

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 09/01/2026

للحصول على معلومات أحدث أو لطرح أسئلة أخرى، قم بالاتصال بنا 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر) أو قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

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 الأساسية 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 أريد 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 أريد 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

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

www.caloptima.org/OneCare

- 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

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، قم بزيارة

www.caloptima.org/OneCare



A. إخلاء المسؤولية

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

Medicare Advantage هي منظمة CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). قم بزيارتنا على www.caloptima.org/OneCare.

❖ يمكنك دائماً الاطلاع على قائمة الأدوية/المغطاة المُحدّثة 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 صباحاً إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). هذه المكالمات مجانية.

❖ يمكنك الحصول على هذه الوثيقة مجاناً بتنسيقات أخرى، مثل الخط الكبير، أو طريقة برايل، أو الصوتيات. قم بالاتصال: بالرقم 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). هذه الوثيقة متاحة مجاناً 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)

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

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare.



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)**। ਅਪਾਹਜ਼ ਲੋਕ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੋਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-877-412-2734 (TTY: 711)** ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

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



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.

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



ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:

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

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

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih
qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac
nor douc waac daaih lorx taux **1-877-412-2734** (TTY:
711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong
bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux
longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx caux
aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun
longc. Douc waac daaih lorx **1-877-412-2734** (TTY:
711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se
benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណុះ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ

របស់អ្នក សូម

ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-877-412-2734**

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

ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផ្សេងៗ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក

ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរព្រមព្រៀង 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 صباحاً إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8

مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، قم بزيارة

www.caloptima.org/OneCare



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

Українська (Ukrainian)

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

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



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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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. نطلق 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 أيضاً 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 طبياً والمدرجة في قائمة الأدوية إذا:

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، قم بزيارة

www.caloptima.org/OneCare



- يقول طبيبك أو أي واصل دواء آخر أنك بحاجة إليها لتحسن 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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 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 و Medi-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 و B6 أدناه مزيداً من المعلومات حول ما يحدث عند تغيير قائمة الأدوية.

- يمكنك دائماً 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.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، قم بزيارة

www.caloptima.org/OneCare

- يمكنك أيضاً الاتصال بخدمة العملاء: 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 إلى 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 فوراً. 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 إلى B12 لمزيد من المعلومات عن الاستثناءات.
- **قم بالتخلص من الأدوية غير الآمنة وغيرها من الأدوية التي سُحبت من السوق.** قد يتبين أحياناً أن دواء 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 واصل دواء آخر لإيجاد دواء آخر لحالتك. يرجى التواصل مع طبيبك أو أي واصل دواء آخر إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العثور على دواء آخر.
- يمكنك أيضاً 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 إلى 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 ستطراً على قائمة الأدوية. قد تحدث هذه التغييرات إذا:

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، قم بزيارة

www.caloptima.org/OneCare

• 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 جديداً 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 يوماً 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 واصل 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 إلى 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 واصل 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 واصل 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 حدوداً 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 واصل 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 أيضاً 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.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، قم بزيارة

www.caloptima.org/OneCare

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 إلى B12 لمزيد من المعلومات عن الاستثناءات.

B5. كيف يمكنني معرفة ما إذا كان الدواء الذي أريد 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 غيرنا 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 تتمكن فيها من إبلاغك مسبقاً بتغيير قواعدها المتعلقة بالأدوية المدرجة في قائمة الأدوية.

B7. كيف يمكنني العثور على دواء في قائمة الأدوية؟

هناك طريقتان للعثور على دواء:

- يمكنك البحث أبجدياً، أو
- يمكنك البحث حسب الحالة الطبية.

للبحث أبجدياً، ابحث عن الدواء الخاص بك في قسم فهرس الأدوية المغطاة. يمكنك العثور عليه بدءاً من الصفحة 1-1. يوفر الفهرس قائمة أبجدية 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، ستري 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". تُصنّف 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.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-

877-412-2734 (TTY 711)، من صباحاً إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8

مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، قم بزيارة

www.caloptima.org/OneCare



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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 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 واصلف 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 إلى 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 يوماً من عضويتك في CalOptima Health OneCare Complete. سيمنحك هذا وقتاً للتحدث إلى طبيبك أو أي واصلف 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 واصلف الدواء الخاص بك، أو
- يتطلب الدواء تصريحاً مسبقاً 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، وكنت 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 أيضاً 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 ترميضية 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:

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8

مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، قم بزيارة

www.caloptima.org/OneCare



- 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 بالإضافة 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 ترميزية 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 تدرج ضمن قائمة الأدوية المعتمدة لدينا، أو في حال كانت قدرتك على الحصول على أدويةك مقيدة، وذلك عند زيارتك لإحدى الصيدليات المدرجة ضمن شبكتنا. لن نتحمل تكلفة هذه الأدوية بعد تزويدك بالكمية المخصصة لأول 30 يوماً. 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 واصل 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 حدٌ 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.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8

مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، قم بزيارة

www.caloptima.org/OneCare



B11. كيف يمكنني طلب استثناء؟

لطلب استثناء، اتصل بخدمة العملاء. سيعمل ممثل خدمة العملاء معك ومع واصل 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 واصل 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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر).

إذا كنت تعتقد أنت أو واصل الدواء الخاص بك أن صحتك قد تتضرر في حال اضطراك لانتظار 72 ساعة للحصول على قرار، فيمكنك طلب استثناء عاجل. هذا قرار أسرع. إذا قام واصل 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 قِبل 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، اعتماداً 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. تُصنّف بعض الأدوية البيولوجية المشابهة على أنها قابلة للتبادل، وإعتماداً 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.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8

مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، قم بزيارة

www.caloptima.org/OneCare



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 قبل 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 أدويةك تكفي لمدة تصل إلى 100 يوماً، 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 يوماً.** قد توفر بعض صيدليات التجزئة أيضاً كمية تكفي لمدة تصل إلى 100 يوماً 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 طبياً، وأدوية الـ OTC، والمنتجات غير الدوائية إذا التزم العضو بقواعد الخطة. يُرجى الرجوع إلى السؤاليين B15 و B16 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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8

مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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 1-I. 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) وفييتامينات معينة، من قبل Medi-Cal Rx. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) لمزيد من المعلومات. يمكنك أيضاً 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.

D الاستثناءات بموجب الجزء D

- إن الاستثناء هو طريقة رسمية لتطلب منك 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 واصل 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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 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 تدرج ضمن فئة الجزء D لقواعد مختلفة فيما يتعلق بالاستئناف.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، قم بزيارة

www.caloptima.org/OneCare



C1. قائمة الأدوية حسب الحالة الطبية

تُصنّف 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 حدوداً 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) الأخرى 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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر).
NDS	Non-extended Day Supply تعني كمية تكفي لفترة غير ممتدة. هذا الدواء يُصرف بكمية تكفي لمدة تصل إلى 31 يوماً.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، قم بزيارة

www.caloptima.org/OneCare

يُدرج 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). تُوضّح 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.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711)، من صباحاً إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
Analgesics		
JOURNAVX 50 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 14 days), NDS
Analgesics Combinations		
<i>acetaminophen-codeine (#2 tablet, #3 tablet, #4 tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5</i>	\$0 (Tier 1)	QL (5000 per 30 days), NDS
<i>butalbital-acetaminophen- caffeine 50-325-40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen 10-325mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen 5- 325mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen 7.5-325mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
<i>hydrocodone-ibuprofen 7.5-200</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen (oxycodon-acetaminophen 7.5- 325, oxycodone-acetaminophen 5-325, oxycodone- acetaminophen 10-325, oxycodone-acetaminophn 7.5- 325)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs		
<i>celecoxib (100 mg capsule, 400 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>celecoxib (50 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>diclofenac 1.5% topical soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac 2% solution pump</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac epolamine 1.3% ptch</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac pot 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diclofenac sod er 100 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diclofenac sodium (dr 25 mg tab, dr 50 mg tab, dr 75 mg tab, ec 25 mg tab, ec 50 mg tab, ec 75 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ec-naproxen (dr 375 mg tablet, dr 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>etodolac (200 mg capsule, 300 mg capsule, 400 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
IBU (600 MG TABLET, 800 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
<i>ibuprofen (100 mg/5 ml susp, 400 mg tablet, 600 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>indomethacin (25 mg capsule, 50 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>meloxicam (7.5 mg tablet, 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nabumetone (500 mg tablet, 750 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>naproxen (125 mg/5 ml suspen, 250 mg tablet, 375 mg tablet, dr 375 mg tablet, 500 mg kit, 500 mg tablet, dr 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>piroxicam (10 mg capsule, 20 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulindac (150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Opioid Analgesics, Long-acting		
<i>fentanyl (12 patch, 25 patch, 50 patch, 75 patch, 100 patch)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (10 per 30 days), NDS

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>levorphanol 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO, NDS
<i>levorphanol 3 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>methadone hcl (5 mg/5 ml soln cup, 5 mg/5 ml solution, hcl 5 mg tablet, 10 mg/5 ml solution, hcl 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO, NDS
<i>morphine sulfate er (er 10 mg cap, er 20 mg cap, er 30 mg cap, er 45 mg cap, er 50 mg cap, er 60 mg cap, er 75 mg cap, er 80 mg cap, er 90 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>morphine sulfate er (er 100 mg cap, er 120 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>morphine sulfate er (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO, NDS
<i>morphine sulfate er (er 15 mg tablet, er 30 mg tablet, er 60 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), NDS
<i>oxymorphone hcl er (er 5 mg tablet, er 10 mg tab, er 15 mg tab, er 20 mg tab, er 30 mg tab, er 40 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), NDS

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>oxymorphone hcl er 7.5 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
Opioid Analgesics, Short-acting		
<i>codeine sulfate (15 mg tablet, 30 mg tablet, 60 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
<i>hydromorphone hcl (1 mg/ml solution, 2 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg/5 ml soln, 8 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>meperidine hcl (25 mg/ml vial, 50 mg/5 ml solution, 50 mg/ml vial, 100 mg/ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>morphine sulfate (sulf 10 mg/5 ml cup, sulf 10 mg/5 ml soln, sulf 20 mg/5 ml soln, sulf 100 mg/5 ml conc, sulfate ir 15 mg tab, sulfate ir 30 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>oxycodone hcl ((ir) 5 mg cap, (ir) 5 mg tablet, 5 mg tablet, 5 mg/5 ml cup, 5 mg/5 ml soln, (ir) 10 mg tab, (ir) 15 mg tab, 15 mg tablet, (ir) 20 mg tab, 20 mg tablet, (ir) 30 mg tab, 30 mg tablet, 100 mg/5 ml conc)</i>	\$0 (Tier 1)	NDS

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>oxymorphone hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>tramadol hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>tramadol hcl 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days), NDS
اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Anesthetics		
Local Anesthetics		
<i>lidocaine 5% patch</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine hcl 4% solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lidocaine hcl viscous (2% 15 ml cup, 2% soln)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lidocaine-prilocaine cream</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>acamprosate calc dr 333 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>disulfiram (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>naltrexone 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Opioid Dependence		
<i>buprenorphine 2 mg tablet sl</i>	\$0 (Tier 1)	QL (360 per 30 days)
<i>buprenorphine 8 mg tablet sl</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>buprenorphine-nalox 12-3mg flm</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone (buprenorphin-naloxon 8-2 mg sl, buprenorphine-nalox 2-0.5mg fm, buprenorphine-nalox 2-0.5mg tb, buprenorphine-nalox 4-1mg film, buprenorphine-nalox 8-2 mg tab, buprenorphine-nalox 8-2mg film, buprenorphin-naloxn 2-0.5 mg sl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lofexidine 0.18 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
VIVITROL (380 MG VIAL, 380 MG VIAL-DILUENT)	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 30 days)

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)
<i>naloxone hcl (0.4 mg/ml carpupject, 0.4 mg/ml syringe, 0.4 mg/ml vial, 2 mg/2 ml syringe, 4 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
OPVEE 2.7 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 30 days)
ZURNAI 1.5 MG/0.5 ML AUTOINJECT	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 30 days)
Smoking Cessation Agents		
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>varenicline starting month box</i>	\$0 (Tier 1)	QL (53 per 28 days)
<i>varenicline tartrate (apo-varenicline 0.5 mg tablet, apo-varenicline 1 mg tablet, varenicline 0.5 mg tablet, varenicline 1 mg cont month bx, varenicline 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>amikacin sulf 500 mg/2 ml vial</i>	\$0 (Tier 1)	
ARIKAYCE 590 MG/8.4 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA, QL (252 per 30 days), NDS
<i>gentamicin sulfate (80 mg/2 ml vial, 800 mg/20 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gentamicin sulfate in ns (60 mg/ns 50 ml pb, iso 100 mg/100 ml, isoton 60 mg/50 ml, 80 mg/ns 100 ml pb, 80 mg/ns 50 ml pb, isoton 80 mg/100 ml, isoton 80 mg/50 ml, 100 mg/ns 100 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>streptomycin sulf 1 gm vial</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tobramycin sulfate (1.2 gm vial, 1.2 gram/30 ml vial, 10 mg/ml vial, 20 mg/2 ml vial, 40 mg/ml vial, 80 mg/2 ml vial, 1,200 mg/30 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
Antibacterials, Other		
<i>aztreonam 1 gm vial</i>	\$0 (Tier 1)	

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>aztreonam 2 gm vial</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
BLUJEPA 750 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA
<i>clindamycin (pedi) 75 mg/5 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin hcl (75 mg capsule, 150 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin pediater 75 mg/5 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin phosphate (2% vaginal cream, ph 9 g/60 ml vial, ph 300 mg/2 ml vl, ph 600 mg/4 ml vl, ph 900 mg/6 ml vl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin phosphate-d5w (300 mg/50 ml-d5w, 600 mg/50 ml- d5w, 900 mg/50 ml-d5w)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>colistimethate 150 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dalbavancin hcl 500 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>daptomycin (350 mg vial, 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>fosfomycin 3 gm sachet</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>linezolid (100 mg/5 ml susp, 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>linezolid 600 mg/300 ml-d5w</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>methenamine hipp 1 gm tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>metronidazole (0.75% cream, 0.75% lotion, top 1% gel pump, topical 0.75% gl, topical 1% gel, vaginal 0.75% gl, 250 mg tablet, 500 mg tablet, 500 mg/100 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nitrofurantoin (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nitrofurantoin 25 mg/5 ml susp</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>nitrofurantoin mono-mcr 100 mg</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>polymyxin b sulfate vial</i>	\$0 (Tier 1)	
SIVEXTRO (200 MG TABLET, 200 MG VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (6 per 30 days), NDS
SOLOSEC 2 GM GRANULE PACKET	\$0 (Tier 1)	PA
<i>tigecycline 50 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>tinidazole (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>trimethoprim 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>vancomycin hcl (1 gm add-van vial, 1 gm vial, hcl 5 gm vial, hcl 10 gm vial, hcl 100 gm smartpak, 500 mg a-v vial, 500 mg add-van vial, 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>vancomycin hcl 125 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (160 per 30 days)
XIFAXAN 200 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
XIFAXAN 550 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA
Beta-lactam, Cephalosporins		
AVYCAZ 2.5 GRAM VIAL	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>cefaclor (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefadroxil (1 gm tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg/5 ml susp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefazolin sodium (1 gm add-van vial, 1 gm vial, 10 gm vial, 20 gm bulk vial, sod 100 gm bulk bag, sod 300 gm bulk bag, 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>cefdinir (125 mg/5 ml susp, 250 mg/5 ml susp, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefepime hcl (1 gm vial, 2 gram vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefixime (100 mg/5 ml susp, 400 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefixime 200 mg/5 ml susp</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>cefotetan (1 gm vial, 2 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefoxitin (1 gm vial, 2 gm vial, 10 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefpodoxime proxetil (50 mg/5 ml susp, 100 mg tablet, 100 mg/5 ml susp, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefprozil (125 mg/5 ml susp, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ceftaroline fosamil (400 mg vl, 600 mg vl)</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>ceftazidime (1 gm vial, 2 gm vial, 6 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>ceftriaxone (1 gm add-vant vial, 1 gm vial, 2 gm add vial, 2 gm vial, 10 gm vial, 100 gram bulk bag, 250 mg vial, 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefuroxime (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefuroxime sodium (1.5 gm vial, 750 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cephalexin (125 mg/5 ml susp, 250 mg capsule, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
TAZICEF (1 GM ADD-VANTAGE VIAL, 1 GRAM VIAL, 6 GRAM VIAL)	\$0 (Tier 1)	
ZERBAXA 1.5 GRAM VIAL	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
ZEVERTA 667 MG VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
Beta-lactam, Penicillins		
<i>amoxicillin (125 mg tab chew, 125 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 250 mg capsule, 250 mg tab chew, 250 mg/5 ml susp, 400 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg tablet, 875 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>amoxicillin-clavulanate potass (200-28.5 mg/5 ml sus, 250-125 mg tablet, 250-62.5 mg/5 ml sus, 400-57 mg/5 ml susp, 500-125 mg tablet, 600-42.9 mg/5 ml sus, 875-125 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ampicillin 500 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ampicillin sodium (1 gm add- vantage vl, 1 gm vial, 2 gm add- vantage vl, 2 gm vial, 10 gm bottle, 10 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ampicillin-sulbactam (ampicillin- sulb 1.5 g add vial, ampicillin- sulb 3 gm add vial, ampicillin- sulbactam 1.5 gm vl, ampicillin- sulbactam 3 gm vial, ampicillin- sulbactam 15 gm btl, ampicillin- sulbactam 15 gm vl)</i>	\$0 (Tier 1)	
BICILLIN C-R (1.2 MILLION UNIT, 900-300 SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	
BICILLIN L-A (600,000 UNIT/ML, 1,200,000 UNITS)	\$0 (Tier 1)	

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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
<i>dicloxacillin sodium (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nafcillin sodium (1 gm add-van vial, 1 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nafcillin sodium (2 gm add-vant vial, 2 gm vial, 10 gm bottle, 10 gm bulk vial)</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>oxacillin 10 gm vial</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>oxacillin 2 gm/ 50 ml inj</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>oxacillin sodium (1 gm add-vantage vl, 1 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>penicillin g na 5 million unit</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>penicillin g potassium (5 million, 20 million)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>penicillin gk-iso-osm dextrose (pen g 2 million unit/50 ml, pen g 3 million unit/50 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>penicillin v potassium (125 mg/5 ml soln, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml soln, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>piperacillin-tazobactam</i> (<i>piperacil-tazo 2.25 gm add vl,</i> <i>piperacil-tazo 3.375 gm add vl,</i> <i>piperacil-tazo 4.5 gm add vial,</i> <i>piperacil-tazobact 2.25 gm vl,</i> <i>piperacil-tazobact 3.375 gm vl,</i> <i>piperacil-tazobact 4.5 gm vial,</i> <i>piperacil-tazobact 13.5 gm vl,</i> <i>piperacil-tazobact 40.5 gram,</i> <i>piperacillin-tazo 2.25 g dplx,</i> <i>piperacillin-tazo 3.375 g dplx,</i> <i>piperacillin-tazo 4.5 g duplex</i>)	\$0 (Tier 1)	
Carbapenems		
<i>ertapenem 1 gram vial</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>imipenem-cilastatin 250 mg vl</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>imipenem-cilastatin 500 mg vl</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>meropenem (iv 1 gm vial, iv 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
ORLYNVAH 500-500 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (10 per 5 days)
VABOMERE 2 GRAM VIAL	\$0 (Tier 1)	PA

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>azithromycin (100 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 250 mg tablet, 500 mg add-van vl, 500 mg tablet, i.v. 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>azithromycin 250 mg tablet (dose pack)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>azithromycin 500 mg tablet (dose pack)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>azithromycin 600 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>clarithromycin (125 mg/5 ml sus, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml sus, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 1)	QL (136 per 10 days)
ERYTHROCIN LACTOBIONATE (500 MG ADDVAN VIAL, LACT 500 MG VIAL)	\$0 (Tier 1)	
<i>erythromycin (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>erythromycin ethylsuccinate (200 mg/5 ml susp, 400 mg/5 ml susp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>fidaxomicin 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (20 per 10 days), NDS
Quinolones		
BAXDELA 300 MG VIAL	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 14 days)
BAXDELA 450 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 14 days), NDS
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml-d5w</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ciprofloxacin hcl (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ciprofloxacin hcl 250 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>levofloxacin (25 mg/ml solution, 250 mg tablet, 250 mg/10 ml soln, 500 mg tablet, 500 mg/20 ml soln, 750 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levofloxacin-d5w (500 mg/100 ml-d5w, 750 mg/150 ml-d5w)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag</i>	\$0 (Tier 1)	

