTION (2 PEN) 216
tretinoin *90,158*
TRI-ESTARYLLA 200
TRI-LEGEST FE 200
TRI-LO-ESTARYLLA 200
TRI-LO-SPRINTEC 200
TRI-MILI 200
TRI-SPRINTEC 200
TRI-VYLIBRA 200
TRI-VYLIBRA LO 201
triamcinolone acetonide *156,161*
triamterene *145*
triamterene-hydrochlorothiazid *143*
triazolam *247*
Tricyclics 58
TRIDERM 161
trientine hcl *167*
trifluoperazine hcl *96*
trifluridine *232*
trihexyphenidyl hcl *92*
TRIKAFTA 241
trimethobenzamide hcl *60*
trimethoprim *33*
trimipramine maleate *59*
TRINTELLIX 57
TRIUMEQ 107
TRIUMEQ PD 107
TROPHAMINE 171
trospium chloride *183*
trospium chloride er *183*
TRULANCE 174
TRULICITY 119
TRUMENBA 226
TRUQAP 87
TRYNGOLZA 148
TUKYSA 87
TURALIO 87
TURQOZ 201
TWINRIX 226
TWIRLA 201
TYBLUME 201
TYDEMY 201
TYENNE 222
TYENNE AUTOINJECTOR 222
TYMLOS 230
TYPHIM VI 226
TYRVAYA 231

U

UBRELVY 66
UNITHROID 207

ursodiol *176*

V

VABOMERE 38
Vaccines 223
valacyclovir *112*
VALCHLOR 163
valganciclovir hcl *109*
valproic acid *45*
valsartan *133*
valsartan-hydrochlorothiazide *144*
VALTOCO 48
VALTYA 201
vancomycin hcl *33*
VANFLYTA 87
VANRAFIA 144
VAQTA 226
varenicline tartrate *29*
VARIVAX VACCINE 226
Vasodilators, Direct-acting Arterial 148
Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venous 149
VAXCHORA VACCINE 226
VELIVET 201
VELSIPITY 176
VEMLIDY 110
VENCLEXTA 87,88
VENCLEXTA 10 MG TABLET 87
VENCLEXTA STARTING PACK 88
venlafaxine besylate er *57*
venlafaxine hcl *57*
venlafaxine hcl er *57,58*
VENXXIVA 184
VEOZAH 154
verapamil er *140*
verapamil er pm *140*
verapamil hcl *140*
verapamil sr *140*
VERQUVO 144
VERSACLOZ 103
VERZENIO 88
VESTURA 201
VIBERZI 175
VIENVA 201
vigabatrin *48*
VIGADRONE 48
VIGAFYDE 48
vilazodone hcl *58*
VIMKUNYA 226
VIOKACE 181
VIORELE 201
VIRACEPT 109
VIREAD 110
VITALARA 171
VITRAKVI 88
VIVITROL 28
VIVOTIF 226
VONJO 88
VOQUEZNA DUAL PAK 176
VOQUEZNA TRIPLE PAK . . 176
VORANIGO 88
voriconazole *64*
voriconazole 200 mg vial *64*
VOSEVI 110
VOWST 176
VOYDEYA 211
VOYXACT 144
VRAYLAR 102
VUMERITY 156
VYFEMLA 201
VYKAT XR 121
VYLIBRA 201
VYNDAMAX 181
VYVGART HYTRULO 67
VYZULTA 235

W

WAINUA 181
Wakefulness Promoting Agents 248
warfarin sodium *127*
WEGOVY 119,144
WELIREG 181
WESNATAL DHA COMPLETE 171
WINREVAIR (2 PACK) 246
WINREVAIR 45 MG VIAL . . 246
WINREVAIR 60 MG VIAL . . 246
WIXELA INHUB 246
WYMZYA FE 202

X

XALKORI 88,89
XARAH FE 202
XARELTO 127
XATMEP 222
XCOPRI 50
XDEMVY 232
XELRIA FE 202
XERMELO 175
XIFAXAN 33
XIGDUO XR 120
XIIDRA 231
XOCOVA 112
XOFLUZA 111
XOLAIR 216
XOLREMDI 130
XOSPATA 89
XPOVIO 89
XROMI 181
XTANDI 70
XULANE 202

Y

YARGESA 181
YASMIN 28 202
YAZ 202
YESINTEK 216
YF-VAX 226

YONSA 70
YULITHIRA 222
YUVAFEM 191

Z

ZAFEMY 202
zafirlukast *238*
zaleplon *247*
ZARXIO 130
ZAVZPRET 66
ZEJULA 89
ZELBORAF 90
ZELSUVMI 164
ZENATANE 158
ZENBEXUS 72
ZENPEP 181
ZERBAXA 35
ZEVTERA 35
zidovudine *107*
ZIEXTENZO 130
ZILBRYSQ 216,217
ziprasidone hcl *102*
ziprasidone mesylate *102*
ZIRGAN 232
ZOLINZA 73
zolmitriptan *67*
zolmitriptan odt *67*
zolpidem tartrate *247*
zolpidem tartrate er *247*
ZOMACTON 188
ZONISADE 50
zonisamide *50*
ZORTRESS 222
ZORYVE 163
ZOVIA 1-35 202
ZTALMY 48
ZURNAI 29
ZURZUVAE 54
ZYKADIA 90
ZYMFENTRA 222
ZYMFENTRA PEN 222

خدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete

الطريقة	خدمة العملاء – معلومات الاتصال
بالهاتف	**1-877-412-2734** المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). توفر خدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete أيضاً خدمات مجانية للترجمة الفورية لغير الناطقين باللغة الإنجليزية.
TTY	**711** المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. يمكنك الاتصال بخدمة العملاء من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر).
بالفاكس	**1-714-246-8711**
خطياً	CalOptima Health OneCare Complete Attention: Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868
البريد الإلكتروني	OneCarecustomerservice@caloptima.org
الموقع الإلكتروني	**www.caloptima.org/OneCare**