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ofloxacin 400 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Sulfonamides		
<i>sodium sulfacetamide 10% lot</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulfacetamide sodium (sod 10% top susp, sodium 10% lotn)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulfadiazine 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (20 ml cup, ds tablet, ss tablet, susp)</i>	\$0 (Tier 1)	
Tetracyclines		
<i>demeclocycline hcl (150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
DOXY 100 MG VIAL	\$0 (Tier 1)	
<i>doxycycline hyclate (hyc 100 mg vial, hyclate 100 mg cap, hyclate 100 mg tab, hyclate 100 mg vl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>doxycycline monohydrate (25 mg/5 ml susp, mono 50 mg tablet, mono 75 mg tablet, mono 100 mg cap, mono 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>minocycline hcl (50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tetracycline hcl (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Anticonvulsants		
Anticonvulsants, Other		
<i>brivaracetam (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>brivaracetam 10 mg/ml oral sol</i>	\$0 (Tier 1)	QL (600 per 30 days), PA NSO
DIACOMIT (250 MG CAPSULE, 250 MG POWDER PACKET, 500 MG CAPSULE, 500 MG POWDER PACKET)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>divalproex sodium (dr 125 mg cap sprnk, sod dr 125 mg tab, sod dr 250 mg tab, sod dr 500 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>divalproex sodium er (er 250 mg tab, er 500 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>felbamate (400 mg tablet, 600 mg tablet, 600 mg/5 ml susp, 600 mg/5 ml susp cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	QL (360 per 30 days), PA NSO
<i>lamotrigine (5 mg disper tablet, 25 mg disper tab, 25 mg tablet, 25 mg tb start kit, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamotrigine tab start kit-blue</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamotrigine tab start kt-green</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamotrigine tab start kt-orang</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levetiracetam (100 mg/ml soln, 250 mg tab susp, 250 mg tablet, 500 mg tab susp, 500 mg tablet, 500 mg/5 ml cup, 500 mg/5 ml soln, 750 mg tablet, 1,000 mg tablet, 1,000mg/10ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>levetiracetam er 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>levetiracetam er 750 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>perampanel (8 mg tablet, 10 mg tablet, 12 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>perampanel 0.5 mg/ml oral susp</i>	\$0 (Tier 1)	QL (680 per 28 days)
<i>perampanel 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>perampanel 4 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>perampanel 6 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
SUBVENITE (25 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 1)	PA NSO
SUBVENITE TAB START KIT (BLUE)	\$0 (Tier 1)	
SUBVENITE TAB START KIT(GREEN)	\$0 (Tier 1)	
SUBVENITE TAB START KT(ORANGE)	\$0 (Tier 1)	

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>topiramate (15 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>topiramate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>topiramate 25 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>valproic acid (250 mg capsule, 250 mg/5 ml cup, 250 mg/5 ml soln, 500 mg/10 ml cup, 500 mg/10 ml sol)</i>	\$0 (Tier 1)	
Calcium Channel Modifying Agents		
<i>ethosuximide (250 mg capsule, 250 mg/5 ml cup, 250 mg/5 ml soln)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>methsuximide 300 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
Gamma-Aminobutyric Acid (GABA) Modulating Agents		
<i>clobazam (2.5 mg/ml suspension, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>clonazepam (0.25 mg odt, 2 mg odt)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>clonazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam 0.125 mg odt</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clonazepam 0.5 mg odt</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clonazepam 1 mg odt</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clonazepam 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam dipotassium (3.75 mg tablet, 7.5 mg tablet, 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam (2.5 mg rectal gel, 2.5 mg rectal gel sys, 2.5mg rectal gel(2pk), 10 mg rectal gel, 10 mg rectal gel syrg, 10 mg rectal gel syst, 10mg rectal gel (2pk), 20 mg rectal gel, 20 mg rectal gel syrg, 20 mg rectal gel syst, 20mg rectal gel (2pk))</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gabapentin (100 mg capsule, 300 mg capsule, 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin (250 mg/5 ml soln, 250 mg/5ml soln cup, 300 mg/6 ml soln, 300 mg/6ml soln cup)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (2400 per 30 days)

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>gabapentin 400 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
<i>gabapentin 800 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
NAYZILAM 5 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 1)	QL (10 per 28 days), PA NSO
<i>phenobarbital (15 mg tablet, 16.2 mg tablet, 20 mg/5 ml cup, 20 mg/5 ml elix, 20 mg/5 ml soln, 30 mg tablet, 30 mg/7.5 ml cup, 32.4 mg tablet, 60 mg tablet, 60 mg/15 ml cup, 64.8 mg tablet, 97.2 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pregabalin (150 mg capsule, 200 mg capsule, 225 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin (25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (960 per 30 days)
<i>primidone (50 mg tablet, 125 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
SYMPAZAN (5 MG FILM, 10 MG FILM, 20 MG FILM)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>tiagabine hcl (2 mg tablet, 4 mg tablet, 12 mg tablet, 16 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
VALTOCO (5 MG NASAL SPRAY, 10 MG NASAL SPRAY, 15 MG NASAL SPRAY, 20 MG NASAL SPRAY)	\$0 (Tier 1)	QL (10 per 28 days), PA NSO
<i>vigabatrin 500 mg powder packt</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>vigabatrin 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
VIGADRONE 500 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
VIGAFYDE 100 MG/ML ORAL SOLN	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 1)	QL (1100 per 30 days), PA NSO
Sodium Channel Agents		
<i>carbamazepine (100 mg tab chew, 100 mg/5 ml cup, 100 mg/5 ml susp, 200 mg tab chew, 200 mg tablet, 200 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>carbamazepine er (er 100 mg cap, er 100 mg tablet, er 200 mg cap, er 200 mg tablet, er 300 mg cap, er 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
DILANTIN (30 MG CAPSULE, 50 MG INFATAB, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	
DILANTIN 125 MG/5 ML SUSP	\$0 (Tier 1)	
<i>eslicarbazepine acetate (200 mg tablet, 400 mg tablet, 600 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>lacosamide (10 mg/ml solution, 50 mg/5 ml cup, 100 mg/10 ml cup, 150 mg/15 ml cup, 200 mg/20 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lacosamide (50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>oxcarbazepine (150 mg tablet, 300 mg tablet, 300 mg/5 ml cup, 300 mg/5 ml susp, 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)	
<i>phenytoin (50 mg infatab chew, 50 mg tablet chew, 100 mg/4 ml susp cup, 125 mg/5 ml susp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>phenytoin sod ext 100 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>rufinamide (40 mg/ml suspension, 200 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
XCOPRI (12.5-25 MG PK, 50-100 MG PAK, 150-200 MG PK)	\$0 (Tier 1)	QL (28 per 28 days), PA NSO
XCOPRI (150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
XCOPRI (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
XCOPRI (250 MG DAILY PACK, 350 MG DAILY PACK)	\$0 (Tier 1)	QL (56 per 28 days), PA NSO
ZONISADE 100 MG/5 ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 1)	QL (900 per 30 days), PA NSO
<i>zonisamide (25 mg capsule, 50 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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
<i>memantine hcl-donepezil hcl er (er 14-10mg, er 21-10mg, er 28-10mg)</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (30 per 30 days)
Cholinesterase Inhibitors		
<i>donepezil hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 23 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil hcl odt (odt 5 mg tablet, odt 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine 4 mg/ml oral soln</i>	\$0 (Tier 1)	QL (200 per 30 days)
<i>galantamine er (er 8 mg capsule, er 16 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine er 24 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>galantamine hbr (4 mg tablet, 8 mg tablet, 12 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine (1.5 mg capsule, 3 mg capsule, 4.5 mg capsule, 6 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>rivastigmine (4.6 mg/24hr patch, 9.5 mg/24hr patch, 13.3 mg/24hr ptch)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
N-methyl-D-aspartate (NMDA) Receptor Antagonist		
<i>memantine hcl (2 mg/ml solution, 10 mg/5 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (480 per 30 days)
<i>memantine hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>memantine hcl er (er 14 mg capsule, er 21 mg capsule, er 28 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>memantine hcl er 7 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
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
<i>bupropion hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>bupropion hcl 75 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl sr (sr 100 mg tablet, sr 150 mg tablet, sr 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>bupropion xl (150 mg tablet, 300 mg tablet, 450 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
EXXUA (ER 18.2 MG TABLET, ER 36.3 MG TABLET, ER 54.5 MG TABLET, ER 72.6 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
EXXUA ER 18.2 MG TAB (TITRATN)	\$0 (Tier 1)	QL (32 per 14 days), PA NSO
<i>mirtazapine (7.5 mg tablet, 15 mg odt, 15 mg tablet, 30 mg odt, 30 mg tablet, 45 mg odt, 45 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine-fluoxetine hcl (3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg, 12-25 mg, 12-50 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>perphenazine-amitriptyline (2 mg-10 mg tab, 2 mg-25 mg tab, 4 mg-10 mg tab, 4 mg-25 mg tab, 4 mg-50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)	
<i>phenelzine sulfate 15 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tranylcypromine sulf 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)		
<i>citalopram hbr (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>citalopram hbr (10 mg/5 ml soln, 20 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (600 per 30 days)
<i>desvenlafaxine er (er 50 mg tab, er 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>desvenlafaxine er 100 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>desvenlafaxine succinate er (er 25 mg, er 50 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>desvenlafaxine succnt er 100mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE (DR 20 MG CAP, DR 30 MG CAP, DR 40 MG CAP, DR 60 MG CAP)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>duloxetine hcl (dr 20 mg cap, dr 30 mg cap, dr 60 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate (oxalate 5 mg/5 ml, 10 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
FETZIMA (ER 20 MG CAPSULE, ER 40 MG CAPSULE, ER 80 MG CAPSULE, ER 120 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	\$0 (Tier 1)	QL (28 per 28 days), PA NSO

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>fluoxetine hcl (10 mg capsule, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl (20 mg capsule, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl (20 mg/5 ml soln cup, 20 mg/5 ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (600 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl 40 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>nefazodone hcl (150 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nefazodone hcl (50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>paroxetine hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>paroxetine hcl 10 mg/5 ml susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>paroxetine hcl 30 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>pmdd fluoxetine 10mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pmdd fluoxetine 20mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>sertraline 20 mg/ml oral conc</i>	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
<i>sertraline hcl (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>sertraline hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>trazodone hcl (50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
TRINTELLIX (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>venlafaxine bes er 112.5 mg tb</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>venlafaxine hcl (25 mg tablet, 37.5 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap, er 75 mg cap, er 150 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>venlafaxine hcl er (er 37.5 mg tab, er 75 mg tab, er 225 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er 150 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (60 per 30 days)
<i>vilazodone hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
Tricyclics		
<i>amitriptyline hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>amoxapine (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clomipramine hcl (25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>desipramine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>doxepin hcl (10 mg capsule, 10 mg/ml oral conc, 25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule, 150 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>imipramine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>nortriptyline hcl (10 mg/5 ml soln, hcl 10 mg cap, 20 mg/10 ml soln, hcl 25 mg cap, hcl 50 mg cap, hcl 75 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>protriptyline hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>trimipramine maleate (25 mg cap, 50 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>trimipramine maleate 100 mg cp</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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)
<i>meclizine hcl (12.5 mg tablet, 25 mg tablet, 25 mg tablet chew, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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
Antiemetics		
<i>metoclopramide hcl (5 mg tablet, 5 mg/5 ml soln, 10 mg tablet, 10 mg/10 ml cup, 10 mg/10 ml sol)</i>	\$0 (Tier 1)	
NEREUS 85 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (8 per 30 days)
<i>prochlorperazine 25 mg supp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prochlorperazine maleate (5 mg tablet, 10 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>promethazine hcl (12.5 mg suppos, 25 mg suppository)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>promethazine hcl (6.25 mg/5 ml cup, 6.25 mg/5 ml soln, 6.25 mg/5 ml syrp, 12.5 mg tablet, 12.5 mg/10 ml cup, 25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
PROMETHEGAN (25 MG, 50 MG)	\$0 (Tier 1)	
<i>scopolamine 1 mg/3 day patch</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (10 per 30 days)
<i>trimethobenzamide 300 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	
Emetogenic Therapy Adjuncts		
<i>aprepitant (80 mg capsule, 125 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (12 per 30 days)

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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
Antiemetics		
<i>aprepitant 125-80-80 mg pack</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>aprepitant 40 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (10 per 30 days)
<i>dronabinol (2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>granisetron hcl 1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>ondansetron hcl (4 mg tablet, 8 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>ondansetron hcl (4 mg/5 ml soln cup, 4 mg/5 ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ondansetron odt (odt 4 mg tablet, odt 8 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>clotrimazole (1% solution, 1% solution spray, 1% topical cream, 10 mg lozenge, 10 mg troche)</i>	\$0 (Tier 1)	
CRESEMBA 186 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
CRESEMBA 74.5 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA
ERAXIS (50 MG VIAL, 100 MG VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>fluconazole (10 mg/ml susp, 40 mg/ml susp, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluconazole-nacl (200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluconazole-ns 200 mg/100 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>flucytosine 250 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>flucytosine 500 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>griseofulvin (125 mg/5 ml susp, micro 500 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>itraconazole (10 mg/ml solution, 100 mg capsule, 100 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ketoconazole (2% cream, 2% shampoo, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>miconazole (50 mg vial, 100 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>miconazole 3 200 mg vag supp</i>	\$0 (Tier 1)	
NYAMYC 100,000 UNIT/GM POWDER	\$0 (Tier 1)	
<i>nystatin (100,000 unit/gm cream, 100,000 unit/gm oint, 100,000 unit/gm powd, 100,000 unit/ml susp, 500,000 unit oral tab, 500,000 unit/5 ml cup, 500,000 unit/5 ml sus)</i>	\$0 (Tier 1)	
NYSTOP 100,000 UNIT/GM POWDER	\$0 (Tier 1)	
<i>posaconazole (dr 100 mg tablet, 200 mg/5 ml susp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>terbinafine hcl 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>terconazole (0.4% cream, 0.8% cream, 80 mg suppository)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>voriconazole (50 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>voriconazole 200 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>voriconazole 40 mg/ml susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antigout Agents		
Antigout Agents		
<i>allopurinol (100 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>colchicine (0.6 mg capsule, 0.6 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>febuxostat (40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (30 per 30 days)
GLOPERBA 0.6 MG/5 ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA, QL (300 per 30 days)

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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
Antigout Agents		
<i>probenecid 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>probenecid-colchicine tablet</i>	\$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)

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
EMGALITY 120 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
EMGALITY 300 MG (100 MG X 3 SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (3 per 28 days), NDS
NURTEC ODT 75 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (18 per 30 days), NDS
UBRELVY (50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (16 per 30 days), NDS
ZAVZPRET 10 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 1)	PA, QL (8 per 30 days), NDS
Ergot Alkaloids		
<i>dihydroergotamine 4 mg/ml spry</i>	\$0 (Tier 1)	PA
MIGERGOT (, 2-100 MG)	\$0 (Tier 1)	QL (24 per 30 days), NDS
Serotonin (5-HT) Receptor Agonists		
<i>naratriptan 1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>naratriptan 2.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan (5 mg odt, 5 mg tablet, 10 mg odt, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (18 per 28 days)
<i>sumatriptan (5 mg nasal spray, 20 mg nasal spray)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>sumatriptan succinate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate (6 mg/0.5 ml vial, 6 mg/0.5ml autoinj)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
<i>zolmitriptan (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (6 per 30 days)
<i>zolmitriptan odt (2.5 mg odt, 5 mg odt)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (6 per 30 days)
اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antimyasthenic Agents		
Parasympathomimetics		
<i>pyridostigmine bromide (br 30 mg tablet, 60 mg/5 ml cup, 60 mg/5 ml soln, br 60 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pyridostigmine er 180 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
VYVGART HYTRULO 1,000MG-10,000	\$0 (Tier 1)	PA, QL (20 per 28 days)

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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
Antimycobacterials		
Antimycobacterials, Other		
<i>dapsone (25 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>rifabutin 150 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
Antituberculars		
<i>ethambutol hcl (100 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>isoniazid (50 mg/5 ml solution, 100 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pretomanid 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
PRIFTIN 150 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>pyrazinamide 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>rifampin (150 mg capsule, 300 mg capsule, iv 600 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
SIRTURO 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
SIRTURO 20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>cyclophosphamide (25 mg capsule, 50 mg capsule, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
LEUKERAN 2 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>lomustine (10 mg capsule, 40 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
MATULANE 50 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	
Antiandrogens		
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ABIRTEGA 250 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>bicalutamide 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ERLEADA 240 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ERLEADA 60 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
EULEXIN 125 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO
<i>nilutamide 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
NUBEQA 300 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
XTANDI (40 MG CAPSULE, 40 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
XTANDI 80 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
YONSA 125 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
Antiangiogenic Agents		
<i>lenalidomide (2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule, 15 mg capsule, 20 mg capsule, 25 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	LA, PA NSO
POMALYST (1 MG CAPSULE, 2 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
THALOMID 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA NSO

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
THALOMID 50 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA NSO, NDS
Antiestrogens/Modifiers		
INLURIYO 200 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (56 per 28 days), PA NSO
ORSERDU 345 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ORSERDU 86 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
SOLTAMOX (10 MG/5 ML SOLN, 20 MG/10 ML SOLN)	\$0 (Tier 1)	
<i>tamoxifen citrate (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
Antimetabolites		
<i>mercaptopurine (20 mg/ml suspen, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
ONUREG (200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
TABLOID 40 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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
<i>hydroxyurea 500 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
INQOVI 35 MG-100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (5 per 28 days), PA NSO
IWILFIN 192 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days), PA NSO
KOMZIFTI 200 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>anastrozole 1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>exemestane 25 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>letrozole 2.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Molecular Target Inhibitors		
AKEEGA (50-500 MG TABLET, 100-500 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ALECENSA 150 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days), PA NSO
ALUNBRIG (90 MG TABLET, 90 MG-180 MG TAB PACK, 180 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ALUNBRIG 30 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO
AYVAKIT (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
BALVERSA 3 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
BALVERSA 4 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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
<i>bosutinib 400 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO
BRUKINSA 160 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA NSO
CABOMETYX (20 MG TABLET, 40 MG TABLET, 60 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
CALQUENCE 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
CAPRELSA 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
CAPRELSA 300 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
COMETRIQ (60 MG PACK, 100 MG PK, 140 MG PK)	\$0 (Tier 1)	PA NSO

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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
<i>dasatinib (50 mg tablet, 80 mg tablet, 100 mg tablet, 140 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>dasatinib 20 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
<i>dasatinib 70 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
DAURISMO 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
DAURISMO 25 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ENSACOVE (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA NSO

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>erlotinib hcl (25 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>everolimus (2 mg tab for susp, 2.5 mg tablet, 3 mg tab for susp, 5 mg tab for susp, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
FOTIVDA (0.89 MG CAPSULE, 1.34 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (21 per 21 days), PA NSO
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (84 per 28 days), PA NSO
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (21 per 28 days), PA NSO
GAVRETO 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>gefitinib 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
GILOTRIF (20 MG TABLET, 30 MG TABLET, 40 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
GOMEKLI 1 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (126 per 28 days), PA NSO

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
GOMEKLI 1 MG TABLET FOR SUSP	\$0 (Tier 1)	QL (168 per 28 days), PA NSO
GOMEKLI 2 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (84 per 28 days), PA NSO
HERNEXEOS 60 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
HYRNUO 10 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
IBRANCE (75 MG TABLET, 100 MG TABLET, 125 MG CAPSULE, 125 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (21 per 28 days), PA NSO
IBTROZI 200 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
ICLUSIG (10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 30 MG TABLET, 45 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
IDHIFA (50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>imatinib mesylate (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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
<i>lapatinib 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LAZCLUZE 240 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
LAZCLUZE 80 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LENVIMA (12 MG DAILY, 18 MG DAILY, 24 MG DAILY)	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LENVIMA (4 MG CAPSULE, 8 MG DAILY DOSE, 10 MG DAILY DOSE, 20 MG DAILY DOSE)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LORBRENA 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
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 كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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
<i>nilotinib d-tartrate (50 mg cap, 150 mg cp, 200 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>nilotinib hcl (50 mg capsule, 150 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
NINLARO (2.3 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (3 per 28 days), PA NSO
ODOMZO 200 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
OJEMDA (100 MG TAB (500MG DOSE), 100 MG TAB (600MG DOSE))	\$0 (Tier 1)	QL (24 per 28 days), PA NSO
OJEMDA 100 MG TAB (400MG DOSE)	\$0 (Tier 1)	QL (16 per 28 days), PA NSO
OJEMDA 25 MG/ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 1)	QL (96 per 28 days), PA NSO

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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
<i>pazopanib hcl 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
PEMAZYRE (4.5 MG TABLET, 9 MG TABLET, 13.5 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (14 per 21 days), PA NSO
PHYRAGO (50 MG TABLET, 80 MG TABLET, 100 MG TABLET, 140 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
PHYRAGO 20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
PHYRAGO 70 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
PIQRAY (250 MG DAILY PACK, 300 MG DAILY PACK)	\$0 (Tier 1)	QL (56 per 28 days), PA NSO
PIQRAY 200 MG DAILY DOSE PACK	\$0 (Tier 1)	QL (28 per 28 days), PA NSO
QINLOCK 50 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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
<i>sorafenib 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
STIVARGA 40 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (84 per 28 days), PA NSO
<i>sunitinib malate (12.5 mg cap, 25 mg capsule, 37.5 mg cap, 50 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
TAFINLAR (10 MG TABLET FOR SUSP, 50 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
TAGRISSE (40 MG TABLET, 80 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
TALZENNA (0.1 MG CAPSULE, 0.1 MG SOFTGEL, 0.35 MG CAPSULE, 0.35 MG SOFTGEL, 0.5 MG CAPSULE, 0.5 MG SOFTGEL, 0.75 MG CAPSULE, 0.75 MG SOFTGEL, 1 MG CAPSULE, 1 MG SOFTGEL)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>bexarotene 1% gel</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO, NDS
<i>bexarotene 75 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
PANRETIN 0.1% GEL	\$0 (Tier 1)	
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
Treatment Adjuncts		
HEMADY 20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>leucovorin calcium (calcium 5 mg tab, calcium 10 mg tab, calcium 15 mg tab, calcium 25 mg tab, lederle 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mesna 400 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
Anthelmintics		
<i>albendazole 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>ivermectin 3 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>praziquantel 600 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Antiprotozoals		
<i>atovaquone (750 mg/5 ml susp, 750 mg/5ml susp cup, 1,500 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl (62.5- 25, 250-100)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>benznidazole (12.5 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>chloroquine phosphate (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
COARTEM TABLETS	\$0 (Tier 1)	QL (24 per 3 days)
<i>hydroxychloroquine 200 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
KRINTAFEL 150 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 30 days)
<i>mefloquine hcl 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>nitazoxanide 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>pentamidine isethionate (300 mg inhal powdr, 300 mg inject vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>primaquine 26.3 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>quinine sulfate 324 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA

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

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> (50, 75, 100, 125, 150, 200)	\$0 (Tier 1)	
<i>entacapone 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
NOURIANZ (20 MG TABLET, 40 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>tolcapone 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Dopamine Agonists		
<i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tablet, 5 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
NEUPRO (1 MG/24 HR PATCH, 2 MG/24 HR PATCH, 3 MG/24 HR PATCH, 4 MG/24 HR PATCH, 6 MG/24 HR PATCH, 8 MG/24 HR PATCH)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
ONAPGO 98 MG/20 ML CARTRIDGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (600 per 30 days)
<i>pramipexole 0.75 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>pramipexole dihydrochloride</i> (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 كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>ropinirole hcl (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Dopamine Precursors and/or L-Amino Acid Decarboxylase Inhibitors		
<i>carbidopa 25 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>carbidopa-levodopa (carbidopa-levodopa 10-100 mg odt, carbidopa-levodopa 25-100 mg odt, carbidopa-levodopa 25-250 mg odt, carbidopa-levodopa 10-100 tab, carbidopa-levodopa 25-100 tab, carbidopa-levodopa 25-250 tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>carbidopa-levodopa er (er 25-100 tab, er 50-200 tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors		
<i>rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>selegiline hcl (5 mg capsule, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>chlorpromazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 30 mg/ml conc, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 100 mg/ml conc, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluphenazine dec 125 mg/5 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluphenazine hcl (1 mg tablet, 2.5 mg tablet, 2.5 mg/5 ml elix, 2.5 mg/ml vial, 5 mg tablet, 5 mg/ml conc, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>haloperidol (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>haloperidol dec 100 mg/ml amp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>haloperidol decanoate (50 mg/ml ampul, 50 mg/ml vial, 100 mg/ml amp, 100 mg/ml vial, 250 mg/5 ml vl, 500 mg/5 ml vl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>haloperidol lactate (2 mg/ml conc, 5 mg/ml ampul, 5 mg/ml vial, 10 mg/5 ml cup, 50 mg/10 ml vl)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>loxapine (5 mg capsule, 10 mg capsule, 25 mg capsule, 50 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>molindone hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>perphenazine (2 mg tablet, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pimozide (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>thioridazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>thiothixene (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>trifluoperazine hcl (1 mg tablet, 2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
2nd Generation/Atypical		
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4ML	\$0 (Tier 1)	QL (2.4 per 56 days)

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2ML	\$0 (Tier 1)	QL (3.2 per 56 days)
ABILIFY MAINTENA (ER 300 MG SYR, ER 300 MG VL, ER 400 MG SYR, ER 400 MG VL)	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)
<i>aripiprazole (2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (900 per 30 days)
<i>aripiprazole odt (odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ARISTADA ER 1064 MG/3.9 ML SYR	\$0 (Tier 1)	QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA ER 441 MG/1.6 ML SYRN	\$0 (Tier 1)	QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA ER 662 MG/2.4 ML SYRN	\$0 (Tier 1)	QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA ER 882 MG/3.2 ML SYRN	\$0 (Tier 1)	QL (3.2 per 14 days)

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
ARISTADA INITIO ER 675 MG/2.4	\$0 (Tier 1)	QL (4.8 per 365 days)
<i>asenapine maleate (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
CAPLYTA (10.5 MG CAPSULE, 21 MG CAPSULE, 42 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ERZOFRI 117 MG/0.75 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	QL (0.75 per 28 days)
ERZOFRI 156 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)
ERZOFRI 234 MG/1.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	QL (1.5 per 28 days)
ERZOFRI 351 MG/2.25 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	QL (2.25 per 28 days)
ERZOFRI 39 MG/0.25 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	QL (0.25 per 28 days)
ERZOFRI 78 MG/0.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	QL (0.5 per 28 days)
FANAPT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET, 6 MG TABLET, 8 MG TABLET, 10 MG TABLET, 12 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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 كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)
<i>lurasidone hcl (20 mg tablet, 40 mg tablet, 60 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone hcl 80 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
LYBALVI (5-10 MG TABLET, 10-10 MG TABLET, 15-10 MG TABLET, 20-10 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
NUPLAZID (10 MG TABLET, 34 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>olanzapine (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet, 10 mg vial, 15 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine odt (odt 5 mg tablet, odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet, odt 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
OPIPZA (2 MG FILM, 5 MG FILM)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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
<i>paliperidone er (er 1.5 mg tablet, er 3 mg tablet, er 9 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er 6 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate (fumarate 25 mg tab, fumarate 50 mg tab, fumarate 100 mg tab, 150 mg tablet, fumarate 200 mg tab, fumarate 300 mg tab, fumarate 400 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er (er 150 mg tablet, er 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er (er 50 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
REXULTI (0.25 MG TABLET, 0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 3 MG TABLET, 4 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>risperidone (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
<i>risperidone er (er 12.5 mg vial, er 25 mg vial, er 37.5 mg vial, er 50 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone odt (0.25 mg odt, 0.5 mg odt, 1 mg odt, 2 mg odt, 3 mg odt, 4 mg odt)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
SECUADO (3.8 MG/24 HR PATCH, 5.7 MG/24 HR PATCH, 7.6 MG/24 HR PATCH)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
VRAYLAR (0.5 MG CAPSULE, 0.75 MG CAPSULE, 1.5 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4.5 MG CAPSULE, 6 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>ziprasidone 20 mg/ml vial</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ziprasidone hcl (20 mg capsule, 40 mg capsule, 60 mg capsule, 80 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Antipsychotics		
COBENFY (100 MG-20 MG CAPSULE, 125 MG-30 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>clozapine (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clozapine odt (odt 12.5 mg tablet, odt 25 mg tablet, odt 100 mg tablet, odt 150 mg tablet, odt 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Antispasticity Agents		
Antispasticity Agents		
<i>baclofen (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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
Antispasticity Agents		
<i>dantrolene sodium (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tizanidine hcl (2 mg tablet, 4 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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)

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
JULUCA 50-25 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
STRIBILD TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
TIVICAY 50 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
TIVICAY PD 5 MG TAB FOR SUSP	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)		
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
EDURANT PED 2.5MG TAB FOR SUSP	\$0 (Tier 1)	
<i>efavir-emtri-tenof 600-200-300</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>efavirenz 600 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop (400-300-300, 600-300-300)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>emtricit-rilp-tenof 200-25-300</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>etravirine (100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
IDVYNZO 100 MG-0.25 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)
<i>nevirapine (50 mg/5 ml susp, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nevirapine er 400 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
PIFELTRO 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>rilpivirine 25 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>rilpivirine 25 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Anti-HIV Agents, Nucleoside and Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)		
<i>abacavir 20 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (900 per 30 days)
<i>abacavir 300 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>abacavir-lamivudine 600-300 mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
CIMDUO 300-300 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
DESCOVY (120-15 MG TABLET, 200-25 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>emtricitabine 200 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>emtricitabine-tenofovir disop (100-150mg, 133-200mg, 167- 250mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>emtricitabine-tenofv 200-300mg</i>	\$0 (Tier 1)	
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
<i>lamivudine (10 mg/ml oral soln, 150 mg tablet, 300 mg tablet, 300 mg/30ml sol cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamivudine-zidovudine tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ODEFSEY TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SUSP	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>zidovudine (50 mg/5 ml syrup, 100 mg capsule, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Anti-HIV Agents, Other		
<i>maraviroc 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>maraviroc 300 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
RUKOBIA ER 600 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
SUNLENCA 300 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
SUNLENCA 4- 300 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 2 days)
SUNLENCA 5- 300 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (5 per 8 days)
Anti-HIV Agents, Protease Inhibitors (PI)		
APTIVUS 250 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	
<i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>darunavir (600 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>fosamprenavir 700 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lopinavir-ritonavir (100-25mg tb, 200-50mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	
PREZCOBIX (675 MG-150 MG TABLET, 800 MG-150 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
PREZISTA (75 MG TABLET, 100 MG/ML SUSPENSION, 150 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	\$0 (Tier 1)	
<i>ritonavir 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
VIRACEPT (250 MG TABLET, 625 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents		
LIVTENCITY 200 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (336 per 28 days), NDS
PREVYMIS 240 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
PREVYMIS 480 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days), NDS
<i>valganciclovir 450 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (102 per 30 days)
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml</i>	\$0 (Tier 1)	
Anti-hepatitis B (HBV) Agents		
<i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>entecavir (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamivudine 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>tenofovir disop fum 300 mg tb</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
VEMLIDY 25 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
VIREAD (150 MG TABLET, 200 MG TABLET, 250 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
VIREAD POWDER	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
Anti-hepatitis C (HCV) Agents		
MAVYRET 100-40 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (84 per 28 days)
MAVYRET 50-20 MG PELLET PACKET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (140 per 28 days)
<i>ribavirin (200 mg capsule, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>sofosbuvir-velpatasvir 400-100</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 28 days)
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 28 days)
Anti-influenza Agents		
<i>oseltamivir 6 mg/ml suspension</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1050 per 180 days)

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>oseltamivir phos 30 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir phosphate (45 mg capsule, 75 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (42 per 180 days)
RELENZA 5 MG DISKHALER	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 180 days)
<i>rimantadine hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
XOFLUZA (40 MG TAB (80 MG DOSE), 40 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 30 days)
XOFLUZA 80 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 30 days)
Antiherpetic Agents		
<i>acyclovir (200 mg capsule, 200 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp cup, 400 mg tablet, 800 mg tablet, 800 mg/20ml susp cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>acyclovir sodium (500 mg/10 ml vial, 1,000 mg/20 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>famciclovir (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>famciclovir 125 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>penciclovir 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days), NDS

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>valacyclovir (1 gram tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Antiviral, Coronavirus Agents		
PAXLOVID 150-100 MG (MODERATE)	\$0 (Tier 1)	QL (20 per 5 days), NDS
PAXLOVID 300-100 MG DOSE PACK	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 5 days), NDS
PAXLOVID 300/150-100MG(SEVERE)	\$0 (Tier 1)	QL (11 per 5 days)
XOCOVA 125 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 5 days)
اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Anxiolytics		
Anxiolytics, Other		
<i>buspirone hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 30 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydroxyzine 2 mg/ml oral solution</i>	\$0 (Tier 1)	PA

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>hydroxyzine hcl (10 mg/5 ml soln, hcl 10 mg tablet, hcl 25 mg tablet, 50 mg/25 ml cup, hcl 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>hydroxyzine pamoate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>meprobamate (200 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Benzodiazepines		
<i>alprazolam (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
<i>alprazolam 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (150 per 30 days), NDS
<i>chlordiazepoxide hcl (5 mg capsule, 10 mg capsule, 25 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
<i>diazepam (2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>diazepam (5 mg/5 ml oral cup, 5 mg/5 ml solution, 5 mg/ml oral conc, 25 mg/5 ml oral conc)</i>	\$0 (Tier 1)	

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>lorazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
<i>lorazepam 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (150 per 30 days), NDS
LORAZEPAM INTENSOL 2 MG/ML	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>oxazepam (10 mg capsule, 15 mg capsule, 30 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days), NDS

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

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
Antidiabetic Agents		
<i>acarbose (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>alogliptin (6.25 mg tablet, 12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>alogliptin-metformin (12.5-1000, 12.5-500)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>colesevelam hcl 3.75 g packet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dapagliflozin (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>dapagliflozin-metformin er (er 5-500, er 10-500)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
FARXIGA (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride 4 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>glipizide 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>glipizide er (er 2.5 mg tablet, er 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>glipizide er 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide xl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>glipizide xl 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide-metformin (2.5-500 mg, 5-500 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide-metformin 2.5-250 mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>glyburid-metformin 1.25-250 mg</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>glyburide (1.25 mg tablet, 2.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
<i>glyburide 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (240 per 30 days)
<i>glyburide-metformin hcl (2.5-500 mg, 5-500 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
INVOKAMET (50-1,000 MG TABLET, 50-500 MG TABLET, 150-1,000 MG TABLET, 150-500 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)
<i>metformin hcl (750 mg tablet, 850 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>metformin hcl 1,000 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl er 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl er 750 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
MOUNJARO (2.5 MG/0.5 ML PEN, 5 MG/0.5 ML PEN, 7.5 MG/0.5 ML PEN, 10 MG/0.5 ML PEN, 12.5 MG/0.5 ML PEN, 15 MG/0.5 ML PEN)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide (60 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)
<i>pioglitazone hcl (15 mg tablet, 30 mg tablet, 45 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>repaglinide (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
<i>repaglinide 0.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>sitagliptin phos-metformin 50-1,000</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>sitagliptin (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>sitagliptin phos-metformin (phos-metformin 50-1,000, phos-metformin 50-500)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>sitagliptin phos-metformin er (er 50-500, er 100-1000)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>sitagliptin phosphate (phos 100 mg tablet, phosphate 25 mg tb, phosphate 50 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>sitagliptin-metfor er 50-1,000</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>sitagliptin-metformin (50-1000, 50-500)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>sitagliptin-metformin er (sitagliptin-metfo er 100-1,000, sitagliptin-metform er 50-500)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY (5-1,000 MG TABLET, 5-500 MG TABLET, 12.5-1,000 MG TABLET, 12.5- 500 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR (5-1,000 MG TABLET, 10-1,000 MG TABLET, 12.5-1,000 MG TAB)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
TRADJENTA 5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
TRULICITY (0.75 MG/0.5 ML PEN, 1.5 MG/0.5 ML PEN, 3 MG/0.5 ML PEN, 4.5 MG/0.5 ML PEN)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
WEGOVY (1.5 MG TABLET, 4 MG TABLET, 9 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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
<i>diazoxide 50 mg/ml oral susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
GVOKE (1 MG/0.2 ML KIT, 1 MG/0.2 ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	QL (0.8 per 28 days)
GVOKE HYPOPEN 1-PK 1 MG/0.2 ML	\$0 (Tier 1)	QL (0.8 per 28 days), NDS
GVOKE HYPOPEN 1PK 0.5MG/0.1 ML	\$0 (Tier 1)	QL (0.4 per 28 days), NDS
GVOKE HYPOPEN 2-PK 1 MG/0.2 ML	\$0 (Tier 1)	QL (0.8 per 28 days), NDS
GVOKE HYPOPEN 2PK 0.5MG/0.1 ML	\$0 (Tier 1)	QL (0.4 per 28 days), NDS

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)
<i>insulin glargine max solo u300</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin glargine solostar u300</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin glargine-yfgn (u100 pen, u100 vl)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin lispro 100 unit/ml pen</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>insulin lispro 100 unit/ml vl</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin lispro jr 100 unit/ml</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin lispro mix 75-25 kwkpn</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
LANTUS 100 UNIT/ML VIAL	\$0 (Tier 1)	ST, QL (60 per 30 days)
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML	\$0 (Tier 1)	ST, QL (60 per 30 days)
NOVOLIN 70-30 (70-30 100 UNIT/ML VIAL, RELION 70-30 VIAL)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN (70- 30, RELION 70-30)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN N (N 100 VIAL, RELION N 100)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN N FLEXPEN (N 100 UNIT/ML, RELION N U-100)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN R (R 100 VIAL, RELION R 100)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN R FLEXPEN (R 100 UNIT/ML, RELION R U-100)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>dabigatran etexilate (75 mg cap, 110 mg cp, 150 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS (5 MG TABLET, DVT-PE TREAT START 5MG)	\$0 (Tier 1)	QL (74 per 30 days)

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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 2.5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr</i>	\$0 (Tier 1)	QL (8.4 per 30 days)
<i>enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr</i>	\$0 (Tier 1)	QL (11.2 per 30 days)
<i>enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr</i>	\$0 (Tier 1)	QL (16.8 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium (100 mg/ml syringe, 150 mg/ml syringe)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (28 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium (80 mg/0.8 ml syr, 120 mg/0.8 ml syr)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (22.4 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium (2.5 mg/0.5 ml syr, 5 mg/0.4 ml syr, 7.5 mg/0.6 ml syr, 10 mg/0.8 ml syr)</i>	\$0 (Tier 1)	
FRAGMIN (10,000 UNIT/ML SYRINGE, 10,000 UNITS/ML SYRING)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
FRAGMIN (12,500 UNIT/0.5 ML SYR, 12,500 UNITS/0.5 ML)	\$0 (Tier 1)	QL (15 per 30 days)
FRAGMIN (15,000 UNIT/0.6 ML SYR, 15,000 UNITS/0.6 ML)	\$0 (Tier 1)	QL (18 per 30 days)
FRAGMIN (18,000 UNIT/0.72 ML, 18,000 UNITS/0.72 ML)	\$0 (Tier 1)	QL (22 per 30 days)

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
FRAGMIN (2,500 UNIT/0.2 ML SYR, 2,500 UNITS/0.2 ML SYR)	\$0 (Tier 1)	QL (6 per 30 days)
FRAGMIN (25,000 UNITS/ML VIAL, 95,000 UNIT/3.8 ML VL)	\$0 (Tier 1)	QL (22.8 per 30 days)
FRAGMIN (5,000 UNIT/0.2 ML SYR, 5,000 UNITS/0.2 ML SYR)	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
FRAGMIN (7,500 UNIT/0.3 ML SYR, 7,500 UNITS/0.3 ML SYR)	\$0 (Tier 1)	QL (9 per 30 days)
<i>heparin sodium (sod 1,000 unit/ml vial, sod 5,000 unit/ml vial, 10,000 unit/10 ml vial, sod 10,000 unit/ml vl, sod 20,000 unit/ml vl, 30,000 unit/30 ml vial, 40,000 unit/4 ml vial, 50,000 unit/10 ml vial, 50,000 unit/5 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>jantoven (1 mg tablet, 2 mg tablet, 2.5 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet, 6 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>rivaroxaban 1 mg/ml suspension</i>	\$0 (Tier 1)	

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>rivaroxaban 2.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>warfarin sodium (1 mg tablet, 2 mg tablet, 2.5 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet, 6 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
XARELTO (10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
XARELTO 15 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (42 per 21 days)
XARELTO DVT-PE TREAT START 30D	\$0 (Tier 1)	QL (51 per 30 days)
Blood Products and Modifiers, Other		
<i>anagrelide hcl (0.5 mg capsule, 1 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
AQVESME 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>eltrombopag 12.5 mg susp pkt</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (360 per 30 days)
<i>eltrombopag 25 mg susp packet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
<i>eltrombopag 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>eltrombopag 75 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>eltrombopag olamine (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
FULPHILA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
FYLNETRA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
GRANIX (300 MCG/0.5 ML SAFE SYR, 300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SAFE SYR, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
NEUPOGEN (300 MCG/0.5 ML SYR, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SYR, 480 MCG/1.6 ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
NIVESTYM (300 MCG/0.5 ML SYRING, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SYRING, 480 MCG/1.6 ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
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
STIMUFEND 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
XOLREMDI 100 MG CAPSULE	\$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 كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
ZARXIO (300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
ZIEXTENZO 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
Hemostasis Agents		
<i>tranexamic acid 650 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Platelet Modifying Agents		
<i>aspirin-dipyridam er 25-200 mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
CABLIVI 11 MG VIAL KIT	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>cilostazol (50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clopidogrel 300 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 1 days)
<i>clopidogrel 75 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>dipyridamole (25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
DOPTelet ((10 TAB PK) 20 MG TAB, (15 TAB PK) 20 MG TAB)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (15 per 5 days)

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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 (30 TAB PK) 20 MG TAB	\$0 (Tier 1)	PA
<i>prasugrel hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>ticagrelor (60 mg tablet, 90 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
Cardiovascular Agents		
Alpha-adrenergic Agonists		
<i>clonidine (0.1 patch, 0.2 patch, 0.3 patch)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
<i>clonidine hcl (0.1 mg tablet, 0.2 mg tablet, 0.3 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>droxidopa (100 mg capsule, 200 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (84 per 14 days)
<i>guanfacine hcl (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>midodrine hcl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
Alpha-adrenergic Blocking Agents		
<i>doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>phenoxybenzamine hcl 10 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>prazosin hcl (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>terazosin hcl (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
Angiotensin II Receptor Antagonists		
<i>candesartan cilexetil (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tb, 32 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>irbesartan (75 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>losartan potassium (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>olmesartan medoxomil (5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>telmisartan (20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>valsartan (40 mg tablet, 80 mg tablet, 160 mg tablet, 320 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors		
<i>benazepril hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>benazepril hcl 40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tablet, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lisinopril (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>lisinopril (30 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>moexipril hcl (7.5 mg tablet, 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>perindopril erbumine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>quinapril hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>ramipril (1.25 mg capsule, 2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>trandolapril (1 mg tablet, 2 mg tablet, 4 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Antiarrhythmics		
<i>amiodarone hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>digoxin 0.05 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>digoxin 125 mcg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>digoxin 250 mcg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>disopyramide phosphate (100 mg capsule, 150 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dofetilide (125 mcg capsule, 250 mcg capsule, 500 mcg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>mexiletine hcl (150 mg capsule, 200 mg capsule, 250 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
MULTAQ 400 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>propafenone hcl (150 mg tablet, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>propafenone hcl er (er 225 mg cap, er 325 mg cap, er 425 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>quinidine gluc er 324 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>quinidine sulfate (200 mg tab, 300 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sotalol (80 mg tablet, 120 mg tablet, 160 mg tablet, 240 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
SOTALOL AF (80 MG TABLET, 120 MG TABLET, 160 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
Beta-adrenergic Blocking Agents		
<i>acebutolol hcl (200 mg capsule, 400 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>atenolol (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>betaxolol hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>bisoprolol fumarate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>carvedilol (3.125 mg tablet, 6.25 mg tablet, 12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>labetalol hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 300 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>metoprolol succ er 200 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>metoprolol succinate (er 25 mg tab, er 50 mg tab, er 100 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>metoprolol tartrate (25 mg tab, 37.5 mg tb, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nadolol (20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>nebivolol hcl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>pindolol (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>propranolol hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 20 mg/5 ml soln, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml soln, 60 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>propranolol hcl er (er 60 mg capsule, er 80 mg capsule, er 120 mg capsule, er 160 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>timolol maleate (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines		
<i>amlodipine besylate (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine besylate 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>felodipine er (er 2.5 mg tablet, er 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>felodipine er 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nifedipine (10 mg capsule, 20 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nifedipine er (er 30 mg tablet, er 60 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>nifedipine er 90 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nimodipine 30 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nimodipine 60 mg/20 ml soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA
NYMALIZE 60 MG/ML ORAL SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA
Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines		
CARDAMYST 70 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 1)	PA, QL (4 per 28 days)
CARTIA XT (120 MG CAPSULE, 180 MG CAPSULE, 240 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	
DILT-XR (120 MG CAPSULE, 180 MG CAPSULE, 240 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>diltiazem 12hr er (12hr er 120 mg cap, 12hr er 60 mg cap, 12hr er 90 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diltiazem 24hr er (24hr er 120 mg cap, 24hr er 180 mg cap, 24hr er 240 mg cap, 24hr er 300 mg cap, 24hr er 360 mg cap, 24hr er 420 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diltiazem 24hr er (cd) (24h er(cd) 120 mg cp, 24h er(cd) 180 mg cp, 24h er(cd) 240 mg cp, 24h er(cd) 300 mg cp, 24h er(cd) 360 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diltiazem 24hr er (xr) (24h er(xr) 120 mg cp, 24h er(xr) 180 mg cp, 24h er(xr) 240 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diltiazem hcl (30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
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)	

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>verapamil er (er 120 mg capsule, er 120 mg tablet, er 180 mg capsule, er 180 mg tablet, er 240 mg capsule, er 240 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>verapamil er pm (er 100 mg capsule, er 200 mg capsule, er 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>verapamil hcl (40 mg tablet, 80 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>verapamil sr (sr 120 mg capsule, sr 180 mg capsule, sr 240 mg capsule, sr 360 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
Cardiovascular Agents, Other		
<i>acetazolamide (125 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>aliskiren (150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>amiloride hcl-hctz 5-50 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>amlodipine besylate-benazepril (2.5-10, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 10-20 mg, 10-40 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>amlodipine-atorvastatin (2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg, 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-olmesartan (5-20 mg, 5-40 mg, 10-20 mg, 10-40 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-valsartan (5-160 mg, 5-320 mg, 10-160 mg, 10-320 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hctz (5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg, 10-160-12.5mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>atenolol-chlorthalidone (50-25, 100-25)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tb, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)
<i>digoxin 62.5 mcg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide (5-12.5 mg tab, 10-25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
ENTRESTO SPRINKLE (6-6MG PELLET, 15-16 MG PLT)	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
FILSPARI (200 MG TABLET, 400 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tb, 300-12.5 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>ivabradine hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>losartan-hydrochlorothiazide (50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i> (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
<i>metirosine 250 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
MYQORZO (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
NEXLETOL 180 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i> (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>pentoxifylline er 400 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ranolazine er (er 500 mg tablet, er 1,000 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>sacubitril-valsartan (49-51 mg, 97-103 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>sacubitril-valsartan 24-26 mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>spironolactone-hctz 25-25 tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i> (37.5-25 mg cp, 37.5-25 mg tb, 75-50 mg tab)	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> (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		
<i>bumetanide</i> (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)	
<i>furosemide</i> (10 mg/ml solution, 20 mg tablet, 20 mg/2 ml vial, 40 mg tablet, 40 mg/4 ml vial, 40 mg/5 ml soln, 80 mg tablet, 100 mg/10 ml vial, 500 mg/50 ml vial, 1,000 mg/100 ml vial)	\$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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>torsemide (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Diuretics, Potassium-sparing		
<i>amiloride hcl 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>triamterene 100 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
Diuretics, Thiazide		
<i>chlorthalidone (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cp, 12.5 mg tb, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>indapamide (1.25 mg tablet, 2.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>metolazone (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Dyslipidemics, Fibric Acid Derivatives		
<i>fenofibrate (48 mg tablet, 54 mg tablet, 145 mg tablet, 160 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>fenofibric acid (dr 45 mg cap, dr 135 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>gemfibrozil 600 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors		
<i>atorvastatin calcium (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin 40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>rosuvastatin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin 20 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (45 per 30 days)
<i>simvastatin 40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>cholestyramine (packet, powder)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cholestyramine light (packet, powder)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>colesevelam 625 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>colestipol hcl (1 gm tablet, granules, granules packet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ezetimibe 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>icosapent ethyl (0.5 gm capsule, 1 gram capsule, 500 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
NEXLIZET 180-10 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>niacin er (er 500 mg tablet, er 750 mg tablet, er 1,000 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>omega-3 ethyl esters 1 gm cap</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
PREVALITE (PACKET, POWDER)	\$0 (Tier 1)	
REDEMPLO 25 MG/0.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (0.5 per 90 days)

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>eplerenone (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	ST
KERENDIA (10 MG TABLET, 20 MG TABLET, 40 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>spironolactone (25 mg tablet, 25 mg/5 ml susp, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Vasodilators, Direct-acting Arterial		
<i>hydralazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>minoxidil (2.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>isosorbide mononit er 60 mg tb</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>isosorbide mononitrate er (er 30 mg tb, er 120 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	
NITRO-BID 2% OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
<i>nitroglycerin (0.3 mg tablet sl, 0.4 mg tablet sl, lingual 0.4 mg, 0.6 mg tablet sl, 400 mcg spray)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nitroglycerin 0.4% ointment</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 21 days), NDS
<i>nitroglycerin patch (0.1 patch, 0.2 patch, 0.4 patch, 0.6 patch)</i>	\$0 (Tier 1)	
NITROSTAT 0.6 MG TABLET SL	\$0 (Tier 1)	

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)
<i>riluzole 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
TIGLUTIK 50 MG/10 ML SUSP	\$0 (Tier 1)	PA, QL (600 per 30 days)
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Amphetamines		
<i>dextroamp-amphetamin 30 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
<i>dextroamphetamine 5 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>dextroamphetamine er 10 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (150 per 30 days)
<i>dextroamphetamine er 15 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
<i>dextroamphetamine er 5 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphet er (er 5 mg cap, er 10 mg cap, er 15 mg cap, er 20 mg cap, er 25 mg cap, er 30 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>dextroamphetamine-amphetamine (dextroamp-amphetam 7.5 mg tab, dextroamp-amphetam 12.5 mg tab, dextroamp-amphetamin 10 mg tab, dextroamp-amphetamin 15 mg tab, dextroamp-amphetamin 20 mg tab, dextroamp-amphetamine 5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-amphetamines		
<i>atomoxetine hcl (10 mg capsule, 18 mg capsule, 25 mg capsule, 40 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl (60 mg capsule, 80 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>clonidine hcl er 0.1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>guanfacine hcl er (er 1 mg tablet, er 2 mg tablet, er 3 mg tablet, er 4 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate (10 mg/9hr, 15 mg/9hr, 20 mg/9hr, 30 mg/9hr)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>methylphenidate 10 mg/5 ml sol</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate 5 mg/5 ml soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1800 per 30 days)
<i>methylphenidate er (er 10 mg tab, er 20 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate er (er 18 mg tab, er 27 mg tab, er 54 mg tab, er 72 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate er (la) (er(la) 10mg cp, er(la) 20mg cp, er(la) 30mg cp, er(la) 40mg cp, er(la) 60mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate er 36 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl cd (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, 50 mg cap, 60 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (cd) (er(cd) 10mg cp, er(cd) 20mg cp, er(cd) 30mg cp, er(cd) 40mg cp, er(cd) 50mg cp, er(cd) 60mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>methylphenidate la (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate sr 20 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
Central Nervous System Agents, Other		
AUSTEDO (6 MG TABLET, 12 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
AUSTEDO 9 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR (18 MG TABLET, 30 MG TABLET, 36 MG TABLET, 42 MG TABLET, 48 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR 12 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR 6 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (210 per 30 days)
AUSTEDO XR TITR(12-18-24-30MG)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 28 days)
<i>dextromethorphan-quinidn 20-10</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
INGREZZA (40 MG CAPSULE, 60 MG CAPSULE, 80 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)
<i>pregabalin er (er 82.5 mg tablet, er 165 mg tablet, er 330 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
SKYCLARYS 50 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>tetrabenazine (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
VEOZAH 45 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
Fibromyalgia Agents		
<i>milnacipran hcl (12.5 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
Multiple Sclerosis Agents		
AVONEX (30 MCG/0.5 ML SYRINGE, PREFILLED SYR 30 MCG KT)	\$0 (Tier 1)	PA
AVONEX 30 MCG/0.5 ML SYR (4PK)	\$0 (Tier 1)	PA

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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
<i>dalfampridine er 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>dimethyl fumarate (30d start pk, dr 120 mg cp, dr 240 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>fingolimod 0.5 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer acetate (20 mg/ml syringe, 40 mg/ml syringe)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
GLATOPA (20 MG/ML SYRINGE, 40 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
PONVORY (14-DAY STARTER PACK, 20 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA
TASCENSO ODT (ODT 0.25 MG TABLET, ODT 0.5 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>teriflunomide (7 mg tablet, 14 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
VUMERITY DR 231 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA

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

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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
<i>acitretin (10 mg capsule, 17.5 mg capsule, 25 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
AMNESTEEM (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>azelaic acid 15% gel</i>	\$0 (Tier 1)	
CLARAVIS (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>clind ph-benzoyl perox 1.2-5%</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>erythromycin-benzoyl gel</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>isotretinoin (10 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
NEUAC GEL	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>tazarotene (0.05% cream, 0.1% cream)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>tazarotene (0.05% gel, 0.1% gel)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (100 per 30 days)
<i>tretinoin (0.01% gel, 0.025% cream, 0.025% gel, 0.05% cream, 0.05% gel, 0.1% cream)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
ZENATANE (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
Dermatitis and Pruritus Agents		
ALA-CORT 1% CREAM	\$0 (Tier 1)	
<i>amcinonide (0.1% cream, 0.1% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ammonium lactate (12% cream, 12% lotion)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>betamethasone diprop augmented (dp 0.05% crm, dp 0.05% gel, dp 0.05% lot, dp 0.05% oin)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>betamethasone dipropionate (dp 0.05% crm, dp 0.05% lot, dp 0.05% oint, dp aug 0.05% crm)</i>	\$0 (Tier 1)	

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>betamethasone valerate (va 0.1% cream, va 0.1% lotion, valer 0.1% ointm)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clobetasol emollient 0.05% crm</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clobetasol propionate (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.05% solution, 0.05% topical lotn)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>desonide (0.05% cream, 0.05% lotion, 0.05% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>desoximetasone (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.25% cream, 0.25% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diflorasone diacetate (0.05% cream, 0.05% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>doxepin 5% cream</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>fluocinolone acetonide (0.01% cream, 0.01% scalp oil, 0.01% solution, 0.025% cream, 0.025% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluocinonide (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.05% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>fluocinonide-e 0.05% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluticasone propionate (0.005% oint, 0.05% cream, 0.05% lotion)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>halobetasol propionate (0.05% cream, 0.05% ointmnt)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrocortisone (1% cream, 1% ointment, 2.5% cream, 2.5% lotion, 2.5% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrocortisone butyrate (buty 0.1% cream, butyr 0.1% oint, butyr 0.1% soln)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrocortisone valerate (0.2% cream, 0.2% ointmt)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mometasone furoate (0.1% cream, 0.1% oint, 0.1% soln)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pimecrolimus 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	PA
PROCTO-MED HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
PROCTOSOL-HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
PROCTOZONE-HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>selenium sulfide 2.5% lotion</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tacrolimus (0.03% ointment, 0.1% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>triamcinolone acetonide (0.025% cream, 0.025% lotion, 0.025% oint, 0.05% ointment, 0.1% cream, 0.1% lotion, 0.1% ointment, 0.5% cream, 0.5% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
TRIDERM 0.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	
Dermatological Agents, Other		
<i>calcipotriene (0.005% cream, 0.005% ointment, 0.005% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>clotrimazole-betamethasone (crm, lot)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diclofenac sodium 3% gel</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
EUCRISA 2% OINTMENT	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
FILSUEVZ 10% GEL	\$0 (Tier 1)	PA
<i>fluorouracil (2% soln, 5% soln)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>fluorouracil 0.5% cream</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>fluorouracil 5% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>imiquimod 5% cream packet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>methoxsalen (10 mg capsule, 10 mg softgel)</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>nystatin-triamcinolone (cream, ointm)</i>	\$0 (Tier 1)	
OTEZLA (10-20 MG STARTER 28, 10-20-30MG START 28)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (55 per 28 days)
OTEZLA (20 MG TABLET, 30 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
OTEZLA XR 75 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
OTEZLA XR INITIATION PK 28 DAY	\$0 (Tier 1)	PA, QL (41 per 28 days)
<i>podofilox 0.5% topical soln</i>	\$0 (Tier 1)	
QBREXZA 2.4% CLOTH	\$0 (Tier 1)	PA
SANTYL OINTMENT	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), NDS
SILVADENE 1% CREAM	\$0 (Tier 1)	

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>silver sulfadiazine 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
SPEVIGO 300 MG/2 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
SSD 1% CREAM	\$0 (Tier 1)	
VALCHLOR 0.016% GEL	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ZORYVE (0.05% CREAM, 0.15% CREAM, 0.3% CREAM, 0.3% FOAM)	\$0 (Tier 1)	PA
Pediculicides/Scabicides		
CROTAN 10% LOTION	\$0 (Tier 1)	PA, QL (454 per 30 days)
<i>malathion 0.5% lotion</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>permethrin 5% cream</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
PRURADIK 10% LOTION	\$0 (Tier 1)	PA, QL (454 per 30 days)
Topical Anti-infectives		
<i>acyclovir 5% cream</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
<i>acyclovir 5% ointment</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>ciclopirox (0.77% cream, 0.77% topical susp, 8% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)	
SULFAMYLLON 8.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	
ZELSUVMI 10.3% GEL	\$0 (Tier 1)	PA

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
Electrolyte/Mineral Replacements		
<i>carglumic acid 200 mg tab susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>fluoride (0.25 mg tablet chew, 0.5 mg tablet chew, 1 mg tablet chewable)</i>	\$0 (Tier 1)	
ISOLYTE S IV SOLN PH7.4	\$0 (Tier 1)	
KLOR-CON 10 MEQ TABLET	\$0 (Tier 1)	
KLOR-CON 8 MEQ TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>magnesium sulfate 50% syringe</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>multiple electrolytes t1 ph7.4</i>	\$0 (Tier 1)	
PLASMA-LYTE A PH 7.4 SOLN.	\$0 (Tier 1)	
PLASMA-LYTE A SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
<i>potassium chloride (cl10%(20meq/15ml)cup, cl10%(40meq/30ml)cup, cl20%(40meq/15ml)cup, cl 2 meq/ml conc, cl 10 meq/100 ml sol, cl 10 meq/5 ml conc, cl 10% (20 meq/15ml), cl 10% (40 meq/30ml), cl 20 meq/10 ml conc, cl 20 meq/100 ml sol, cl 20% (40 meq/15ml), cl 30 meq/15 ml conc, cl 40 meq/20 ml conc, cl 60 meq/30 ml conc, cl er 8 meq capsule, cl er 8 meq tablet, cl er 10 meq capsule, cl er 10 meq tablet, cl er 15 meq tablet, cl er 20 meq tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>potassium chloride-0.9% nacl (20 meq/1,000ml-ns, 40 meq/1,000ml-ns)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>potassium citrate er (er 5 tab, er 10 tb, er 15 tb)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>potassium cl 20 meq-0.45% nacl</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>potassium cl 20 meq/10 ml conc</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>potassium cl 20meq/100ml-water</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sodium chloride (saline 0.45% soln-excel con, sodium chloride 0.45% soln, sodium chloride 0.9% 100 ml, sodium chloride 0.9% 1,000 ml, sodium chloride 0.9% 250 ml, sodium chloride 0.9% 50 ml, sodium chloride 0.9% 500 ml, sodium chloride 0.9% irrig, sodium chloride 0.9% irrig., sodium chloride 0.9% prcss sol, sodium chloride 0.9% sol-excel, sodium chloride 0.9% soln, sodium chloride 0.9% solution, sodium chloride 0.9% vial, sodium chloride 3% iv soln, sodium chloride 5% iv soln)</i>	\$0 (Tier 1)	

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>sodium chloride 0.9%-water</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sodium fluoride 2.2 mg (fluoride ion 1 mg) oral tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers		
CHEMET 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	
<i>deferasirox (90 mg tablet, 125 mg tb for susp, 180 mg tablet, 250 mg tb for susp, 360 mg tablet, 500 mg tb for susp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>deferiprone 1,000 mg tb(3x/dy)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>deferiprone 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
DOJOLVI LIQUID	\$0 (Tier 1)	PA
FERRIPROX 100 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA
<i>tolvaptan (15 mg tablet, 15 mg-15 mg tablet, 30 mg tablet, 30 mg-15 mg tablet, 45 mg-15 mg tablet, 60 mg-30 mg tablet, 90 mg-30 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>trientine hcl 250 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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
<i>dextrose 10%-0.2% nacl iv soln</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>dextrose 10%-0.45% nacl iv sol</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose 2.5%-0.45% nacl iv</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose 5%-0.2% nacl iv soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose 5%-0.225% nacl iv sol</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose 5%-0.45% nacl iv soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose 5%-0.9% nacl iv soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose in water (5%-water 100 ml, 5%-water 1,000 ml, 5%-water 250 ml, 5%-water 50 ml, 5%-water iv soln, 10%-water iv solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
EMBRIVA PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
FOLATEXCEL PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
GESTYRA PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>glucose in water (5%-water 100 ml, 5%-water 50 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
INTRALIPID (20% IV EMUL, 30% IV EMUL)	\$0 (Tier 1)	PA

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)	
<i>kcl-d5w-0.45% nacl (10 meq/500ml-d5w-0.45%nacl, 10 meq/l-d5w-0.45% nacl, 20 meq/l-d5w-0.45% nacl, 40 meq/l-d5w-0.45% nacl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levocarnitine (1 g/10 ml cup, 1 g/10 ml soln, 330 mg tablet, 500 mg/5 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>magnesium sulfate (50% 1 g/2 ml, 50% 10g/20ml, 50% 25g/50ml, 50% 5 g/10ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
MATERNACEL PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
MATERVIA PRENATAL CAPSULE	\$0 (Tier 1)	
MATRONEX PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
NATAL PNV TABLET	\$0 (Tier 1)	
NEO-VITAL RX TABLET	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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
<i>prenatal vitamin with minerals and folic acid greater than 0.8 mg oral tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
PRENOVA PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
PROSOL 20% INJECTION	\$0 (Tier 1)	PA
TPN ELECTROLYTES VIAL	\$0 (Tier 1)	
TRAVASOL 10% SOLN VIAFLEX	\$0 (Tier 1)	PA
TROPHAMINE 10% IV SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA
VITALARA PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
WESNATAL DHA COMPLETE	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>calcium acetate (667 mg capsule, 667 mg gelcap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>sevelamer carbonate (0.8 gm powder packet, 2.4 gm powder packet, carbonate 800 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>sevelamer hcl (400 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
Potassium Binders		
KIONEX 15 GM/60 ML SUSPENSION	\$0 (Tier 1)	
LOKELMA 10 GRAM POWDER PACKET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (34 per 30 days)
LOKELMA 5 GRAM POWDER PACKET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>sodium polystyrene sulfonate (sodium polystyrene sulf powder, sps 15 gm/60 ml suspension, sps 30 gm/120 ml enema, sps 50 gm/200 ml enema)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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
<i>lactulose (10 gm packet, 20 gm packet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>lactulose (10 gm/15 ml soln cup, 10 gm/15 ml solution, 20 gm/30 ml soln cup, 20 gm/30 ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
LINZESS (72 MCG CAPSULE, 145 MCG CAPSULE, 290 MCG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>lubiprostone (8 mcg capsule, 24 mcg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
MOVANTIK (12.5 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days), NDS
RELISTOR (8 MG/0.4 ML SYRINGE, 12 MG/0.6 ML KIT, 12 MG/0.6 ML SYRINGE, 12 MG/0.6 ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
RELISTOR 150 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days), NDS
SUTAB 1.479-0.225-0.188 GM TAB	\$0 (Tier 1)	
TRULANCE 3 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Anti-Diarrheal Agents		
<i>alosetron hcl (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>diphenoxylate-atropine (diphenoxylat-atrop 2.5-0.025/5, diphenoxylate-atrop 2.5-0.025)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>loperamide 2 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
MYTESI 125 MG DR TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days), NDS
VIBERZI (75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
XERMELO 250 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
Antispasmodics, Gastrointestinal		
<i>dicyclomine hcl (10 mg capsule, 10 mg/5 ml soln, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>glycopyrrolate (1 mg tablet, 1.5 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Gastrointestinal Agents, Other		
<i>bismuth-metro-tetr 140-125-125</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 10 days), NDS
GATTEX 5 MG INJECTION	\$0 (Tier 1)	PA
GAVILYTE-C SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
GAVILYTE-G SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
GAVILYTE-N SOLUTION	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)	
<i>lansoprazol-amoxicil-clarithro</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>peg 3350-electrolyte solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>peg-3350 and electrolytes soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>peg3350 100-7.5-2.691-1.01-5.9</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sod sul-potass sul-mag sul sol</i>	\$0 (Tier 1)	
TALICIA DR 10-250-12.5 MG CAP	\$0 (Tier 1)	PA, QL (168 per 14 days), NDS
<i>ursodiol (250 mg tablet, 300 mg capsule, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
VELSIPITY 2 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA
VOQUEZNA DUAL PAK	\$0 (Tier 1)	PA, QL (112 per 14 days)
VOQUEZNA TRIPLE PAK	\$0 (Tier 1)	PA, QL (112 per 14 days), NDS
VOWST CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (12 per 3 days), NDS
Histamine-2 (H2) Receptor Antagonists		
<i>cimetidine (200 mg tablet, 300 mg tablet, 400 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>famotidine (20 mg tablet, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml susp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nizatidine (150 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
Protectants		
<i>misoprostol (100 mcg tablet, 200 mcg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sucralfate 1 gm tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Proton Pump Inhibitors		
<i>esomeprazole magnesium (dr 20 mg cap, dr 40 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole (dr 15 mg capsule, dr 30 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>omeprazole (dr 10 mg capsule, dr 40 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>omeprazole dr 20 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>pantoprazole sod dr 20 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole sod dr 40 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole sod dr 20 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)
<i>betaine 1 gram/scoop powder</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
CHOLBAM (50 MG CAPSULE, 250 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA
CREON (DR 3,000 CAPSULE, DR 6,000 CAPSULE, DR 12,000 CAPSULE, DR 24,000 CAPSULE, DR 36,000 CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA
CTEXLI 250 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
CYSTAGON (50 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA
CYSTARAN 0.44% EYE DROPS	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
DAYBUE STIX (5,000 MG PACKET, 6,000 MG PACKET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
DAYBUE STIX 8,000 MG PACKET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>dichlorphenamide 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
DUVYZAT 8.86 MG/ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 1)	PA, QL (420 per 30 days)
FORZINITY 280 MG/3.5 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA, QL (14 per 28 days)
<i>glycerol phenylbut 1.1 gram/ml</i>	\$0 (Tier 1)	PA
HARLIKU 2 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
JAVYGTOR (100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET, 500 MG POWDER PACKET)	\$0 (Tier 1)	PA
JOENJA 70 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
KYGEVVI 4 GM (2GM-2GM) POWD PK	\$0 (Tier 1)	PA
<i>l-glutamine 5 gram powder pkt</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
LOARGYS 2 MG/0.4 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
<i>miglustat 100 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
MIPLYFFA (47 MG CAPSULE, 62 MG CAPSULE, 93 MG CAPSULE, 124 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
ORMALVI 50 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
RIVFLOZA 80 MG/0.5 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA, QL (0.5 per 28 days)
<i>sapropterin dihydrochloride (100 mg powder pkt, 100 mg tablet, 500 mg powder pkt)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
SIKLOS (100 MG TABLET, 1,000 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
<i>sodium phenylbutyrate (500mg tb, powder)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
VIOKACE (10,440-39,150 UNIT TAB, 20,880-78,300 UNITS TB)	\$0 (Tier 1)	PA
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
WAINUA 45 MG/0.8 ML AUTOINJECT	\$0 (Tier 1)	PA
WELIREG 40 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA NSO
XROMI 100 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA
YARGESA 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA
ZENPEP (DR 3,000 CAPSULE, DR 5,000 CAPSULE, DR 10,000 CAPSULE, DR 15,000 CAPSULE, DR 20,000 CAPSULE, DR 25,000 CAPSULE, DR 40,000 CAPSULE, DR 60,000 CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>darifenacin er (er 7.5 mg tablet, er 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>fesoterodine fumarate er (er 4 mg tablet, er 8 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>flavoxate hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
GEMTESA 75 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>mirabegron er (er 25 mg tablet, er 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>mirabegron er 8 mg/ml susp</i>	\$0 (Tier 1)	QL (100 per 10 days)
<i>oxybutynin chloride (5 mg tablet, 5 mg/5 ml soln cup, 5 mg/5 ml solution, 5 mg/5 ml syrup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>oxybutynin chloride er (er 5 mg tablet, er 10 mg tablet, er 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>solifenacin succinate (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>tolterodine tartrate er (er 2 mg cap, er 4 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>trospium chloride 20 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>trospium chloride er 60 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Benign Prostatic Hypertrophy Agents		
<i>alfuzosin hcl er 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride 0.5 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>finasteride 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>tadalafil (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
Genitourinary Agents, Other		
<i>bethanechol chloride (5 mg tablet, 10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
ELMIRON 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
LITHOSTAT 250 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA
<i>penicillamine 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>tiopronin (100 mg tablet, dr 100 mg tablet, dr 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
VENXXIVA (DR 100 MG TABLET, DR 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA

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
<i>deflazacort (6 mg tablet, 18 mg tablet, 22.75 mg/ml susp, 30 mg tablet, 36 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>dexamethasone (0.5 mg tablet, 0.5 mg/5 ml cup, 0.5 mg/5 ml elx, 0.5 mg/5 ml liq, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet, 1.5 mg tablet, 2 mg tablet, 4 mg tablet, 6 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)		
<i>fludrocortisone 0.1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
JAYTHARI (6 MG TABLET, 18 MG TABLET, 22.75 MG/ML ORAL SUSP, 30 MG TABLET, 36 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA
KYMBEE (6 MG TABLET, 18 MG TABLET, 22.75 MG/ML ORAL SUSP, 30 MG TABLET, 36 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA
<i>methylprednisolone (4 mg dosepk, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tab, 32 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prednisolone (15 mg/5 ml soln, 15 mg/5 ml syrup, 15mg/5ml soln cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prednisolone sodium phosphate (sod 1% eye drop, 5 mg/5 ml soln, 10 mg/5 ml soln, 15 mg/5 ml soln, 15mg/5ml soln cup, 20 mg/5 ml soln, sod ph 25 mg/5 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prednisone (1 mg tablet, 2.5 mg tablet, 5 mg tab dose pack, 5 mg tablet, 5 mg/5 ml solution, 10 mg tab dose pack, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)		
PREDNISON 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)
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>desmopressin acetate (0.01% solution, acetate 0.1 mg tb, acetate 0.2 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	
EGRIFTA WR (11.6 MG VIAL, 11.6MG FOUR-VL KIT)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (4 per 28 days)
GENOTROPIN (MINIQUICK 0.2 MG, MINIQUICK 0.4 MG, MINIQUICK 0.6 MG, MINIQUICK 0.8 MG, MINIQUICK 1 MG, MINIQUICK 1.2 MG, MINIQUICK 1.4 MG, MINIQUICK 1.6 MG, MINIQUICK 1.8 MG, MINIQUICK 2 MG, 5 MG CARTRIDGE, 12 MG CARTRIDGE)	\$0 (Tier 1)	PA

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)		
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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>danazol (50 mg capsule, 100 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>methyltestosterone 10 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>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)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>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)</i>	\$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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)		
<i>testosterone enanthate</i> (<i>testosteron 1,000 mg/5 ml,</i> <i>testosterone 200 mg/ml</i>)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
Estrogens		
ANNOVERA VAGINAL RING	\$0 (Tier 1)	
<i>conjugated estrogens (estrogen</i> <i>0.625mg tb, estrogens 0.3 mg tb,</i> <i>estrogens 0.45mg tb, estrogens</i> <i>0.9 mg tb, estrogens 1.25mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML VIAL	\$0 (Tier 1)	
DOTTI (0.025 MG PATCH, 0.0375 MG PATCH, 0.05 MG PATCH, 0.075 MG PATCH, 0.1 MG PATCH)	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
ESTRACE 0.01% CREAM	\$0 (Tier 1)	
<i>estradiol (0.01% cream, 0.5 mg</i> <i>tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet,</i> <i>10 mcg vaginal insrt)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>estradiol (0.025 mg patch,</i> <i>0.0375 mg patch, 0.05 mg patch,</i> <i>0.075 mg patch, 0.1 mg patch)</i>	\$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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)		
<i>estradiol (once weekly) (0.025 mg patch(1/wk), 0.0375mg patch(1/wk), 0.06 mg patch (1/wk), 0.075 mg patch(1/wk), 0.1 mg patch (1/wk))</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
<i>estradiol (twice weekly) (0.025 mg patch(2/wk), 0.0375mg patch(2/wk), 0.05 mg patch (2/wk), 0.075 mg patch(2/wk), 0.1 mg patch (2/wk))</i>	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol 0.05 mg patch (1/wk)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol valerate (20 mg/ml vl, 40 mg/ml vl, 50 mg/5 ml, 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
ESTRING (2 MG VAGINAL RING, 7.5 MCG/DAY (2MG) RING)	\$0 (Tier 1)	
FEMRING (0.05 VAG RING, 0.10 VAG RING)	\$0 (Tier 1)	
IMVEXXY (4 MCG MAINTENANCE PACK, 4 MCG STARTER PACK, 10 MCG MAINTENANCE PAK, 10 MCG STARTER PACK)	\$0 (Tier 1)	QL (18 per 28 days)

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)	

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)		
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 كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)	
<i>drosp-ee-levomef 3-0.02-0.451</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol (3- 0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
ELURYNG VAGINAL RING	\$0 (Tier 1)	
ENILLORING VAGINAL RING	\$0 (Tier 1)	
ENSKYCE 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ESTARYLLA 0.25-0.035 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>estradiol-norethindrone acetat (0.5-0.1 mg tb, 1-0.5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>etonogestrel-ee vaginal ring</i>	\$0 (Tier 1)	

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)		
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 كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)	
JAIMESS 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 كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)	
<i>levonor-e estrad 0.1-0.02-0.01</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levonorg-ee-fe bis 0.1-0.02-36</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levonorgestrel-eth estradiol (estra 0.09-0.02 mg, estrad 0.1- 0.02 mg, estrad 0.15-0.03, estradiol triphasic)</i>	\$0 (Tier 1)	
LILETTA 52 MG SYSTEM	\$0 (Tier 1)	
LO LOESTRIN FE 1-10 TABLET	\$0 (Tier 1)	
LOESTRIN (21 1-20 TABLET, 21 1.5-30 TABLET)	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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 كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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 كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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 كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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 كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)	
<i>medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 150 mg/ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>megestrol 400 mg/10ml susp cup</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>megestrol acetate (20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>megestrol acetate 40mg/ml oral suspension</i>	\$0 (Tier 1)	PA
MELEYA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	\$0 (Tier 1)	
NORA-BE TABLET	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)		
<i>norethindrn 5 mg tb (lupaneta)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindrone 0.35 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindrone 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ORQUIDEA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>progesterone (100 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
SHAROBEL 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
Selective Estrogen Receptor Modifying Agents		
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>raloxifene hcl 60 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
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)		

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

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

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)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)		
<i>liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
REZDIFFRA (60 MG TABLET, 80 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
SYNTHROID (25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET, 75 MCG TABLET, 88 MCG TABLET, 100 MCG TABLET, 112 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 137 MCG TABLET, 150 MCG TABLET, 175 MCG TABLET, 200 MCG TABLET, 300 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
THYQUIDITY 100 MCG/5 ML SOLN	\$0 (Tier 1)	
TIROSINT-SOL (13 MCG/ML SOLN, 25 MCG/ML SOLN, 37.5 MCG/ML SOLN, 44 MCG/ML SOLN, 50 MCG/ML SOLN, 62.5 MCG/ML SOLN, 75 MCG/ML SOLN, 88 MCG/ML SOLN, 100 MCG/ML SOLN, 112 MCG/ML SOLN, 125 MCG/ML SOLN, 137 MCG/ML SOLN, 150 MCG/ML SOLN, 175 MCG/ML SOLN, 200 MCG/ML SOLN)	\$0 (Tier 1)	

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)		
<i>cabergoline 0.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ELIGARD 22.5 MG SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ELIGARD 30 MG SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ELIGARD 30 MG SYRINGE KIT	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ELIGARD 45 MG SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ELIGARD 7.5 MG SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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
<i>leuprolide acetate (1 mg/0.2 ml vial, 2wk 1 mg/0.2 ml kit, 2wk 14 mg/2.8 ml kt, 2wk 14 mg/2.8 ml vl)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LUPRON DEPOT (3.75 MG KIT, 7.5 MG 1 MONTH KT, 11.25 MG 3MO KIT, 22.5 MG 3MO KIT, 30 MG 4 MONTH KIT, 45 MG 6 MONTH KIT)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LUPRON DEPOT (LUPANETA) (DEPO 11.25MG (LUPANETA), DEPOT 3.75MG (LUPANETA))	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>mifepristone 300 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
MYFEMBREE 40 MG-1 MG-0.5 MG TB	\$0 (Tier 1)	PA
<i>octreotide acetate (acet 0.05 mg/ml vl, acet 50 mcg/ml amp, acet 50 mcg/ml vial, acet 100 mcg/ml amp, acet 100 mcg/ml vl, acet 200 mcg/ml vl, acet 500 mcg/ml amp, acet 500 mcg/ml vl, 1,000 mcg/5 ml vial, 1,000 mcg/ml vial, 5,000 mcg/5 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>methimazole (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>propylthiouracil 50 mg tablet</i>	\$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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
Angioedema Agents		
CINRYZE (500 VIAL, 500 VIAL-DILUENT)	\$0 (Tier 1)	PA
DAWNZERA 80 MG/0.8 ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA
HAEGARDA (2,000 VIAL, 3,000 VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
<i>icatibant 30 mg/3 ml syringe</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
SAJAZIR 30 MG/3 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
TAKHZYRO (150 MG/ML SYRINGE, 300 MG/2 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
Immunoglobulins		
GAMMAGARD LIQUID 10% VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
GAMMAGARD LIQUID ERC (LIQUID 5 G/50 ML, LIQUID 10G/100ML)	\$0 (Tier 1)	PA
GAMMAGARD S-D (5 G (IGA<1) SOLN, 10 G (IGA<1) SOL)	\$0 (Tier 1)	PA, NDS

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
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 كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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 كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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
<i>tofacitinib 1 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (300 per 30 days)
<i>tofacitinib citrate (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>tofacitinib citrate er (er 11 mg tablet, er 22 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
TREMFYA (100 MG/ML SYRINGE, 200 MG/2 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
TREMFYA 100 MG/ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA
TREMFYA 200 MG/2 ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA
TREMFYA INDCT 200MG/2ML X2 PEN	\$0 (Tier 1)	PA
XOLAIR (75 MG/0.5 ML AUTOINJECT, 75 MG/0.5 ML SYRINGE, 150 MG/1.2 ML POWDER VL, 150 MG/ML AUTOINJECTOR, 150 MG/ML SYRINGE, 300 MG/2 ML AUTOINJECT, 300 MG/2 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
YESINTEK (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 45 MG/0.5 ML VIAL, 90 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
ZILBRYSQ 16.6 MG/0.416 ML SYRN	\$0 (Tier 1)	PA, QL (12 per 28 days)

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
ZILBRYSQ 23 MG/0.574 ML SYRING	\$0 (Tier 1)	PA, QL (17 per 28 days)
ZILBRYSQ 32.4 MG/0.81 ML SYRNG	\$0 (Tier 1)	PA, QL (23 per 28 days)
Immunostimulants		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA NSO
BESREMI 500 MCG/0.5 ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA NSO
BESREMI 500 MCG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LEUKINE 250 MCG VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
PEGASYS (180 MCG/0.5 ML SYRINGE, 180 MCG/ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
Immunosuppressants		
<i>adalimumab-aaty(cf)</i> <i>(adalimumab-aaty(cf)</i> <i>20mg/0.2ml, adalimumab-</i> <i>aaty(cf) 40mg/0.4ml)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>adalimumab-aaty(cf) autoinject</i> <i>(adalimumab-aaty(cf)</i> <i>40mg/0.4ml, adalimumab-</i> <i>aaty(cf) 80mg/0.8ml)</i>	\$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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>adalimumab-aaty(cf) crohn 80mg</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>adalimumab-fkjp(cf) (adalimumab-fkjp(cf) 20 mg, adalimumab-fkjp(cf) 40 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>adalimumab-fkjp(cf) pen 40 mg</i>	\$0 (Tier 1)	PA
AZASAN (75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>azathioprine (50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
CELLCEPT (200 MG/ML ORAL SUSP, 250 MG CAPSULE, 500 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
CIMZIA 2X200 MG VIAL KIT	\$0 (Tier 1)	PA
CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT	\$0 (Tier 1)	PA
<i>cyclosporine (25 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>cyclosporine modified (25 mg, 50 mg, 100 mg, 100mg/ml)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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
ENVARUSUS XR (0.75 MG TABLET, 1 MG TABLET, 4 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>everolimus (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
GENGRAF (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
HADLIMA 40 MG/0.8 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8 ML	\$0 (Tier 1)	PA
HADLIMA(CF) 40 MG/0.4 ML SYRNG	\$0 (Tier 1)	PA

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH 40MG/0.4	\$0 (Tier 1)	PA
HYFTOR 0.2% GEL	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
JYLAMVO 2 MG/ML ORAL SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
<i>leflunomide (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>methotrexate (2.5 mg tablet, 50 mg/2 ml vial, 250 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>methotrexate sodium (1 gram/40 ml vial, 25 mg/ml vial, 50 mg/2 ml vial, 100 mg/4 ml vial, 200 mg/8 ml vial, 250 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mycophenolate mofetil (200 mg/ml susp, 250 mg capsule, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>mycophenolic acid (dr 180 mg tb, dr 360 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
MYFORTIC (180 MG TABLET, 360 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)
<i>sirolimus (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/ml solution, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>tacrolimus (0.5 mg capsule, 0.5 mg capsule (ir), 1 mg capsule, 1 mg capsule (ir), 5 mg capsule, 5 mg capsule (ir))</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>tacrolimus xl (0.5 mg capsule, 1 mg capsule, 5 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
TYENNE 162 MG/0.9 ML AUTOINJCT	\$0 (Tier 1)	PA
TYENNE 162 MG/0.9 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
XATMEP 2.5 MG/ML ORAL SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
YULITHIRA (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 7.5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ZORTRESS (0.25 MG TABLET, 0.5 MG TABLET, 0.75 MG TABLET, 1 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
ZYMFENTRA 120 MG/ML PEN KIT	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
ZYMFENTRA 120 MG/ML SYRINGE KT	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)	
<i>bcg vaccine (tice strain) vial</i>	\$0 (Tier 1)	
BEXSERO PREFILLED SYRINGE	\$0 (Tier 1)	
BOOSTRIX TDAP VACCINE SYRINGE	\$0 (Tier 1)	
DAPTACEL DTAP VACCINE	\$0 (Tier 1)	
ENGRIX-B ADULT (20 MCG/ML SYRN, 20 MCG/ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
ENGRIX-B PEDI 10 MCG/0.5 SYRN	\$0 (Tier 1)	PA
GARDASIL 9 (9 SYRINGE, 9 VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
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.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
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 كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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 كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>balsalazide disodium 750 mg cp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mesalamine (4 gm/60 ml enema, 800 mg dr tablet, 1,000 mg supp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mesalamine dr 1.2 gm tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine dr 400 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mesalamine er 500 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
PENTASA 250 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (480 per 30 days)
<i>sulfasalazine 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulfasalazine dr 500 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
Glucocorticoids		
ANUSOL-HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>budesonide 2 mg rectal foam</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>budesonide dr 3 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>budesonide ec 3 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrocortisone (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 100 mg/60 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>alendronate sod 70 mg/75 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>alendronate sodium (35 mg tab, 70 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
<i>alendronate sodium 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
BILDYOS 60 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
BILPREVDA 120 MG/1.7 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
BOMYNTRA (120 MG/1.7 ML SYRINGE, 120 MG/1.7 ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
BONSITY 560 MCG/2.24 ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA
<i>calcitonin-salmon (200 unit spr, 200 units sp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>calcitriol (0.25 mcg capsule, 0.5 mcg capsule, 1 mcg/ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cinacalcet hcl (30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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
<i>doxercalciferol (0.5 mcg cap, 1 mcg capsule, 2.5 mcg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)
<i>paricalcitol (1 mcg capsule, 2 mcg capsule, 4 mcg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
PROLIA 60 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
RAYALDEE (ER 30 MCG CAP (HARD), ER 30 MCG CAP (SOFT))	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>risedronate sodium 150 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)
<i>risedronate sodium 35 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate sodium 35 mg tab (dose pack of 12)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 84 days)
SOHONOS (1 MG CAPSULE, 1.5 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA
<i>teriparatide 560mcg/2.24ml pen</i>	\$0 (Tier 1)	PA

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>atropine 1% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>cyclosporine 0.05% eye emuls</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>dorzolamide-timolol eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
MIEBO 100% EYE DROP	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>neo-bacit-poly-hc eye ointment</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomyc-bacit-polymix eye oint</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomyc-polym-gramicid eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-poly-hc eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (neomyc-polym-dexamet ointm, neomyc-polym-dexameth drop)</i>	\$0 (Tier 1)	

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>pilocarpine hcl 1.25% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
<i>sulf-pred 10-0.23% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
TOBRADEX EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	QL (7 per 30 days), NDS
<i>tobramycin-dexameth ophth susp</i>	\$0 (Tier 1)	
TYRVAYA 0.03 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 1)	PA, QL (8.4 per 30 days)
XIIDRA 5% EYE DROPS	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Ophthalmic Anti-Infectives		
AZASITE 1% EYE DROPS	\$0 (Tier 1)	
<i>bacitracin-polymyxin eye oint</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>besifloxacin 0.6% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
CILOXAN 0.3% OINTMENT	\$0 (Tier 1)	PA
<i>ciprofloxacin 0.3% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>erythromycin 0.5% eye ointment</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gatifloxacin 0.5% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gentamicin 0.3% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>moxifloxacin (0.5% drops, 0.5% drp-visc)</i>	\$0 (Tier 1)	
NATACYN 5% EYE DROPS	\$0 (Tier 1)	
<i>ofloxacin 0.3% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>polymyxin b-tmp eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulfacetamide 10% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
TOBREX 0.3% EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
<i>trifluridine 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
XDEMVY 0.25% DROP	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
ZIRGAN 0.15% OPHTHALMIC GEL	\$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Anti-allergy Agents		
<i>azelastine hcl 0.05% drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cromolyn 4% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Anti-inflammatories		
<i>bromfenac sodium 0.09% eye drp</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>dexamethasone 0.1% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diclofenac 0.1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>difluprednate 0.05% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
FLAREX 0.1% EYE DROPS	\$0 (Tier 1)	
<i>fluorometholone (0.1% drops, 0.1% eye drop)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>flurbiprofen 0.03% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
FML FORTE 0.25% EYE DROPS	\$0 (Tier 1)	
<i>ketorolac tromethamine (0.4% solution, 0.5% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
LOTEMAX 0.5% EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	QL (10 per 180 days)
<i>loteprednol 0.5% ophthalmc gel</i>	\$0 (Tier 1)	QL (10 per 180 days)
<i>loteprednol etabonate 0.2% drp</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>loteprednol etabonate 0.5% drp</i>	\$0 (Tier 1)	
NEVANAC (0.1% DROPTAINER, 0.1% EYE DROP)	\$0 (Tier 1)	QL (6 per 180 days)

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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)	
<i>prednisolone ac 1% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents		
<i>betaxolol hcl 0.5% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>carteolol hcl 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levobunolol 0.5% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>timolol maleate (0.25% gel-solution, maleate 0.25% eye drop, 0.5% eye drop, 0.5% gel-solution, 0.5% gfs gel-solution, maleate 0.5% eye drops)</i>	\$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other		
<i>acetazolamide er 500 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>apraclonidine hcl 0.5% drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>bimatoprost 0.03% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	ST
<i>brimonidine tartrate (tartrate 0.1% drop, tartrate 0.15% drp, 0.2% eye drop)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>brimonidine-timolol 0.2%-0.5%</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>brinzolamide 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dorzolamide hcl 2% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
IOPIDINE 1% EYE DROP	\$0 (Tier 1)	
<i>latanoprost 0.005% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>methazolamide (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pilocarpine hcl (1% drops, 2% drops, 4% drops)</i>	\$0 (Tier 1)	
RHOPRESSA 0.02% OPHTH SOLUTION	\$0 (Tier 1)	QL (5 per 30 days)
ROCKLATAN 0.02%-0.005% EYE DRP	\$0 (Tier 1)	QL (5 per 30 days)
<i>travoprost 0.004% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	ST
VYZULTA 0.024% OPHTH SOLUTION	\$0 (Tier 1)	ST

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>acetic acid 2% ear solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ciproflox-dexameth otic susp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ciprofloxacin-hydrocort 0.2-1%</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluocinolone oil 0.01% ear drp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ear soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ear susp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ofloxacin 0.3% ear drops</i>	\$0 (Tier 1)	

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)
<i>budesonide (0.25 mg/2 ml susp, 0.5 mg/2 ml susp, 1 mg/2 ml inh susp)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>flunisolide 0.025% spray</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (50 per 30 days)
<i>fluticasone prop 100mcg diskus</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>fluticasone prop 250 mcg disk</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
<i>fluticasone prop 50 mcg diskus</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>fluticasone prop 50 mcg spray</i>	\$0 (Tier 1)	QL (16 per 30 days)
QVAR REDIHALER (40 MCG, 80 MCG)	\$0 (Tier 1)	QL (21.2 per 30 days)
Antihistamines		
<i>azelastine 0.1% (137 mcg) spry</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>ciproheptadine hcl (2 mg/5 ml soln, 2 mg/5 ml syrup, 4 mg tablet, 4 mg/10 ml syr)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>desloratadine 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>levocetirizine 2.5 mg/5 ml sol</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levocetirizine 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Antileukotrienes		
<i>montelukast sodium (4 mg granules, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>zafirlukast (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Bronchodilators, Anticholinergic		
ATROVENT 17 MCG HFA INHALER	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>ipratropium br 0.02% soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ipratropium bromide (0.03% spray, 0.06% spray)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG, 2.5 MCG)	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 30 days)
<i>tiotropium 18 mcg cap-inhaler</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Bronchodilators, Sympathomimetic		
<i>albuterol sulfate (sul 0.63 mg/3 ml sol, sul 1.25 mg/3 ml sol, 2 mg/5 ml syrup cup, sul 2.5 mg/3 ml soln, sulf 2 mg/5 ml syrup, 2.5 mg/0.5 ml sol, 5 mg/ml solution, 8 mg/20 ml syrup cup, 15 mg/3 ml solution, 20 mg/4 ml solution, 25 mg/5 ml solution, 75 mg/15 ml soln, 100 mg/20 ml soln)</i>	\$0 (Tier 1)	

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (proair generic)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (proventil generic)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (ventolin generic)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (36 per 30 days)
<i>arformoterol 15 mcg/2 ml soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>epinephrine (0.15 mg auto-inject, 0.3 mg auto-inject)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 30 days), NDS
<i>levalbuterol conc 1.25 mg/0.5</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3 ml sol, 0.63 mg/3 ml sol, 1.25 mg/3 ml sol)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>levalbuterol tar hfa 45mcg inh</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
NEFFY (1 MG/0.1 ML NASAL SPRAY, 2 MG/0.1 ML NASAL SPRAY)	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 30 days), NDS
SEREVENT DISKUS 50 MCG	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHAL SPRAY	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 30 days)

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
TOBI PODHALER 28 MG INHALE CAP	\$0 (Tier 1)	PA
<i>tobramycin (300 mg/4 ml, 300 mg/5 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
TRIKAFTA (50-25-37.5 MG/75 MG, 100-50-75 MG/150 MG)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (84 per 28 days)
TRIKAFTA (80-40- 60MG/59.5MG PKT, 100-50-75 MG/75MG PKT)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (56 per 28 days)
Mast Cell Stabilizers		
<i>cromolyn sodium (20 mg/2 ml neb soln, 100 mg/5 ml oral conc)</i>	\$0 (Tier 1)	
Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease		
<i>roflumilast (250 mcg tablet, 500 mcg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>theophylline 80 mg/15 ml cup</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>theophylline 80 mg/15ml oral solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>theophylline anhydrous (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tab, er 450 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>theophylline er (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet, er 450 mg tablet, er 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Pulmonary Antihypertensives		
ADEMPAS (0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 1.5 MG TABLET, 2 MG TABLET, 2.5 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, LA
ALYQ 20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>bosentan (62.5 mg tablet, 125 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, LA, QL (60 per 30 days)
<i>bosentan 32 mg tablet for susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
ORENITRAM ER (ER 0.125 MG TABLET, ER 0.25 MG TABLET, ER 1 MG TABLET, ER 2.5 MG TABLET, ER 5 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT	\$0 (Tier 1)	PA

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT	\$0 (Tier 1)	PA
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT	\$0 (Tier 1)	PA
<i>sildenafil 20 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>sildenafil citrate (10 mg/ml oral susp, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>tadalafil 20mg tablet (adcirca generic)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
TADLIQ 20 MG/5 ML SUSPENSION	\$0 (Tier 1)	PA, QL (300 per 30 days)
Pulmonary Fibrosis Agents		
JASCAYD (9 MG TABLET, 18 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
OFEV (100 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>pirfenidone (267 mg capsule, 267 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (270 per 30 days)

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
<i>pirfenidone (534 mg tablet, 801 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
Respiratory Tract Agents, Other		
<i>acetylcysteine (10% vial, 20% vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
BREO ELLIPTA (50-25 MCG INHALER, 100-25 MCG INHALR, 200-25 MCG INHALR)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
BREYNA (80-4.5 MCG INHALER, 160-4.5 MCG INHALER)	\$0 (Tier 1)	QL (33 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE (160-18-4.8MCG, 160-9-4.8 MCG)	\$0 (Tier 1)	QL (10.7 per 30 days)
BRINSUPRI (10 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate (80-4.5, 160-4.5)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (33 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 30 days)
FASENRA (10 MG/0.5 ML SYRINGE, 30 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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
<i>fluticasone prop hfa 220 mcg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa (hfa 44 mcg, hfa 110 mcg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol (100-50, 250-50, 500-50)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol (55-14, 113-14, 232-14)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol hfa (45-21, 115-21, 230-21)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>fluticasone-vilanterol (100-25, 200-25)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>iprat-albut 0.5-3(2.5) mg/3 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
NUCALA (100 MG/ML AUTO-INJECTOR, 100 MG/ML POWDER VIAL, 100 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (3 per 28 days)
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (0.4 per 28 days)
STIOLTO RESPIMAT (INHAL SPRAY, INHALER (10), INHALER (28), INHALER (60))	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 30 days)

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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		
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		
<i>carisoprodol 350 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>cyclobenzaprine hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>methocarbamol (500 mg tablet, 750 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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
Skeletal Muscle Relaxants		
<i>orphenadrine er 100 mg tablet</i>	\$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		
<i>eszopiclone (1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>ramelteon 8 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>tasimelteon 20 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>temazepam (15 mg capsule, 30 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days), NDS
<i>triazolam (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days), NDS
<i>zaleplon (5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate er (er 6.25 mg tab, er 12.5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

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

إذا كنت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete 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 إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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
Sleep Disorder Agents		
Wakefulness Promoting Agents		
<i>armodafinil (50 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>modafinil (100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>sodium oxybate 0.5 g/ml soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA

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

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات 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
Supplies		
<i>insulin syringe (disp) u-100 1ml</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
<i>isopropyl alcohol 0.7ml/ml medicated pad</i>	\$0 (Tier 1)	ST
<i>needles, insulin disp., safety</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)

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 إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare

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 135
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	Anti-influenza Agents	110	Antispasmodics, Gastrointestinal	175
<i>anastrozole</i>	73	Antiandrogens	69	Antispasmodics, Urinary	182
ANDEMBRY		Antiangiogenic Agents	70	ANTISPASTICITY	
AUTOINJECTOR	211	Antiarrhythmics	134	AGENTS	103
Androgens	188	ANTIBACTERIALS	30	Antispasticity Agents	103
ANESTHETICS	27	Antibacterials, Other	30	Antithyroid Agents	209
ANGELIQ	191	Anticholinergics	92	Antituberculars	68
Angioedema Agents	210	Anticoagulants	124	Antiviral, Coronavirus Agents	112
Angiotensin II Receptor Antagonists	132	ANTICONVULSANTS	42	ANTIVIRALS	104
Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors	133	Anticonvulsants, Other	42	ANUSOL-HC	227
ANNOVERA	189	ANTIDEMENTIA AGENTS	51	ANXIOLYTICS	112
Anthelmintics	91	Antidementia Agents, Other	51	Anxiolytics, Other	112
ANTI-		ANTIDEPRESSANTS	52	<i>apraclonidine hcl</i>	234
ADDICTION/SUBSTANCE		Antidepressants, Other	52	<i>aprepitant</i>	60,61
ABUSE TREATMENT		Antidiabetic Agents	115	APRI	192
AGENTS	28	ANTIEMETICS	59	APTIVUS	108
Anti-Constipation Agents	173	Antiemetics, Other	59	AQNEURSA	178
Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents	109	Antiestrogens/Modifiers	71	AQVESME	127
Anti-Diarrheal Agents	174	ANTIFUNGALS	61	ARANELLE	192
Anti-hepatitis B (HBV) Agents	109	Antifungals	61	ARCALYST	212
Anti-hepatitis C (HCV) Agents	110	ANTIGOUT AGENTS	64	AREXVY VACCINE	223
Anti-HIV Agents, Integrase Inhibitors (INSTI)	104	Antigout Agents	64	<i>arformoterol tartrate</i>	239
Anti-HIV Agents, Non- nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)	105	Antiherpetic Agents	111	ARIKAYCE	30
Anti-HIV Agents, Nucleoside and Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)	106	Antihistamines	237	<i>aripiprazole</i>	97
Anti-HIV Agents, Other	107	Antileukotrienes	237	<i>aripiprazole odt</i>	97
Anti-HIV Agents, Protease Inhibitors (PI)	108	Antimetabolites	71	ARISTADA	97
Anti-inflammatories, Inhaled Corticosteroids	236	ANTIMIGRAINE AGENTS	65	ARISTADA INITIO	98
		Antimigraine Agents	65	<i>armodafinil</i>	248
		ANTIMYASTHENIC AGENTS	67	ARNUITY ELLIPTA	236
		ANTIMYCOBACTERIALS	68	Aromatase Inhibitors, 3rd Generation	73
		Antimycobacterials, Other	68	<i>asenapine maleate</i>	98
		ANTINEOPLASTICS	69	ASHLYNA	192
		Antineoplastics	72	<i>aspirin-dipyridamole er</i>	130
		Antineoplastics, Other	72	<i>atazanavir sulfate</i>	108
		ANTIPARASITICS	91	<i>atenolol</i>	136
		ANTIPARKINSON AGENTS	92	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	141
		Antiparkinson Agents, Other	92	<i>atomoxetine hcl</i>	151
		Antiprotozoals	91	<i>atorvastatin calcium</i>	146
		ANTIPSYCHOTICS	95		
		Antipsychotics	102		

B

Bronchodilators,	CAMZYOS.....	142	CENTRAL NERVOUS	
Anticholinergic.....	<i>candesartan cilexetil</i>	132	SYSTEM AGENTS.....	150
Bronchodilators,	CAPLYTA.....	98	Central Nervous System	
Sympathomimetic.....	CAPRELSA.....	75	Agents, Other.....	153
BRUKINSA.....	<i>carbamazepine</i>	48	<i>cephalexin</i>	35
<i>budesonide</i>	<i>carbamazepine er</i>	49	<i>cevimeline hcl</i>	156
<i>budesonide dr</i>	Carbapenems.....	38	CHEMET.....	167
<i>budesonide ec</i>	<i>carbidopa</i>	94	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	113
<i>budesonide-formoterol</i>	<i>carbidopa-levodopa</i>	94	<i>chlorhexidine gluconate</i>	156
<i>fumarate</i>	<i>carbidopa-levodopa er</i>	94	<i>chloroquine phosphate</i>	91
<i>bumetanide</i>	<i>carbidopa-levodopa-</i>		<i>chlorpromazine hcl</i>	95
<i>buprenorphine hcl</i>	<i>entacapone</i>	93	<i>chlorthalidone</i>	145
<i>buprenorphine-naloxone</i>	CARDAMYST.....	138	CHOLBAM.....	178
<i>bupropion hcl</i>	CARDIOVASCULAR		<i>cholestyramine</i>	147
<i>bupropion hcl sr</i>	AGENTS.....	131	<i>cholestyramine light</i>	147
<i>bupropion xl</i>	Cardiovascular Agents,		Cholinesterase Inhibitors....	51
<i>bupirone hcl</i>	Other.....	140	<i>ciclopirox</i>	163
<i>butalbital-acetaminophen-</i>	<i>carglumic acid</i>	165	<i>cilostazol</i>	130
<i>caffeine 50-325-40 mg tablet</i>	<i>carisoprodol</i>	246	CILOXAN.....	231
	<i>carteolol hcl</i>	234	CIMDUO.....	106
	CARTIA XT.....	138	<i>cimetidine</i>	176
	<i>carvedilol</i>	136	CIMZIA (2 PACK).....	218
<i>cabergoline</i>	<i>caspofungin acetate</i>	61	CIMZIA 2X200 MG/ML	
CABLIVI 11 MG VIAL KIT...130	CAYSTON.....	240	SYRINGE KIT.....	218
CABOMETYX.....	<i>cefaclor</i>	33	<i>cinacalcet hcl</i>	228
<i>calcipotriene</i>	<i>cefadroxil</i>	33	CINRYZE.....	210
Calcitonin Gene-Related	<i>cefazolin sodium</i>	33	<i>ciprofloxacin hcl</i>	40,231
Peptide (CGRP) Receptor	<i>cefdinir</i>	34	<i>ciprofloxacin-d5w</i>	40
Antagonists.....	<i>cefepime hcl</i>	34	<i>ciprofloxacin-</i>	
<i>calcitonin-salmon</i>	<i>cefixime</i>	34	<i>dexamethasone</i>	236
<i>calcitriol</i>	<i>cefotetan</i>	34	<i>ciprofloxacin-</i>	
<i>calcium acetate</i>	<i>cefoxitin</i>	34	<i>hydrocortisone</i>	236
Calcium Channel Blocking	<i>cefpodoxime proxetil</i>	34	<i>citalopram hbr</i>	54
Agents, Dihydropyridines...137	<i>cefprozil</i>	34	CLARAVIS.....	157
Calcium Channel Blocking	<i>ceftaroline fosamil</i>	34	<i>clarithromycin</i>	39
Agents,	<i>ceftazidime</i>	34	CLEOCIN.....	164
Nondihydropyridines.....	<i>ceftriaxone</i>	35	CLIMARA PRO.....	192
Calcium Channel Modifying	<i>cefuroxime</i>	35	<i>clindamycin (pediatric)</i>	31
Agents.....	<i>cefuroxime sodium</i>	35	<i>clindamycin 1% gel</i>	164
CALQUENCE.....	<i>celecoxib</i>	23	<i>clindamycin hcl</i>	31
CAMILA.....	CELLCEPT.....	218	<i>clindamycin pediatric</i>	31
CAMRESE LO.....				

<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i>157	COPIKTRA.....76	<i>dapsone</i>68
<i>clindamycin phosphate</i> ..31,164	CORTROPHIN.....184	DAPTACEL DTAP.....223
<i>clindamycin phosphate-d5w</i> ..31	CORTROPHIN GEL 400 UNIT/5 ML.....184	<i>daptomycin</i>31
CLINIMIX.....168	COSENTYX (2 SYRINGES)212	<i>darifenacin er</i>182
CLINIMIX E.....168	COSENTYX SENSOREADY (2 PENS).....212	<i>darunavir</i>108
CLINISOL.....168	COSENTYX SENSOREADY PEN.....212	<i>dasatinib</i>76
CLINOLIPID.....168	COSENTYX SYRINGE.....212	DAURISMO.....76
<i>clobazam</i>45	COSENTYX UNOREADY PEN.....212	DAWNZERA.....210
<i>clobetasol emollient</i>159	COTELLIC.....76	DAYBUE STIX.....178
<i>clobetasol propionate</i>159	CRENESSITY.....186	DEBLITANE.....202
<i>clomipramine hcl</i>58	CREON.....178	<i>deferasirox</i>167
<i>clonazepam</i>45,46	CRESEMBA.....62	<i>deferiprone</i>167
<i>clonazepam 0.125 mg odt</i> ...46	CRINONE.....202	<i>deferiprone (3 times a day)</i> .167
<i>clonazepam 0.5 mg odt</i>46	<i>cromolyn sodium</i>232,241	<i>deflazacort</i>184
<i>clonazepam 1 mg odt</i>46	CROTAN.....163	DELSTRIGO.....105
<i>clonidine</i>131	CRYSELLE.....193	<i>demeclocycline hcl</i>41
<i>clonidine hcl</i>131	CTEXLI.....178	DENTAL AND ORAL AGENTS.....156
<i>clonidine hcl er</i>151	<i>cyclobenzaprine hcl</i>246	Dental and Oral Agents....156
<i>clopidogrel</i>130	<i>cyclophosphamide</i>69	DEPO-ESTRADIOL.....189
<i>clorazepate dipotassium</i>46	<i>cyclosporine</i>218,230	DEPO-SUBQ PROVERA 104.....202
<i>clotrimazole</i>62	<i>cyclosporine modified</i>218	Dermatitis and Pruritus Agents.....158
<i>clotrimazole-betamethasone</i>161	<i>cyproheptadine hcl</i>237	DERMATOLOGICAL AGENTS.....157
<i>clozapine</i>103	CYRED.....193	Dermatological Agents, Other.....161
<i>clozapine odt</i>103	CYRED EQ.....193	DESCOVY.....106
COARTEM.....91	CYSTAGON.....178	<i>desipramine hcl</i>58
COBENFY.....102,103	CYSTARAN.....178	<i>desloratadine</i>237
COBENFY STARTER PACK.....103	Cystic Fibrosis Agents.....240	<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr</i>186
<i>codeine sulfate</i>26	D	<i>desmopressin acetate</i>186
<i>colchicine</i>64	<i>dabigatran etexilate</i>124	<i>desonide</i>159
<i>colesevelam hcl</i>115,147	<i>dalbavancin hcl</i>31	<i>desoximetasone</i>159
<i>colestipol hcl</i>147	<i>dalfampridine er</i>155	<i>desvenlafaxine er</i>54,55
<i>colistimethate</i>31	<i>danazol</i>188	<i>desvenlafaxine succinate er</i> .55
COMBIPATCH.....193	<i>dantrolene sodium</i>104	<i>dexamethasone</i>184
COMBIVENT RESPIMAT...244	DANZITEN.....76	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>233
COMETRIQ.....75	<i>dapagliflozin</i>115	
CONEXXENCE.....229	<i>dapagliflozin-metformin er</i> ..115	
<i>conjugated estrogens</i>189		
CONSTULOSE.....173		

<i>dextroamphetamine sulfate</i>	150	<i>diltiazem hcl</i>	139	DUPIXENT PEN	212
<i>dextroamphetamine sulfate</i>		<i>dimethyl fumarate</i>	155	DUPIXENT SYRINGE	212
<i>er</i>	150	<i>diphenoxylate-atropine</i>	174	<i>dutasteride</i>	183
<i>dextroamphetamine-amphet</i>		<i>dipyridamole</i>	130	DUVYZAT	179
<i>er</i>	150	<i>disopyramide phosphate</i>	134	Dyslipidemics, Fibrin Acid	
<i>dextroamphetamine-</i>		<i>disulfiram</i>	28	Derivatives	145
<i>amphetamine</i>	150,151	Diuretics, Loop	144	Dyslipidemics, HMG CoA	
<i>dextromethorphan hbr-</i>		Diuretics, Potassium-		Reductase Inhibitors	146
<i>quinidine</i>	153	sparing	145	Dyslipidemics, Other	147
<i>dextrose 10%-0.2% nacl</i>	168	Diuretics, Thiazide	145		
<i>dextrose 10%-0.45% nacl</i>	169	<i>divalproex sodium</i>	42	E	
<i>dextrose 2.5%-0.45% nacl</i>	169	<i>divalproex sodium er</i>	43	<i>ec-naproxen</i>	23
<i>dextrose 5%-0.2% nacl</i>	169	<i>dofetilide</i>	134	<i>econazole nitrate</i>	164
<i>dextrose 5%-0.225% nacl</i>	169	DOJOLVI	167	EDURANT PED	105
<i>dextrose 5%-0.45% nacl</i>	169	DOLISHALE	193	<i>efavirenz</i>	105
<i>dextrose 5%-0.9% nacl</i>	169	<i>donepezil hcl</i>	51	<i>efavirenz-emtricitenofovir</i>	
<i>dextrose in water</i>	169	<i>donepezil hcl odt</i>	51	<i>disop</i>	105
DIACOMIT	42	Dopamine Agonists	93	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	
<i>diazepam</i>	46,113	Dopamine Precursors and/or L-		<i>disop</i>	105
<i>diazoxide</i>	120	Amino Acid Decarboxylase		EGRIFTA WR	186
<i>dichlorphenamide</i>	178	Inhibitors	94	Electrolyte/Mineral	
<i>diclofenac epolamine</i>	23	DOPTelet	130,131	Replacements	165
<i>diclofenac potassium</i>	23	<i>dorzolamide hcl</i>	235	Electrolyte/Mineral/Metal	
<i>diclofenac sodium</i>	23,161,233	<i>dorzolamide-timolol</i>	230	Modifiers	167
<i>diclofenac sodium er</i>	23	DOTTI	189	ELECTROLYTES/MINERALS/	
<i>dicloxacillin sodium</i>	37	DOVATO	104	METALS/VITAMINS	165
<i>dicyclomine hcl</i>	175	<i>doxazosin mesylate</i>	132	Electrolytes/Minerals/Metals/Vit	
DIFICID	39	<i>doxepin hcl</i>	58,159	amins	168
<i>diflorasone diacetate</i>	159	<i>doxercalciferol</i>	229	ELIGARD	207
<i>difluprednate</i>	233	DOXY 100	41	ELIGARD 22.5 MG	
<i>digoxin</i>	134,142	<i>doxycycline hyclate</i>	41,156	SYRINGE	207
<i>digoxin 125 mcg tablet</i>	134	<i>doxycycline monohydrate</i>	41	ELIGARD 30 MG	
<i>digoxin 250 mcg tablet</i>	134	DRIZALMA SPRINKLE	55	SYRINGE	207
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	66	<i>dronabinol</i>	61	ELIGARD 45 MG	
DILANTIN	49	<i>drospirenone-eth estr-</i>		SYRINGE	207
DILANTIN-125	49	<i>levomef</i>	193	ELIGARD 7.5 MG	
DILT-XR	138	<i>drospirenone-ethinyl</i>		SYRINGE	207
<i>diltiazem 12hr er</i>	139	<i>estradiol</i>	193	ELIQUIS	124,125
<i>diltiazem 24hr er</i>	139	<i>droxidopa</i>	131	ELMIRON	183
<i>diltiazem 24hr er (cd)</i>	139	DUAVEE	204	<i>eltrombopag olamine</i>	127,128
<i>diltiazem 24hr er (xr)</i>	139	<i>duloxetine hcl</i>	55	ELURYNG	193

ELYXYB.....	65	ERLEADA.....	69	<i>famciclovir</i>	111
EMBRIVA.....	169	<i>erlotinib hcl</i>	77	<i>famotidine</i>	177
Emetogenic Therapy		ERRIN.....	203	FANAPT.....	98,99
Adjuncts.....	60	<i>ertapenem</i>	38	FARXIGA.....	115
EMGALITY 300 MG (100 MG X		ERYTHROCIN		FASENRA.....	244
3 SYRINGE).....	66	LACTOBIONATE.....	39	FASENRA PEN.....	245
EMGALITY PEN.....	65	<i>erythromycin</i>	39,164,231	<i>febuxostat</i>	64
EMGALITY SYRINGE.....	66	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	40	FEIRZA.....	194
EMPAVELI.....	213	<i>erythromycin-benzoyl</i>		<i>felbamate</i>	43
EMSAM.....	54	<i>peroxide</i>	157	<i>felodipine er</i>	137,138
<i>emtricitabine</i>	106	ERZOFRI.....	98	FEMLYV.....	194
<i>emtricitabine-rilpivirine-tenofovir</i>	105	<i>escitalopram oxalate</i>	55	FEMRING.....	190
<i>disop</i>	106,107	<i>eslicarbazepine acetate</i>	49	<i>fenofibrate</i>	145
EMTRIVA.....	107	<i>esomeprazole magnesium</i>	177	<i>fenofibric acid</i>	146
<i>enalapril maleate</i>	133	ESTARYLLA.....	193	<i>fentanyl</i>	24
<i>enalapril-</i>		ESTRACE.....	189	FERRIPROX.....	167
<i>hydrochlorothiazide</i>	142	<i>estradiol</i>	189	<i>fesoterodine fumarate er</i> ...	182
ENBREL.....	219	<i>estradiol (once weekly)</i>	190	FETZIMA.....	55
ENBREL MINI.....	219	<i>estradiol (twice weekly)</i>	190	FIASP.....	121
ENBREL SURECLICK.....	219	<i>estradiol valerate</i>	190	FIASP FLEXTOUCH.....	121
ENGERIX-B ADULT.....	223	<i>estradiol-norethindrone</i>		FIASP PENFILL.....	121
ENGERIX-B PEDIATRIC-		<i>acetat</i>	193	Fibromyalgia Agents.....	154
ADOLESCENT.....	223	ESTRING.....	190	<i>fidaxomicin</i>	40
ENILLORING.....	193	Estrogens.....	189	FILSPARI.....	142
<i>enoxaparin sodium</i>	125	<i>eszopiclone</i>	247	FILSUVEZ.....	161
ENSACOVE.....	76	<i>ethambutol hcl</i>	68	<i>finasteride</i>	183
ENSKYCE.....	193	<i>ethosuximide</i>	45	<i> fingolimod</i>	155
<i>entacapone</i>	93	<i>etodolac</i>	23	FINTEPLA.....	43
<i>entecavir</i>	110	<i>etonogestrel-ethinyl</i>		FINZALA.....	194
ENTRESTO SPRINKLE.....	142	<i>estradiol</i>	193	FIRMAGON.....	208
ENTYVIO PEN.....	211	<i>etravirine</i>	105	FLAREX.....	233
ENULOSE.....	173	EUCRISA.....	161	<i>flavoxate hcl</i>	182
ENVARUSUS XR.....	219	EULEXIN.....	70	<i>flecainide acetate</i>	134
EPIDIOLEX 100 MG/ML		<i>everolimus</i>	77,219	<i>fluconazole</i>	62
SOLUTION.....	43	EVOTAZ.....	108	<i>fluconazole in saline</i>	62
<i>epinephrine</i>	239	<i>exemestane</i>	74	<i>fluconazole-nacl</i>	62
<i>eplerenone</i>	148	EXXUA.....	53	<i>flucytosine</i>	62
ERAXIS.....	62	<i>ezetimibe</i>	147	<i>fludrocortisone acetate</i>	185
Ergot Alkaloids.....	66	F		<i>flunisolide</i>	237
ERIVEDGE.....	76	FALMINA.....	194	<i>fluocinolone acetonide</i>	159
				<i>fluocinolone acetonide oil</i> ...	236

<i>fluocinonide</i>	159	Gamma-Aminobutyric Acid	GILOTRIF.....	77
<i>fluocinonide-e</i>	160	(GABA) Modulating Agents..	GIMOTI.....	59
<i>fluoride</i>	165	GAMMAGARD LIQUID.....	<i>glatiramer acetate</i>	155
<i>fluorometholone</i>	233	GAMMAGARD LIQUID	GLATOPA.....	155
<i>fluorouracil</i>	161,162	ERC.....	<i>glimepiride</i>	115
<i>fluoxetine hcl</i>	56	GAMMAGARD S-D.....	<i>glipizide</i>	115
<i>fluphenazine decanoate</i>	95	GAMUNEX-C.....	<i>glipizide er</i>	116
<i>fluphenazine hcl</i>	95	GARDASIL 9.....	<i>glipizide xl</i>	116
<i>flurbiprofen sodium</i>	233	GASTROINTESTINAL	<i>glipizide-metformin</i>	116
<i>fluticasone propionate</i> ..	160,237	AGENTS.....	GLOPERBA.....	64
<i>fluticasone propionate hfa</i> ..	245	Gastrointestinal Agents,	GLUCAGON 1 MG	
<i>fluticasone-salmeterol</i>	245	Other.....	EMERGENCY KIT.....	120
<i>fluticasone-salmeterol hfa</i> ..	245	<i>gatifloxacin</i>	Glucocorticoids.....	227
<i>fluticasone-vilanterol</i>	245	GATTEX 5 MG INJECTION.....	<i>glucose in water</i>	169
<i>fluvoxamine maleate</i>	56	<i>gauze pads & dressings - pads</i>	<i>glyburide</i>	116
FML FORTE.....	233	2 x 2.....	<i>glyburide-metformin hcl</i>	116
FOLATEXCEL.....	169	GAVILYTE-C.....	Glycemic Agents.....	120
<i>fondaparinux sodium</i>	125	GAVILYTE-G.....	<i>glycerol phenylbutyrate</i>	179
FORZINITY.....	179	GAVILYTE-N.....	<i>glycopyrrolate</i>	175
<i>fosamprenavir calcium</i>	108	GAVRETO.....	GOLYTELY.....	176
<i>fosfomycin tromethamine</i>	31	<i>gefitinib</i>	GOMEKLI.....	77,78
<i>fosinopril sodium</i>	133	<i>gemfibrozil</i>	<i>granisetron hcl</i>	61
<i>fosinopril-</i>		GEMMILY.....	GRANIX.....	128
<i>hydrochlorothiazide</i>	142	GEMTESA.....	GRASTEK.....	211
FOTIVDA.....	77	GENERLAC.....	<i>griseofulvin</i>	62
FRAGMIN.....	125,126	GENETIC, ENZYME, OR	<i>griseofulvin ultramicrosized</i> ...	62
FRUZAQLA.....	77	PROTEIN DISORDER:	<i>guanfacine hcl</i>	131
FULPHILA.....	128	REPLACEMENT, MODIFIERS,	<i>guanfacine hcl er</i>	151
<i>furosemide</i>	144	TREATMENT.....	GVOKE.....	120
FYAVOLV.....	194	Genetic, Enzyme, or Protein	GVOKE HYPOPEN 1-	
FYLNETRA.....	128	Disorder: Replacement,	PACK.....	120
		Modifiers, Treatment.....	GVOKE HYPOPEN 2-	
G		GENGRAF.....	PACK.....	120
<i>gabapentin</i>	46,47	GENITOURINARY	GVOKE PFS 1-PACK	
<i>galantamine er</i>	51	AGENTS.....	SYRINGE.....	121
<i>galantamine hbr</i>	51	Genitourinary Agents, Other	GVOKE PFS 2-PACK	
<i>galantamine hydrobromide</i> ...	51	GENOTROPIN.....	SYRINGE.....	121
GALBRIELA.....	194	<i>gentamicin sulfate</i> ..		
GALLIFREY.....	203	<i>gentamicin sulfate in ns</i>	H	
		GENVOYA.....	HADLIMA.....	219
		GESTYRA.....	HADLIMA PUSHTOUCH...	219

LAST UPDATED: 9/2026

Immunostimulants.....	217	INVEGA HAFYERA.....	99	JASCAYD.....	243
Immunosuppressants.....	217	INVEGA SUSTENNA.....	99	JASMIEL.....	195
IMOVAX RABIES		INVEGA TRINZA.....	99,100	JAVYGTOR.....	179
VACCINE.....	224	INVOKAMET.....	116	JAYPIRCA.....	80
IMULDOSA.....	213	INVOKAMET XR.....	117	JAYTHARI.....	185
IMVEXXY.....	190	INVOKANA.....	117	JIDEYTRO.....	80
INCASSIA.....	203	IOPIDINE.....	235	JINTELI.....	195
INCRELEX.....	187	IPOL.....	224	JOENJA.....	179
<i>indapamide</i>	145	<i>ipratropium bromide</i>	238	JOURNAVX.....	22
<i>indomethacin</i>	24	<i>ipratropium-albuterol</i>	245	JOYEAUX.....	195
INFANRIX DTAP VACCINE	224	<i>irbesartan</i>	132	JULEBER.....	195
INFLAMMATORY BOWEL		<i>irbesartan-</i>		JULUCA.....	105
DISEASE AGENTS.....	227	<i>hydrochlorothiazide</i>	142	JUNEL.....	195
INGREZZA.....	153	ISENTRESS.....	104	JUNEL FE.....	195
INGREZZA INITIATION		ISENTRESS HD.....	104	JUNEL FE 24.....	195
PK(TARDIV).....	154	ISIBLOOM.....	195	JYLAMVO.....	220
INGREZZA SPRINKLE.....	154	ISOLYTE P WITH		JYNNEOS VACCINE.....	224
INLURIYO.....	71	DEXTROSE.....	170		
INLYTA.....	79	ISOLYTE S.....	165	K	
INQOVI.....	72	<i>isoniazid</i>	68	KAITLIB FE.....	195
INREBIC.....	79	<i>isopropyl alcohol 0.7ml/ml</i>		KALYDECO.....	240
<i>insulin glargine max</i>		<i>medicated pad</i>	249	KARIVA.....	195
<i>solostar</i>	122	<i>isosorbide dinitrate</i>	149	<i>kcl-d5w-0.45% nacl</i>	170
<i>insulin glargine solostar</i>	122	<i>isosorbide mononit er 60 mg</i>		KELNOR 1-35.....	196
<i>insulin glargine-yfgn</i>	122	<i>tb</i>	149	KERENDIA.....	148
<i>insulin lispro</i>	123	<i>isosorbide mononitrate er</i>	149	<i>ketoconazole</i>	63
<i>insulin lispro junior kwikpen</i>	123	<i>isotretinoin</i>	157	<i>ketorolac tromethamine</i>	233
<i>insulin lispro kwikpen u-100</i>	122	ISTURISA.....	187	KEVZARA.....	213
<i>insulin lispro protamine mix</i>	123	ITOVEBI.....	79	KINERET.....	213
<i>insulin pen needle</i>	248	<i>itraconazole</i>	63	KINRIX VACCINE.....	224
<i>insulin syringe (disp) u-100 0.3</i>		<i>ivabradine hcl</i>	142	KIONEX.....	172
<i>ml</i>	248	<i>ivermectin</i>	91	KISQALI.....	80
<i>insulin syringe (disp) u-100 1/2</i>		IWILFIN.....	72	KLOR-CON 10.....	165
<i>ml</i>	248	IXIARO VACCINE.....	224	KLOR-CON 8.....	165
<i>insulin syringe (disp) u-100</i>				KLOXXADO.....	29
<i>1ml</i>	249	J		KOMZIFTI.....	72
Insulins.....	121	JAIMIESS.....	195	KOSELUGO.....	80,81
INTELENCE.....	106	JAKAFI.....	79	KOURZEQ.....	156
INTRALIPID.....	169	JAKAFI XR.....	80	KRAZATI.....	81
INTRAROSA.....	194	<i>jantoven</i>	126	KRINTAFEL.....	91
INTROVALE.....	195	JARDIANCE.....	117	KRISTALOSE.....	173

KURVELO.....	196	levetiracetam.....	43	LOESTRIN FE.....	197
KYGEVVI.....	179	levetiracetam er.....	44	lofexidine hcl.....	28
KYLEENA.....	196	levobunolol hcl.....	234	LOJAIMIESS.....	197
KYMBEE.....	185	levocarnitine.....	170	LOKELMA.....	172
L		levocetirizine.....		lomustine.....	69
		dihydrochloride.....	237	LONSURF.....	73
		levofloxacin.....	40	loperamide.....	175
l-glutamine.....	179	levofloxacin-d5w.....	40	lopinavir-ritonavir.....	108
labetalol hcl.....	136	LEVONEST.....	196	lorazepam.....	114
lacosamide.....	49	levonorg-eth estrad eth.....		LORAZEPAM INTENSOL.....	114
lactulose.....	173	estrad.....	196	LORBRENA.....	81,82
lamivudine.....	107	levonorg-eth estrad-fe.....		LORYNA.....	197
lamivudine 100 mg tablet.....	110	bisglyc.....	196	losartan potassium.....	132
lamivudine-zidovudine.....	107	levonorgestrel-eth estradiol.....	196	losartan-	
lamotrigine.....	43	levorphanol tartrate.....	25	hydrochlorothiazide.....	142
lamotrigine (blue).....	43	levothyroxine sodium.....	204	LOTEMAX.....	233
lamotrigine (green).....	43	LEVOXYL.....	205	loteprednol etabonate.....	233
lamotrigine (orange).....	43	lidocaine.....	27	lovastatin.....	146
lansoprazol-amoxicil-		lidocaine hcl.....	27	LOW-OGESTREL.....	197
clarithro.....	176	lidocaine hcl viscous.....	27	loxapine.....	96
lansoprazole.....	177	lidocaine-prilocaine.....	27	lubiprostone.....	174
LANTUS.....	123	LIFYORLI.....	72	LUIZZA.....	197
LANTUS SOLOSTAR.....	123	LILETTA.....	196	LUMAKRAS.....	82
lapatinib.....	81	linezolid.....	32	LUPRON DEPOT.....	208
LARIN.....	196	linezolid-d5w.....	32	LUPRON DEPOT	
LARIN FE.....	196	LINZESS.....	174	(LUPANETA).....	208
latanoprost.....	235	LIOMNY.....	205	lurasidone hcl.....	100
LAZCLUZE.....	81	liothyronine sodium.....	206	LYBALVI.....	100
leflunomide.....	220	lisinopril.....	133	LYLEQ.....	203
lenalidomide.....	70	lisinopril-		LYLLANA.....	191
LENVIMA.....	81	hydrochlorothiazide.....	142	LYNPARZA.....	82
LEQEMBI IQLIK.....	51	LITFULO.....	213	LYSODREN.....	73
LEQSELVI.....	213	lithium carbonate.....	114	LYTGOBI.....	82
LESSINA.....	196	lithium carbonate er.....	114	LYZA.....	203
letrozole.....	74	lithium citrate.....	114	M	
leucovorin calcium.....	90	LITHOSTAT.....	183		
LEUKERAN.....	69	LIVTENCITY.....	109		
LEUKINE.....	217	LO LOESTRIN FE.....	196	M-M-R II VACCINE.....	224
leuprolide acetate.....	208	LOARGYS.....	179	Macrolides.....	39
levalbuterol concentrate.....	239	Local Anesthetics.....	27	magnesium sulfate.....	165,170
levalbuterol hcl.....	239	LOESTRIN.....	196	malathion.....	163
levalbuterol tartrate hfa.....	239			maraviroc.....	107

MARLISSA.....	197	<i>methazolamide</i>	235	Mineralocorticoid Receptor	
MARPLAN.....	54	<i>methenamine hippurate</i>	32	Antagonists.....	148
Mast Cell Stabilizers.....	241	<i>methimazole</i>	209	<i>minocycline hcl</i>	42
MATERNACEL.....	170	<i>methocarbamol</i>	246	<i>minoxidil</i>	148
MATERVIA.....	170	<i>methotrexate</i>	220	MINZOYA.....	197
MATRONEX.....	170	<i>methotrexate sodium</i>	220	MIPLYFFA.....	179
MATULANE.....	69	<i>methoxsalen</i>	162	<i>mirabegron er</i>	182
MAVYRET.....	110	<i>methsuximide</i>	45	MIRENA.....	198
<i>meclizine hcl</i>	59	<i>methylphenidate</i>	151	<i>mirtazapine</i>	53
<i>medroxyprogesterone</i>		<i>methylphenidate er</i>	152	<i>misoprostol</i>	177
<i>acetate</i>	203	<i>methylphenidate er (la)</i>	152	<i>modafinil</i>	248
<i>mefloquine hcl</i>	91	<i>methylphenidate hcl</i>	152	MODEYSO.....	83
<i>megestrol acetate</i>	203	<i>methylphenidate hcl cd</i>	152	<i>moexipril hcl</i>	133
<i>megestrol acetate 40mg/ml oral</i>		<i>methylphenidate hcl er (cd)</i>	152	Molecular Target Inhibitors..	74
<i>suspension</i>	203	<i>methylphenidate la</i>	153	<i>molindone hcl</i>	96
MEKINIST.....	82	<i>methylphenidate sr</i>	153	<i>mometasone furoate</i>	160
MEKTOVI.....	82	<i>methylprednisolone</i>	185	Monoamine Oxidase B (MAO-	
MELEYA.....	203	<i>methyltestosterone</i>	188	B) Inhibitors.....	94
<i>meloxicam</i>	24	<i>metoclopramide hcl</i>	60	Monoamine Oxidase	
<i>memantine hcl</i>	52	<i>metolazone</i>	145	Inhibitors.....	54
<i>memantine hcl er</i>	52	<i>metoprolol succinate</i>	136	<i>montelukast sodium</i>	237
<i>memantine hcl-donepezil hcl</i>		<i>metoprolol tartrate</i>	136	Mood Stabilizers.....	114
<i>er</i>	51	<i>metoprolol-</i>		<i>morphine sulfate</i>	26
MENOSTAR.....	191	<i>hydrochlorothiazide</i>	143	<i>morphine sulfate er</i>	25
MENQUADFI.....	224	<i>metronidazole</i>	32	MOUNJARO.....	117
MENVEO VACCINE.....	224	<i>metyrosine</i>	143	MOVANTIK.....	174
<i>meperidine hcl</i>	26	<i>mexiletine hcl</i>	135	<i>moxifloxacin</i>	40,232
<i>meprobamate</i>	113	MIBELAS 24 FE.....	197	<i>moxifloxacin hcl</i>	41
<i>mercaptopurine</i>	71	<i>micafungin</i>	63	MRESVIA.....	224
<i>meropenem</i>	38	<i>miconazole 3</i>	63	MULTAQ.....	135
<i>mesalamine</i>	227	MICROGESTIN.....	197	<i>multiple electrolytes t1</i>	
<i>mesalamine dr</i>	227	MICROGESTIN FE.....	197	<i>ph7.4</i>	165
<i>mesalamine er</i>	227	<i>midodrine hcl</i>	131	Multiple Sclerosis Agents..	154
<i>mesna</i>	90	MIEBO.....	230	<i>mupirocin</i>	164
METABOLIC BONE DISEASE		<i>mifepristone</i>	208	<i>mycophenolate mofetil</i>	220
AGENTS.....	228	MIGERGOT.....	66	<i>mycophenolic acid</i>	220
Metabolic Bone Disease		<i>miglustat</i>	179	MYFEMBREE.....	208
Agents.....	228	MILI.....	197	MYFORTIC.....	220
<i>metformin hcl</i>	117	<i>milnacipran hcl</i>	154	MYHIBBIN.....	221
<i>metformin hcl er</i>	117	MIMVEY.....	197	MYQORZO.....	143
<i>methadone hcl</i>	25			MYTESI.....	175

N	NEUROGEN.....	128	<i>norgestimate-ethinyl</i>	
	NEUPRO.....	93	<i>estradiol</i>	198
N-methyl-D-aspartate (NMDA)	NEVANAC.....	233	NORTREL.....	199
Receptor Antagonist.....	<i>nevirapine</i>	106	<i>nortriptyline hcl</i>	59
<i>nabumetone</i>	<i>nevirapine er</i>	106	NOURIANZ.....	93
<i>nadolol</i>	NEXLETOL.....	143	NOVOLIN 70-30.....	123
<i>nafcillin sodium</i>	NEXLIZET.....	147	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN	123
<i>naftifine hcl</i>	NEXPLANON.....	203	NOVOLIN N.....	123
<i>naloxone hcl</i>	NEXTSTELLIS.....	198	NOVOLIN N FLEXPEN.....	123
<i>naltrexone hcl</i>	<i>niacin er</i>	147	NOVOLIN R.....	123
<i>naproxen</i>	NICOTROL NS.....	29	NOVOLIN R FLEXPEN.....	123
<i>naratriptan 1 mg tablet</i>	<i>nifedipine</i>	138	NOVOLOG.....	124
<i>naratriptan 2.5 mg tablet</i>	<i>nifedipine er</i>	138	NOVOLOG FLEXPEN.....	124
NATACYN.....	NIKKI.....	198	NOVOLOG MIX 70-30.....	124
NATAL PNV.....	<i>nilotinib d-tartrate</i>	83	NOVOLOG MIX 70-30	
NATAZIA.....	<i>nilotinib hcl</i>	83	FLEXPEN.....	124
<i>nateglinide</i>	<i>nilutamide</i>	70	NOVOLOG PENFILL.....	124
NAYZILAM.....	<i>nimodipine</i>	138	NUBEQA.....	70
<i>nebivolol hcl</i>	NINLARO.....	83	NUCALA.....	245
NECON.....	<i>nintedanib esylate</i>	243	NUPLAZID.....	100
<i>needles, insulin disp., safety</i>	<i>nitazoxanide</i>	92	NURTEC ODT.....	66
<i>nefazodone hcl</i>	NITRO-BID.....	149	NUTRILIPID.....	171
NEFFY.....	<i>nitrofurantoin</i>	32	NUVARING.....	199
NEO-VITAL RX.....	<i>nitrofurantoin mono-macro</i>	32	NYAMYC.....	63
NEOMATERNA.....	<i>nitroglycerin</i>	149	NYLIA.....	199
<i>neomycin sulfate</i>	<i>nitroglycerin patch</i>	149	NYMALIZE 60 MG/ML ORAL	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	NITROSTAT.....	149	SOLUTION.....	138
<i>neomycin-bacitracin-</i>	NIVESTYM.....	128	<i>nystatin</i>	63
<i>polymyxin</i>	<i>nizatidine</i>	177	<i>nystatin-triamcinolone</i>	162
<i>neomycin-polymyxin-</i>	Nonsteroidal Anti-inflammatory		NYSTOP.....	63
<i>dexameth</i>	Drugs.....	23	NYVEPRIA.....	129
<i>neomycin-polymyxin-</i>	NORA-BE.....	203		
<i>gramicidin</i>	NORDITROPIN FLEXPEN.....	187		
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	198	<i>octreotide acetate</i>	208
<i>neomycin-polymyxin-</i>	<i>norethindron-ethinyl</i>		ODACTRA.....	211
<i>hydrocort</i>	<i>estradiol</i>	198	ODEFSEY.....	107
NEORAL.....	<i>norethindrone</i>	204	ODOMZO.....	83
NEREUS.....	<i>norethindrone ac (lupaneta)</i>	204	OFEV.....	243
NERLYNX.....	<i>norethindrone acetate</i>	204	<i>ofloxacin</i>	41,232,236
NEUAC.....	<i>norethindrone-e.estradiol-</i>		OGSIVEO.....	73
NEULASTA.....	<i>iron</i>	198	OJEMDA.....	83

OJJAARA.....	84	ORENITRAM MONTH 1	<i>pazopanib hcl</i>	84
<i>olanzapine</i>	100	TITRATION KT.....	PEDIARIX.....	225
<i>olanzapine odt</i>	100	ORENITRAM MONTH 2	Pediculicides/Scabicides...	163
<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>	53	TITRATION KT.....	PEDVAXHIB.....	225
<i>olmesartan medoxomil</i>	132	ORENITRAM MONTH 3	<i>peg 3350-electrolyte</i>	176
<i>olmesartan-</i>		TITRATION KT.....	<i>peg-3350 and electrolytes</i> ..	176
<i>hydrochlorothiazide</i>	143	ORGOVYX.....	<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-</i>	
OLUMIANT.....	213	ORIAHNN.....	<i>c</i>	176
<i>omega-3 acid ethyl esters</i> ..	147	ORKAMBI.....	PEGASYS.....	217
<i>omeprazole</i>	177	ORLYNVAH.....	PEMAZYRE.....	84
OMNITROPE.....	187	ORMALVI.....	PENBRAYA VACCINE.....	225
OMVOH.....	213	<i>orphenadrine citrate er</i>	<i>penciclovir</i>	111
OMVOH PEN.....	213	ORQUIDEA.....	<i>penicillamine</i>	183
ONAPGO.....	93	ORSERDU.....	<i>penicillin g potassium</i>	37
<i>ondansetron hcl</i>	61	<i>oseltamivir phosphate</i> ..	<i>penicillin g sodium</i>	37
<i>ondansetron odt</i>	61	OTEZLA.....	<i>penicillin gk-iso-osm</i>	
ONE NATAL RX.....	171	OTEZLA XR.....	<i>dextrose</i>	37
ONUREG.....	71	OTIC AGENTS.....	<i>penicillin v potassium</i>	37
OPHTHALMIC AGENTS... ..	230	Otic Agents.....	PENMENVY MEN A-B-C-W-	
Ophthalmic Agents, Other..	230	OTULFI.....	Y.....	225
Ophthalmic Anti-allergy		<i>oxacillin</i>	PENTACEL VACCINE.....	225
Agents.....	232	<i>oxacillin sodium</i>	<i>pentamidine isethionate</i>	92
Ophthalmic Anti-Infectives..	231	<i>oxazepam</i>	PENTASA.....	227
Ophthalmic Anti-		<i>oxcarbazepine</i>	<i>pentoxifylline</i>	143
inflammatories.....	232	<i>oxiconazole nitrate</i>	<i>perampanel</i>	44
Ophthalmic Beta-Adrenergic		<i>oxybutynin chloride</i>	<i>perindopril erbumine</i>	133
Blocking Agents.....	234	<i>oxybutynin chloride er</i>	<i>permethrin</i>	163
Ophthalmic Intraocular		<i>oxycodone hcl</i>	<i>perphenazine</i>	96
Pressure Lowering Agents,		<i>oxycodone-acetaminophen</i> ..	<i>perphenazine-amitriptyline</i> ..	53
Other.....	234	<i>oxymorphone hcl</i>	PERTZYE.....	180
Opioid Analgesics, Long-		<i>oxymorphone hcl er</i>	<i>phenelzine sulfate</i>	54
acting.....	24	OZEMPIC.....	<i>phenobarbital</i>	47
Opioid Analgesics, Short-		P	<i>phenoxybenzamine hcl</i>	132
acting.....	26	<i>paliperidone er</i>	PHENYTEK.....	50
Opioid Dependence.....	28	PANRETIN.....	<i>phenytoin</i>	50
Opioid Reversal Agents.....	29	<i>pantoprazole sodium</i>	<i>phenytoin sodium extended</i> ..	50
OPIPZA.....	100,101	Parasympathomimetics.....	Phosphate Binders.....	172
OPVEE.....	29	<i>paricalcitol</i>	Phosphodiesterase Inhibitors,	
ORENCIA.....	214	<i>paroxetine hcl</i>	Airways Disease.....	241
ORENCIA CLICKJECT.....	214	PAXLOVID.....	PHYRAGO.....	84
ORENITRAM ER.....	242		PIFELTRO.....	106

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

Q

R

RALDESY.....	57	<i>risedronate sodium</i>	229	Selective Estrogen Receptor	
<i>raloxifene hcl</i>	204	<i>risedronate sodium 35 mg tab</i>		Modifying Agents.....	204
<i>ramelteon</i>	247	(dose pack of 12).....	229	<i>selegiline hcl</i>	94
<i>ramipril</i>	134	<i>risperidone</i>	101,102	<i>selenium sulfide</i>	161
<i>ranolazine er</i>	143	<i>risperidone er</i>	102	SEREVENT DISKUS.....	239
<i>rasagiline mesylate</i>	94	<i>risperidone odt</i>	102	Serotonin (5-HT) Receptor	
RAYALDEE.....	229	<i>ritonavir</i>	109	Agonists.....	66
RECLIPSEN.....	199	<i>rivaroxaban</i>	126,127	<i>sertraline hcl</i>	57
RECOMBIVAX HB.....	225	<i>rivastigmine</i>	51,52	SETLAKIN.....	199
REDEMPLO.....	147	RIVELSA.....	199	<i>sevelamer carbonate</i>	172
RELENZA.....	111	RIVFLOZA.....	180,181	<i>sevelamer hcl</i>	172
RELEUKO.....	129	<i>rizatriptan</i>	66	SHAROBEL.....	204
RELISTOR.....	174	ROCKLATAN.....	235	SHINGRIX VACCINE.....	225
<i>repaglinide</i>	118	<i>roflumilast</i>	241	SIGNIFOR.....	209
REPATHA SURECLICK.....	148	ROLVEDON.....	129	SIKLOS.....	181
REPATHA SYRINGE.....	148	ROMVIMZA.....	85	<i>sildenafil</i>	243
Respiratory Tract Agents,		<i>ropinirole hcl</i>	94	<i>sildenafil citrate</i>	243
Other.....	244	<i>rosuvastatin calcium</i>	146	SILIQ.....	214
RESPIRATORY		ROSYRAH.....	199	SILVADENE.....	162
TRACT/PULMONARY		ROTARIX.....	225	<i>silver sulfadiazine</i>	163
AGENTS.....	236	ROTATEQ.....	225	SIMPONI.....	221
RETACRIT.....	129	ROZLYTREK.....	85	<i>simvastatin</i>	146
RETEVMO.....	85	RUBRACA.....	85	<i>sirolimus</i>	221
Retinoids.....	90	<i>rufinamide</i>	50	SIRTURO.....	68
REVCovi.....	180	RUKOBIA.....	107	<i>sitagliptin</i>	118
REVUFORJ.....	73	RYDAPT.....	85	<i>sitagliptin phos-metformin</i>	118
REXULTI.....	101			<i>sitagliptin phos-metformin</i>	
REYATAZ.....	109	S		<i>er</i>	118
REZDIFFRA.....	206	<i>sacubitril-valsartan</i>	143	<i>sitagliptin phosphate</i>	118
REZLIDHIA.....	85	SAFYRAL.....	199	<i>sitagliptin-metformin</i>	119
REZUROCK.....	211	SAJAZIR.....	210	<i>sitagliptin-metformin er</i>	119
RHOPRESSA.....	235	SANDIMMUNE.....	221	SIVEXTRO.....	32
<i>ribavirin</i>	110	SANTYL.....	162	SKELETAL MUSCLE	
<i>rifabutin</i>	68	SAPHNELO.....	214	RELAXANTS.....	246
<i>rifampin</i>	68	SAPHNELO PEN.....	214	Skeletal Muscle Relaxants.....	246
<i>rilpivirine</i>	106	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	181	SKYCLARYS.....	154
<i>rilpivirine hcl</i>	106	SCEMBLIX.....	86	SKYLA.....	200
<i>riluzole</i>	150	<i>scopolamine</i>	60	SKYRIZI.....	214
<i>rimantadine hcl</i>	111	SECUADO.....	102	SKYRIZI 180 MG/1.2 ML ON-	
RINVOQ.....	214			BODY.....	215
RINVOQ LQ.....	214			SKYRIZI ON-BODY.....	215

SKYRIZI PEN.....	215	SSRIs/SNRIs (Selective	SYNTHROID.....	206
SKYTROFA.....	187	Serotonin Reuptake		
SLEEP DISORDER		Inhibitor/Serotonin and	T	
AGENTS.....	247	Norepinephrine Reuptake	TABLOID.....	71
Sleep Promoting Agents.....	247	Inhibitor).....	TABRECTA.....	73
SLYND.....	200	STEQEYMA.....	<i>tacrolimus</i>	161,222
Smoking Cessation Agents..	29	STIMUFEND.....	<i>tacrolimus xl</i>	222
<i>sod sulf-potass sulf-mag</i>		STIOLTO RESPIMAT.....	<i>tadalafil</i>	183
<i>sulf</i>	176	STIVARGA.....	<i>tadalafil 20mg tablet (adcirca</i>	
Sodium Channel Agents.....	48	<i>streptomycin sulfate</i>	<i>generic</i>).....	243
<i>sodium chloride</i>	166	STRIBILD.....	TADLIQ.....	243
<i>sodium chloride-water</i>	167	STRIVERDI RESPIMAT....	TAFINLAR.....	86
<i>sodium fluoride 2.2 mg (fluoride</i>		SUBVENITE.....	TAGRISSE.....	86
<i>ion 1 mg) oral tablet</i>	167	SUBVENITE (BLUE).....	TAKHZYRO.....	210
<i>sodium oxybate</i>	248	SUBVENITE (GREEN).....	TALICIA.....	176
<i>sodium phenylbutyrate</i>	181	SUBVENITE (ORANGE)....	TALTZ 80 MG/ML	
<i>sodium polystyrene</i>		<i>sucralfate</i>	AUTOINJECTOR.....	215
<i>sulfonate</i>	172	<i>sulfacetamide sodium</i> ... 41,232	TALTZ 80 MG/ML	
<i>sodium sulfacetamide</i>	41	<i>sulfacetamide-prednisolone</i> 231	SYRINGE.....	215
<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	110	<i>sulfadiazine</i>	TALTZ SYRINGE.....	215
SOGROYA.....	188	<i>sulfamethoxazole-</i>	TALZENNA.....	86,87
SOHONOS.....	229	<i>trimethoprim</i>	<i>tamoxifen citrate</i>	71
<i>solifenacin succinate</i>	182	SULFAMYLLON.....	<i>tamsulosin hcl</i>	183
SOLOSEC.....	32	<i>sulfasalazine</i>	TARINA 24 FE.....	200
SOLTAMOX.....	71	<i>sulfasalazine dr</i>	TARINA FE.....	200
SOMAVERT.....	209	Sulfonamides.....	TARINA FE 1-20 EQ.....	200
<i>sorafenib</i>	86	<i>sulindac</i>	TARPEYO.....	211
<i>sotalol</i>	135	<i>sumatriptan</i>	TASCENSO ODT.....	155
SOTALOL AF.....	135	<i>sumatriptan succinate</i>	<i>tasimelteon</i>	247
SOTYKTU.....	215	<i>sunitinib malate</i>	TAVNEOS.....	211
SPEVIGO.....	163,215	SUNLENCA.....	<i>tazarotene</i>	158
SPIRIVA RESPIMAT.....	238	SUPPLIES.....	TAZICEF.....	35
<i>spironolactone</i>	148	Supplies.....	<i>telmisartan</i>	132
<i>spironolactone-hctz</i>	143	SUTAB.....	<i>temazepam</i>	247
SPRINTEC.....	200	SYEDA.....	TENIVAC.....	226
SPS.....	173	SYMDEKO.....	<i>tenofovir disoproxil</i>	
SSD.....	163	SYMPAZAN.....	<i>fumarate</i>	110
		SYMTUZA.....	TEPMETKO.....	73
		SYNAREL.....	<i>terazosin hcl</i>	132
		SYNJARDY.....	<i>terbinafine hcl</i>	63
		SYNJARDY XR.....	<i>terconazole</i>	64

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

U

UBRELVY.....	66
UNITHROID.....	207

<i>ursodiol</i>	176	<i>verapamil sr</i>	140	Wakefulness Promoting Agents.....	248
V		VERQUVO.....	144	<i>warfarin sodium</i>	127
VABOMERE.....	38	VERSACLOZ.....	103	WEGOVY.....	119,144
Vaccines.....	223	VERZENIO.....	88	WELIREG.....	181
<i>valacyclovir</i>	112	VESTURA.....	201	WESNATAL DHA COMPLETE.....	171
VALCHLOR.....	163	VIBERZI.....	175	WINREVAIR (2 PACK).....	246
<i>valganciclovir hcl</i>	109	VIENVA.....	201	WINREVAIR 45 MG VIAL..	246
<i>valproic acid</i>	45	<i>vigabatrin</i>	48	WINREVAIR 60 MG VIAL..	246
<i>valsartan</i>	133	VIGADRONE.....	48	WIXELA INHUB.....	246
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	144	VIGAFYDE.....	48	WYMZYA FE.....	202
VALTOCO.....	48	<i>vilazodone hcl</i>	58		
VALTYA.....	201	VIMKUNYA.....	226	X	
<i>vancomycin hcl</i>	33	VIOKACE.....	181	XALKORI.....	88,89
VANFLYTA.....	87	VIORELE.....	201	XARAH FE.....	202
VANRAFIA.....	144	VIRACEPT.....	109	XARELTO.....	127
VAQTA.....	226	VIREAD.....	110	XATMEP.....	222
<i>varenicline tartrate</i>	29	VITALARA.....	171	XCOPRI.....	50
VARIVAX VACCINE.....	226	VITRAKVI.....	88	XDEMVI.....	232
Vasodilators, Direct-acting Arterial.....	148	VIVITROL.....	28	XELRIA FE.....	202
Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venous.....	149	VIVOTIF.....	226	XERMELO.....	175
VAXCHORA VACCINE.....	226	VONJO.....	88	XIFAXAN.....	33
VELIVET.....	201	VOQUEZNA DUAL PAK... ..	176	XIGDUO XR.....	120
VELSIPITY.....	176	VOQUEZNA TRIPLE PAK..	176	XIIDRA.....	231
VEMLIDY.....	110	VORANIGO.....	88	XOCOVA.....	112
VENCLEXTA.....	87,88	<i>voriconazole</i>	64	XOFLUZA.....	111
VENCLEXTA 10 MG TABLET.....	87	<i>voriconazole 200 mg vial</i>	64	XOLAIR.....	216
VENCLEXTA STARTING PACK.....	88	VOSEVI.....	110	XOLREMDI.....	129
<i>venlafaxine besylate er</i>	57	VOWST.....	176	XOSPATA.....	89
<i>venlafaxine hcl</i>	57	VOYDEYA.....	211	XPOVIO.....	89
<i>venlafaxine hcl er</i>	57,58	VOYXACT.....	144	XROMI.....	181
VENXXIVA.....	184	VRAYLAR.....	102	XTANDI.....	70
VEOZAH.....	154	VUMERITY.....	156	XULANE.....	202
<i>verapamil er</i>	140	VYFEMLA.....	201		
<i>verapamil er pm</i>	140	VYKAT XR.....	121	Y	
<i>verapamil hcl</i>	140	VYLIBRA.....	201	YARGESA.....	181
		VYNDAMAX.....	181	YASMIN 28.....	202
		VYVGART HYTRULO.....	67	YAZ.....	202
		VYZULTA.....	235	YESINTEK.....	216
W				YF-VAX.....	226
WAINUA.....	181				

YONSA.....	70
YULITHIRA.....	222
YUVAFEM.....	191

Z

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

خدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete

الطريقة	خدمة العملاء – معلومات الاتصال
بالهاتف	1-877-412-2734 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. يمكنك أيضاً 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 إلى 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 إلى 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